

Soporte nutricional en situaciones especiales



Coordinadora:

Carmen Gómez Candela

Especialista en Endocrinología y Nutrición. Unidad de Nutrición y Dietética. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Abordaje nutricional en el paciente oncológico



Paula Jiménez-Fonseca

Especialista en Oncología Médica.
Servicio de Oncología Médica.
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo



Samara Palma Milla

Especialista en Endocrinología y Nutrición.
Unidad de Nutrición Clínica y Dietética.
Hospital Universitario La Paz. Madrid

Relevancia del cáncer

El cáncer es una de las enfermedades más prevalente en nuestro país. Según un informe reciente de la Sociedad Española de Oncología Médica, se estima que para el año 2020 el cáncer afectará a 1 de cada 2 hombres y a 1 de cada 3 mujeres¹.

En los últimos años se han incrementado las alternativas terapéuticas, lo que ha llevado a que muchos pacientes puedan aspirar a la curación incluso en estadios avanzados con metástasis. Dichos tratamientos, especialmente los que combinan diversas estrategias, llevan asociada una toxicidad que impacta negativamente en múltiples aspectos, entre ellos el estado nutricional.

Importancia del estado nutricional en la aparición y la evolución del cáncer

El estado nutricional y la dieta desempeñan un papel fundamental en todo el proceso del cáncer, desde la prevención hasta la fase final de la enfermedad. Así, una adecuada alimentación ayudaría a prevenir hasta el 35% de todos los cánceres, proporción equiparable al de los tumores que se evitarían abandonando el consumo de tabaco².

Sumario

Relevancia del cáncer

Importancia del estado nutricional en la aparición y la evolución del cáncer

Incidencia de desnutrición en pacientes con cáncer

Causas asociadas a la desnutrición en pacientes con cáncer

Diagnóstico y tratamiento nutricional

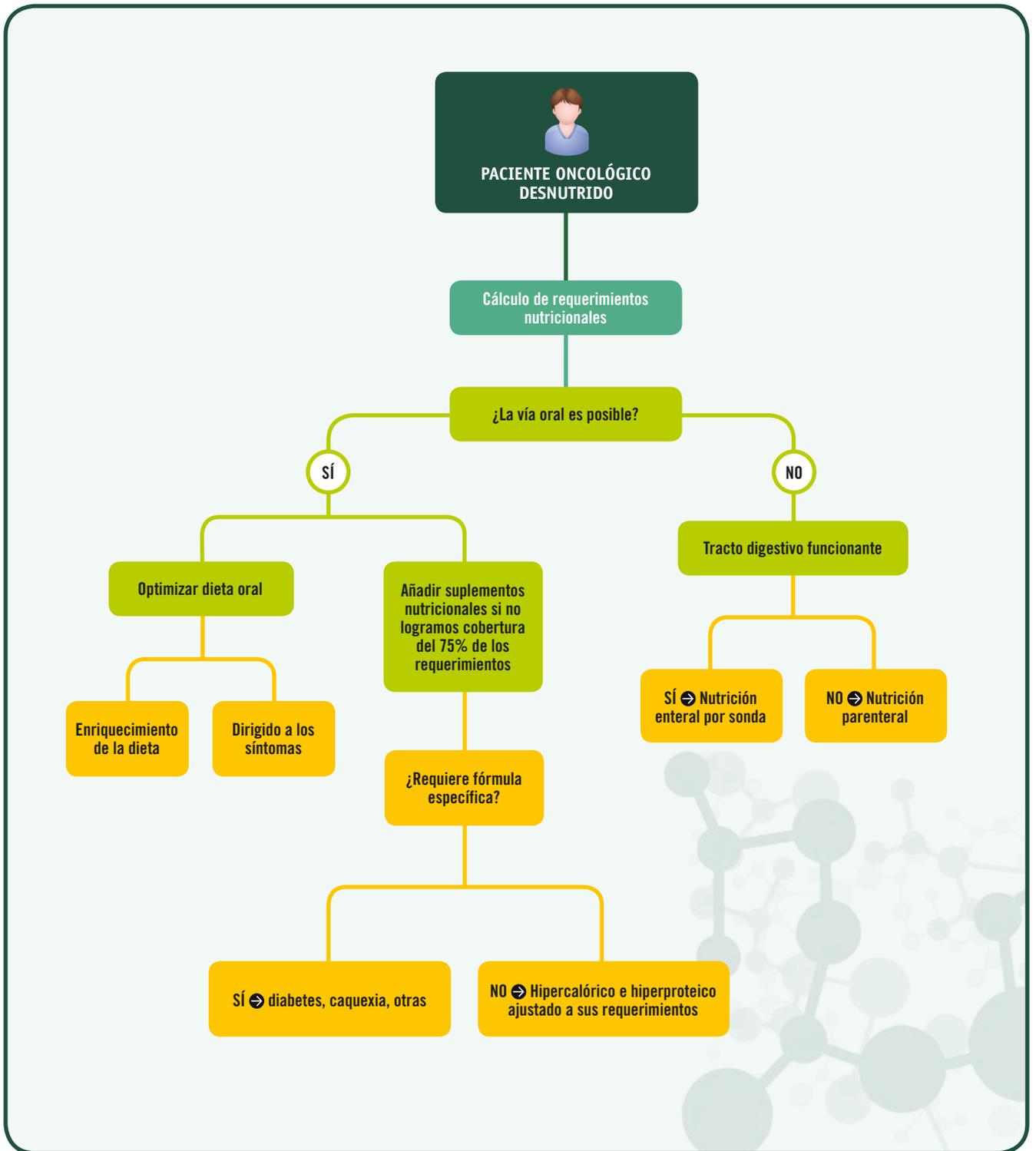
Algoritmo terapéutico de la desnutrición en el paciente oncológico

Consejo dietético

Bibliografía

Puntos clave

Algoritmo terapéutico de la desnutrición en el paciente oncológico



Por otra parte, la **desnutrición es muy frecuente durante el cáncer**, especialmente en fases avanzadas y en tumores localizados en el tubo digestivo, la cabeza y el cuello, lo que se asocia al 20% de las muertes en estos pacientes³. Así, la desnutrición se asocia a una pérdida de masa muscular, lo que favorece la insuficiencia respiratoria y cardiaca, a los edemas, las úlceras de decúbito, la astenia y la dificultad para la cicatrización de heridas quirúrgicas, contribuyendo a la aparición de fistulas y dehiscencias. Se asocia también a la anemia, que favorece el cansancio, a la malabsorción, que provoca una mayor desnutrición, y a la inmunosupresión, que contribuye a las infecciones³. En definitiva, **la desnutrición produce fragilidad** que, asociada al cáncer, aumenta el riesgo de complicaciones, causa una peor tolerancia de los tratamientos del cáncer y una reducción de la calidad de vida y de las expectativas de supervivencia³.

En una revisión retrospectiva multicéntrica del Eastern Cooperative Oncology Group, se observó que una pérdida de peso mayor del 5% previo al diagnóstico e inicio del tratamiento del cáncer era un predictor de mortalidad temprana, independientemente del estadio, la histología y el estado general del paciente⁴.

En el **estudio español NUPAC**, diseñado para determinar la prevalencia de la desnutrición en los pacientes con cáncer avanzado, se observó una escasa concienciación de los médicos implicados con el estado nutricional y confirmó que en pocos de estos pacientes se realizaba un diagnóstico nutricional⁵.

Por su parte, en el **estudio PREDyCES®** se encontró que la desnutrición se asociaba a múltiples causas, como el estrés por el diagnóstico de cáncer y otros factores relacionados con el diagnóstico y el tratamiento, como las exploraciones complementarias, las dietas restrictivas impuestas por la enfermedad, la cirugía y la quimioterapia/radioterapia. En este estudio se demostró que la desnutrición repercutía en la estancia hospitalaria (con un aumento medio de los pacientes desnutridos de 3-4 días en comparación con los bien nutridos) y en los costes sanitarios, con un incremento de los costes asociados a la hospitalización de un 20-25%⁶.

Incidencia de desnutrición en pacientes con cáncer

La incidencia es **variable según el tipo de cáncer y el estadio** en que se encuentre, aunque en general se estima que en torno al 50% de los pacientes con neoplasias presenta una desnutrición moderada o grave en el momento del

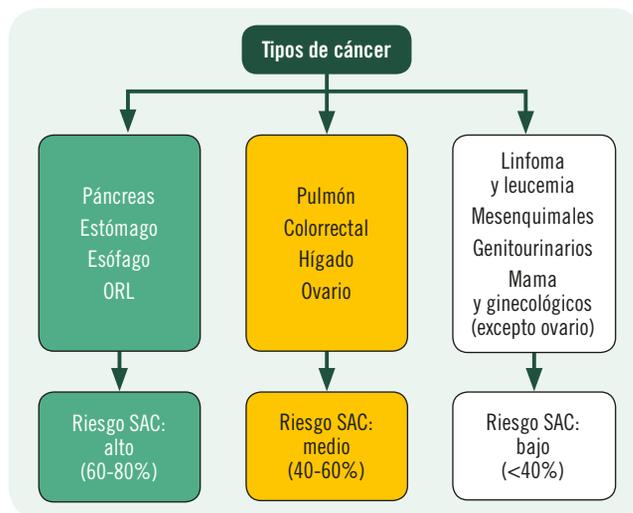


Figura 1. Riesgo de síndrome de anorexia-caquexia (SAC) y desnutrición en pacientes con cáncer según el tipo de tumor³. ORL: otorrinolaringológico

diagnóstico. Esta incidencia aumenta según avanza la evolución del cáncer hacia tumores incurables.

Su prevalencia se estima en función del tipo de tumor: un 86% en el cáncer de páncreas; un 48-61% en los linfomas de mal pronóstico, cáncer de esófago, estómago, cabeza y cuello y colorrectal; un 46% en el cáncer de pulmón, ovario, vejiga, vía urinaria y riñón; un 30-40% en el linfoma de buen pronóstico, e inferior al 40% en el cáncer de mama, próstata, útero, tumores cerebrales y sarcomas⁷ (figura 1).

Por estadios de enfermedad, la desnutrición está presente hasta en el 15-20% de los estadios iniciales, en un 80% en los tumores avanzados y en un 80-90% en los pacientes terminales en los últimos meses de vida⁷.

Causas asociadas a la desnutrición en pacientes con cáncer

Las causas asociadas a la desnutrición en los pacientes con cáncer se recogen en la tabla 1.

La desnutrición se ve favorecida por el **síndrome de anorexia-caquexia asociado al cáncer**, estado en el que existe un metabolismo basal aumentado de forma persistente que no se compensa con una ingesta calórica-proteica adecuada y provoca un deterioro funcional y un sufrimiento psicológico en los pacientes³. Este metabolismo acelerado, o gasto energético incrementado, se ve favorecido por la liberación de

Tabla 1. Causas asociadas a la desnutrición en los pacientes con cáncer⁸

Causas asociadas a la aparición de desnutrición dependientes de:
<ul style="list-style-type: none"> • Tumor: <ul style="list-style-type: none"> – Alteraciones mecánicas y funcionales (tumores de cabeza y cuello, y tubo digestivo): disfagia, emesis, saciedad precoz, obstrucción intestinal... – Liberación de factores movilizadores, citocinas y hormonas catabólicas (hipermetabolismo, caquexia y anorexia) • Tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> – Secuelas de la cirugía (malabsorción, intestino corto, fístula, dehiscencia, <i>dumping</i>) – Efectos secundarios de la radioterapia y quimioterapia (mucositis, disgeusia, xerostomía, emesis, diarrea y enteritis) • Paciente: <ul style="list-style-type: none"> – Hábitos personales – Deterioro físico (incapacidad, dependencia, dolor) – Anorexia – Factores psicológicos (ansiedad, depresión)
Causas asociadas a la persistencia de desnutrición dependientes de:
<ul style="list-style-type: none"> • Las previas: causas asociadas a la aparición de desnutrición mantenidas en el tiempo • Equipo sanitario: <ul style="list-style-type: none"> – Falta de valoración nutricional – Escaso entrenamiento para detectar la desnutrición – Retraso en el inicio de nutriciones adaptadas y adecuadas – Déficit de nutricionistas y dietistas en los organigramas de los hospitales y en las unidades multidisciplinarias que atienden a pacientes con cáncer

factores movilizadores de proteínas y de lípidos, factor inductor de proteólisis, citocinas (interleucinas 1 y 6, interferón, factor de necrosis tumoral) y hormonas catabólicas (glucagón, cortisol, catecolaminas), al interpretar el organismo la presencia del cáncer como una situación de alerta. También se liberan sustancias anorexígenas, como serotonina, factor liberador de corticotropina, melanocortina, leptina y colecistoquinina.

Diagnóstico y tratamiento nutricional

Los pacientes oncológicos constituyen un colectivo con un **elevado riesgo de desarrollar desnutrición relacionada con la enfermedad y/o caquexia tumoral**. Para detectar este riesgo en etapas precoces, se recomienda evaluar el estado nutricional en el momento del diagnóstico de la enfermedad neoplásica y repetir la valoración según la evolución clínica del paciente⁹.

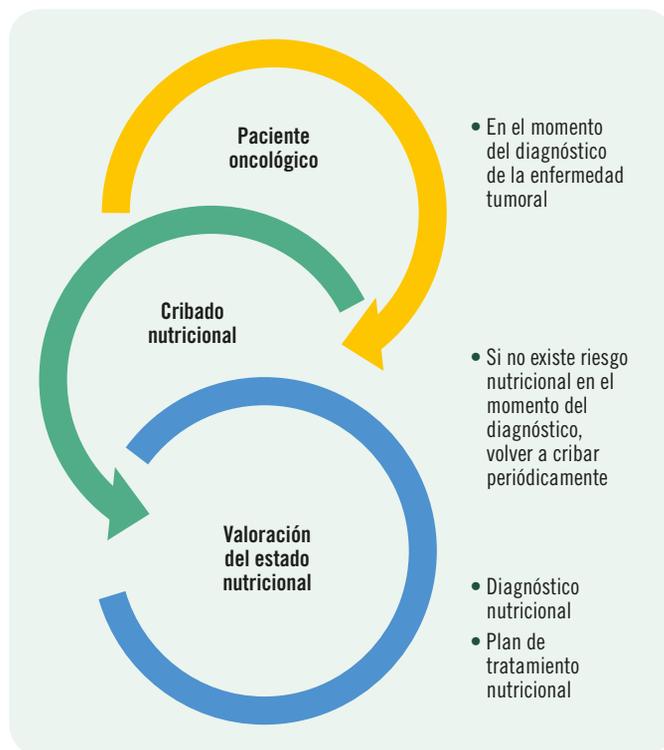


Figura 2. Pasos a seguir en la evaluación nutricional del paciente oncológico¹⁰

La evaluación del estado nutricional se lleva a cabo en dos etapas bien diferenciadas: el cribado o *screening* nutricional y la valoración del estado nutricional (figura 2).

El primer paso en la evaluación nutricional es el cribado nutricional, seguido de la valoración del estado nutricional en aquellos casos en los que el resultado sea positivo para riesgo de desnutrición.

El **cribado nutricional** permite identificar a aquellas personas en riesgo de desarrollar desnutrición y que, por tanto, se beneficiarían de una valoración completa del estado nutricional¹⁰. Los métodos de cribado nutricional han de ser sencillos, poco costosos y reproducibles y deben estar validados para la población de estudio. En el paciente oncológico pueden utilizarse los métodos de cribado nutricional estructurados y validados para la población general, como el MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), el NRS-2002 (Nutritional Risk Score), el MST (Malnutrition Screening Tool) o el MNA-sf (Mini Nutritional Assessment-short form) especialmente para la población anciana^{9,10}.

La **valoración del estado nutricional** deberá llevarse a cabo en todos los pacientes cuyo resultado en el cribado nutricional informe de la existencia de riesgo nutricional⁹.

Mediante la valoración del estado nutricional estableceremos el diagnóstico de desnutrición y su gravedad. La valoración del estado nutricional ha de integrar los resultados de diferentes métodos clínicos: historia clínica, historia dietética, exploración física, medidas antropométricas, determinaciones bioquímicas, técnicas de composición corporal y capacidad funcional. Además existen métodos de valoración nutricional estructurados, como la valoración global subjetiva en su versión generada por el paciente (adaptada para el paciente oncológico) y la versión extendida del MNA, que pueden ser útiles en pacientes oncológicos >65 años¹¹.

Una vez realizado el diagnóstico de desnutrición, hay que establecer el tipo de desnutrición (calórica, proteica o mixta) y su severidad (leve, moderada o grave), y codificarlo de acuerdo con la Clasificación Internacional de las Enfermedades vigente (actualmente, la CIE-10)¹².

Como paso previo a la instauración de cualquier tratamiento nutricional es necesario conocer los **requerimientos energéticos y proteicos del paciente**. Si no fuese posible medir los requerimientos energéticos del paciente (mediante calorimetría), se recomienda asumir que su gasto energético es similar al de la población general (25-30 kcal/día). La ingesta proteica recomendada debe ser >1 g/kg de peso/día, y si es posible de 1,5 g/kg/día⁹.

En aquellos pacientes oncológicos que presenten pérdida de peso y resistencia a la insulina, se aconseja aumentar el aporte de energía proveniente de las grasas en relación con los hidratos de carbono a fin de incrementar la densidad calórica y minimizar la carga glucémica⁹.

En los pacientes en los que la ingesta oral ha sido muy escasa durante periodos prolongados, se recomienda aumentar la ingesta total de forma lenta y progresiva para evitar el síndrome de realimentación.

El tratamiento nutricional tiene como finalidad mantener el estado nutricional y/o mejorarlo en los pacientes en quienes la desnutrición esté instaurada. En el caso del paciente oncológico, además, el tratamiento nutricional tiene como objetivo optimizar el estado nutricional para evitar la suspensión de los tratamientos antineoplásicos y/o de cara a la cirugía.

La modalidad de tratamiento nutricional dependerá del tipo de cáncer y su estadio, del grado de respuesta al tratamiento y de la historia médica del paciente¹³. De forma similar a la pirámide alimentaria, en la base de la pirámide del tratamiento nutricional figura la forma de tratamiento más habitual en los pacientes desnutridos, mientras que en el vértice está la mo-

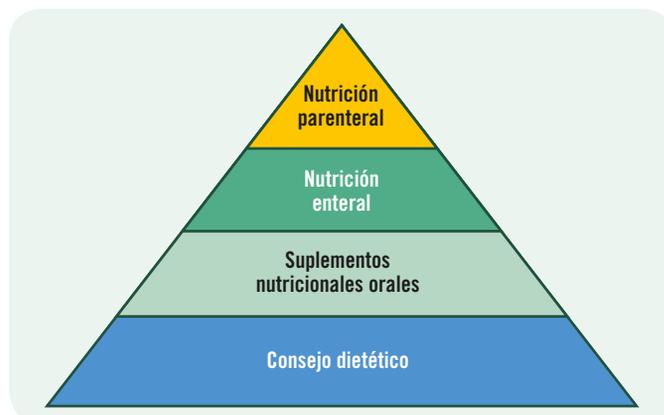


Figura 3. Pirámide del tratamiento nutricional

dalidad de tratamiento nutricional que menos frecuentemente se indica (figura 3).

En la mayoría de los pacientes oncológicos **el primer paso** será la **adaptación de la dieta** mediante el consejo dietético dirigido, seguido de la indicación de **suplementos nutricionales orales** en los pacientes que no consigan cubrir sus requerimientos calórico-proteicos por vía oral.

La **nutrición enteral** se indicará en los pacientes en los que la ingesta oral continúa siendo inadecuada pese a las modificaciones de la dieta y a la indicación de suplementos⁹.

La **nutrición parenteral** se reserva para aquellos pacientes en los que la ingesta oral y/o la nutrición enteral no son posibles o son insuficientes.

Por último, aunque no por ello menos importante, cabe recordar que junto con el soporte nutricional se recomienda la realización de **actividad física** adaptada a la situación particular de cada paciente, con el objetivo de aumentar la masa muscular, la fuerza y la capacidad funcional y metabólica⁹.

Consejo dietético

El consejo dietético es el primer paso en los pacientes oncológicos desnutridos con tracto gastrointestinal funcionante¹³. El objetivo es mejorar nutricionalmente el patrón alimentario del paciente para lograr cubrir los requerimientos energéticos y proteicos, y haciéndolo más equilibrado y saludable. Además, **el consejo dietético puede orientarse a mejorar algunos de los síntomas** más comunes en estos pacientes, como la anorexia, la disgeusia, las náuseas, la diarrea, la odinofagia, la disfagia, etc.

Como norma general en estos pacientes se recomienda fraccionar las tomas, haciéndolas más frecuentes, de menor volumen y de elevada densidad calórica. El enriquecimiento de los platos mediante la incorporación de frutos secos, aceite de oliva, leche en polvo, frutas deshidratadas y otros alimentos constituye una estrategia habitual en estos pacientes.

El uso sistemático de complejos vitamínicos en estos pacientes no está recomendado, ya que sus requerimientos de oligoelementos, vitaminas y minerales son equiparables a los de la población general; así pues, sólo se instaurará tratamiento en caso de déficits nutricionales concretos.

Otro aspecto importante en el consejo dietético es el relacionado con las denominadas «dietas anticáncer». La evidencia existente sobre los beneficios de estas dietas suele ser limitada¹⁴. La Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN) y su homónima europea (ESPEN) no recomiendan recurrir a este tipo de dietas en los pacientes con cáncer.

Suplementos nutricionales

Los suplementos nutricionales son alimentos médicos de uso especial que, añadidos a la dieta, **mejoran la ingesta calórico-proteica total, así como el peso en los pacientes desnutridos**. Deben consumirse bajo supervisión médica y formando parte del tratamiento médico nutricional del paciente. En la mayoría de los pacientes se indican suplementos hiperproteicos e hipercalóricos, y en los pacientes desnutridos con cáncer avanzado en tratamiento con quimioterapia podrían ser de utilidad los suplementos nutricionales orales enriquecidos con ácidos grasos omega 3, para aumentar el apetito, la ingesta oral, la masa magra y el peso corporal⁹.

Para mejorar la adherencia al tratamiento, es importante explicar tanto al paciente como a sus familiares cómo y cuándo tomarlos, así como la razón por la que se ha hecho la indicación de los mismos. Como norma general los suplementos no deben sustituir las comidas habituales, han de ser incorporados como tomas independientes, preferentemente entre las comidas, y deben tomarse despacio para mejorar la tolerancia.

La combinación de consejo dietético y suplementos nutricionales orales se ha asociado a ganancia de peso, mejora del estado nutricional e incremento de la masa magra. ●

Bibliografía

1. Uno de cada 2 hombres y 1 de cada 3 mujeres tendrá cáncer a lo largo de su vida. Nota de prensa de la Sociedad Española de Oncología Médica. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/NdP_Dia_Mundial_2017.pdf
2. Jiménez Fonseca P, Álvarez Álvarez B. Comer para vencer al cáncer: recomendaciones nutricionales para prevenir el cáncer y para el paciente oncológico. Ediciones Nobel - Parainfo, 4.ª edición. 2013.
3. Tuca A, Jiménez-Fonseca P, Gascón P. Clinical evaluation and optimal management of cancer cachexia. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2013; 88(3): 625-636.
4. Dewys WD, Begg C, Lavin PT, Band PR, Bennett JM, Bertino JR, et al. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Med*. 1980; 69(4): 491-497.
5. Segura A, Pardo J, Jara C, Zugazabeitia L, Carulla J, De las Peñas R, et al. An epidemiological evaluation of the prevalence of malnutrition in Spanish patients with locally advanced or metastatic cancer. *Clin Nutr*. 2005; 24(5): 801-814.
6. Planas M, Álvarez-Hernández J, León-Sanz M, Celaya-Pérez S, Araujo K, García de Lorenzo A, et al. Prevalence of hospital malnutrition in cancer patients: a sub-analysis of the PREDyCES® study. *Support Care Cancer*. 2016; 24(1): 429-435.
7. Chow R, Bruera E, Chiu L, Chow S, Chiu N, Lam H, et al. Enteral and parenteral nutrition in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Ann Palliat Med*. 2016; 5(1): 30-41.
8. Suzuki H, Asakawa A, Amitani H, Nakamura N, Inui A. Cancer cachexia—pathophysiology and management. *J Gastroenterol*. 2013; 48(5): 574-594.
9. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr*. 2017; 36(1): 11-48.
10. Campos del Portillo P, Palma Milla S, García Vázquez N, Plaza López B, Bermejo López L, Riobó Serván P, et al. Assessment of nutritional status in the healthcare setting in Spain. *Nutr Hosp*. 2015; 31(3): 196-208.
11. Isenring E, Elia M. Which screening method is appropriate for older cancer patients at risk for malnutrition? *Nutrition*. 2015; 31(4): 594-597.
12. Álvarez J, Del Río J, Planas M, García Peris P, García de Lorenzo A, Calvo V, et al. Documento SENPE-SEDOM sobre la codificación de la desnutrición hospitalaria. *Nutr Hosp*. 2008; 23(6): 536-540.
13. Arends J, Baracos V, Bertz H, Bozzetti F, Calder PC, Deutz NEP, et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. *Clin Nutr*. 2017; 36(5): 1.187-1.196.
14. August DA, Huhmann MB; American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) Board of Directors. ASPEN Clinical Guidelines: Nutrition support therapy during adult anticancer treatment and in hematopoietic cell transplantation. *JPEN*. 2009; 33(5): 472-500.

Puntos clave

1

La desnutrición está presente en más del 50% de los pacientes con cáncer en el momento del diagnóstico, y afecta a más del 80% de los que presentan cánceres en estadios avanzados o de páncreas.

2

La desnutrición se asocia a la aparición de complicaciones, aumento de la estancia hospitalaria, consumo de recursos sanitarios y mayor riesgo de mortalidad por el cáncer.

3

Las **causas de desnutrición** están relacionadas con el propio tumor y su tratamiento, el paciente y su entorno sociofamiliar; las causas de persistencia de la desnutrición, además de las previas, incluyen el abordaje sanitario de este problema.

4

La **evaluación nutricional** en el paciente oncológico debe hacerse en el momento del diagnóstico de la enfermedad tumoral.

5

La evaluación nutricional consta de dos etapas bien definidas y secuenciales: el cribado nutricional y la valoración del estado nutricional en aquellos casos en que el cribado evidencie un riesgo nutricional.

6

El primer paso en el abordaje terapéutico del paciente desnutrido oncológico suele ser el **consejo dietético**, dirigido a enriquecer la alimentación para cubrir los requerimientos nutricionales y minimizar la sintomatología asociada (anorexia, disgeusia, xerostomía, náuseas, etc.).

7

Los **suplementos nutricionales** orales son el tratamiento médico nutricional más frecuentemente empleado en estos pacientes, quedando la nutrición enteral por sonda y la parenteral relegadas a casos más puntuales. Las fórmulas más utilizadas son las hiperproteicas e hipercalóricas y las dirigidas a combatir la caquexia (enriquecidas en ácidos grasos omega 3)

8

El **tratamiento nutricional**, además de mantener o mejorar el estado nutricional del paciente oncológico con desnutrición, tiene como objetivo optimizar su estado nutricional para evitar la suspensión de tratamientos antineoplásicos y/o de cara a la cirugía.

Dietas completas líquidas

FontActiv®

Con la llegada de **HP/HC Fibra**, la familia se refuerza para ofrecerle el soporte nutricional que sus pacientes necesitan.

FINANCIABLES
SNS



Descubra toda nuestra gama de productos en

www.fontactiv.es

75 AÑOS INNOVANDO
ORDESA