

Impacto nutricional del cáncer gastrointestinal

Beneficios de la evaluación
oportuna y del abordaje
personalizado



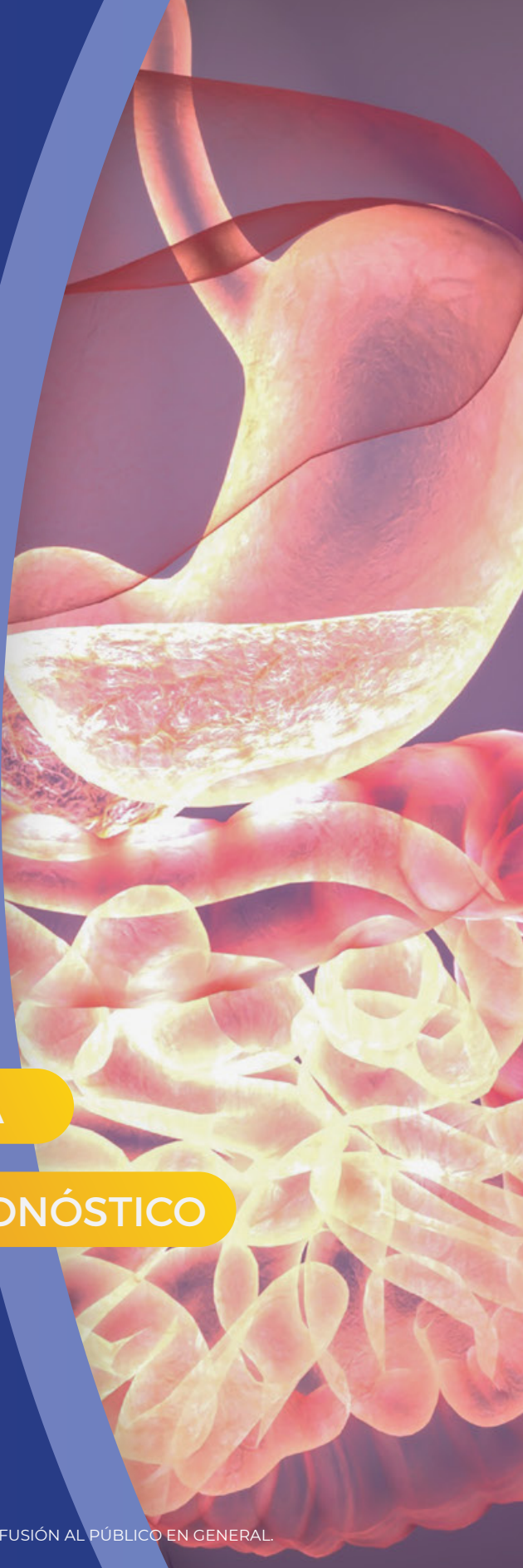
SOBREVIDA



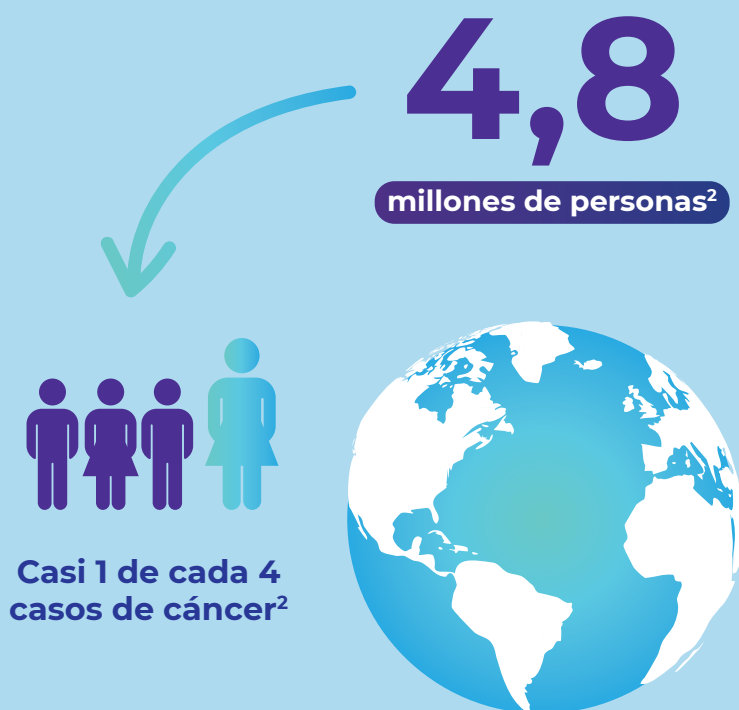
CALIDAD DE VIDA



MEJORÍA DEL PRONÓSTICO

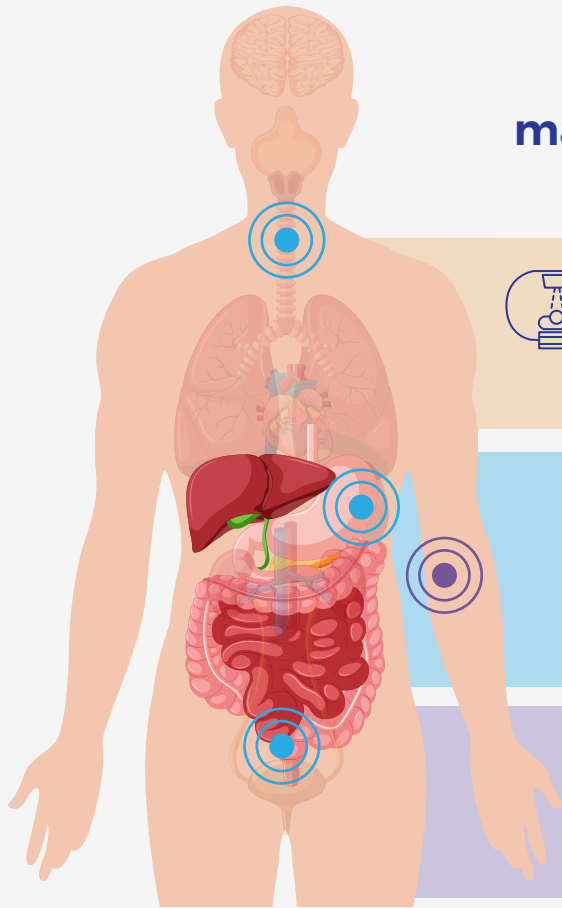


El cáncer gastrointestinal se encuentra entre los de mayor incidencia y mortalidad en el mundo¹



3,4
millones de personas²

Además, es el tipo de cáncer con más riesgo de afectación nutricional³



Factores terapéuticos³

- Trastornos posquirúrgicos o por radioterapia
- Náuseas y vómitos por quimioterapia

Factores tumorales³

- Disminución de la ingesta
- Obstrucción del tubo digestivo
- Malabsorción
- Trastornos digestivos
- Trastornos metabólicos
- Disfunción intestinal

Factores inmunitarios³

- Aumento de marcadores de inflamación que generan anorexia o alteran el metabolismo: TNF-alfa, IL-6, PCR

Trastornos nutricionales por cáncer gastrointestinal

Pérdida de peso³

80%

de los pacientes (antes de la quimioterapia)

Desnutrición⁴

63%

de los pacientes con tumores esofagogástricos

Sarcopenia⁵

89%

de los pacientes con carcinoma gástrico metastásico

Caquexia⁶

59%

de los pacientes con cáncer avanzado

Afectan a una proporción importante de pacientes

Peor pronóstico³

- Disminución de la calidad de vida
- Aumento de la disfunción
- Más complicaciones infecciosas y no infecciosas
- Aumento del gasto en salud: internaciones más frecuentes y prolongadas
- Menor supervivencia

Evaluación nutricional + Abordaje personalizado

Mejor pronóstico³

- Mejor calidad de vida
- Mayor tolerabilidad y menor toxicidad del tratamiento
- Menos internaciones
- Aumento de la supervivencia

Los trastornos nutricionales son una complicación frecuente del cáncer, y las personas con cáncer gastrointestinal (CG) resultan las más vulnerables.³

El origen de dichos trastornos es complejo y multifactorial, y responde a mecanismos locales y sistémicos.^{3,4} Se han identificado factores relacionados con los tumores, con la inmunidad y con el tratamiento (Infografía).³ Asimismo, existen factores sociales y psicológicos que pueden afectar el estado nutricional.⁷

En cuanto a los factores tumorales, por ejemplo, la desnutrición se asocia con la disfagia y la saciedad temprana en pacientes con cáncer esofagogástrico (Figura 1).⁴ Además, acelera la progresión al suprimir la inmunidad.⁸ En pacientes con CG y desnutridos, se observaron valores superiores de marcadores inflamatorios, que generan estrés oxidativo con disminución de la masa muscular y del peso corporal, y mayor riesgo de caquexia.^{3,5}

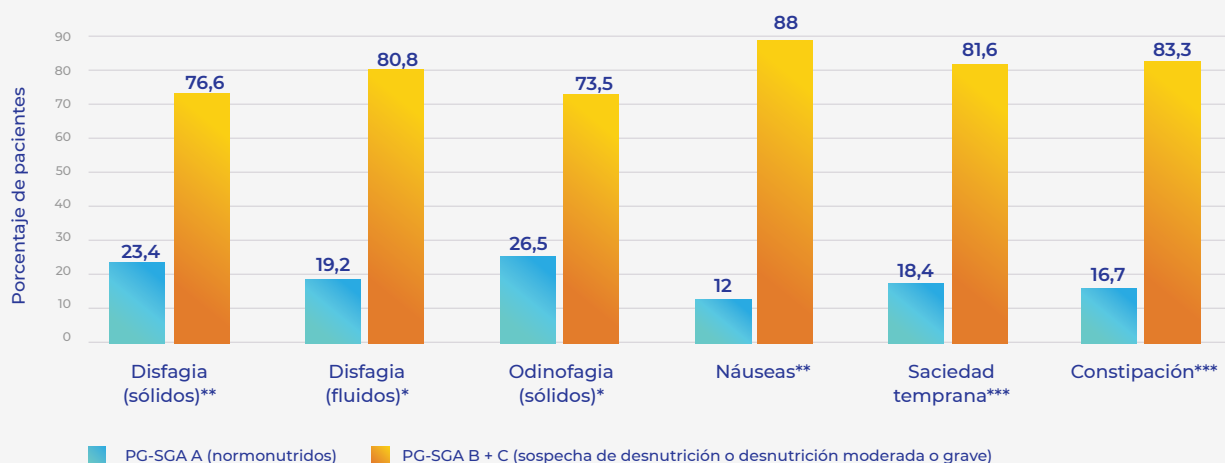


Figura 1. Asociación, en pacientes con cáncer esofagogástrico (n = 80), de los síntomas gastrointestinales con el estado nutricional, según la escala Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA): A (normonutrido), B (sospecha de desnutrición o desnutrición moderada) y C (desnutrición grave). *P < 0,05; **P < 0,01; ***P < 0,001. Elaborada sobre la base del estudio de Grace et al.⁴

Los trastornos nutricionales afectan la evolución de los pacientes con CG: disminuye el estado funcional, la salud global y la calidad de vida, así como la respuesta al tratamiento y su tolerabilidad.^{3,4,9} A pesar del impacto nutricional del CG, cerca del 50% de los pacientes no reciben un tratamiento oportuno.³

Trastornos nutricionales en pacientes con cáncer gastrointestinal



Pérdida de peso

Se la ha asociado de forma significativa con el deterioro de la capacidad funcional y con mayor fatiga, disminución del apetito y afectación global de la salud.⁹ Además, es un factor pronóstico de sobrevida en pacientes con cáncer gástrico avanzado que reciben quimioterapia.⁵ La pérdida de peso supera el 10% en casi un tercio de los pacientes con cáncer gástrico o de páncreas.³



Desnutrición

El CG aumenta 8,1 veces la probabilidad de desnutrición.^{5,9} La incidencia en pacientes con cáncer esofagogástrico llega a ser elevada por la afectación de órganos digestivos principales y síntomas que reducen la ingesta y absorción de nutrientes.⁴ Cerca del 20% de los pacientes con cáncer gástrico no mueren por esa causa, sino por la desnutrición y sus complicaciones.⁷



Sarcopenia

Es un factor pronóstico independiente y significativo de sobrevida global y fracaso terapéutico, que aumenta la toxicidad de la quimioterapia y predice la aparición de neuropatía.⁵



Caquexia

Es consecuencia de la interacción entre citoquinas proinflamatorias y factores metabólicos en pacientes con desnutrición. Además, aumenta la toxicidad hematológica de la quimioterapia.⁵ Por eso, es importante el diagnóstico precoz: cuando es refractaria, la sobrevida es menor de tres meses.⁵

Impacto del estado nutricional en la calidad de vida y en la sobrevida

El estado nutricional desmejora la calidad de vida de los pacientes con CG (Figura 2).⁹ Además, en pacientes con cáncer gástrico, se acorta la sobrevida global y la sobrevida sin progresión (Figura 3A), y aumenta la morbilidad y la mortalidad luego de la cirugía paliativa (Figura 3B).^{4,8} El incremento de la morbilidad coincide con una mayor tasa de complicaciones y con más gastos por internaciones más frecuentes y prolongadas, incluso en unidades de cuidados intensivos.^{3,9}

Además, la desnutrición afectó la evolución y se asoció con peor capacidad funcional física y cotidiana, más dolor y mayor pérdida de apetito.

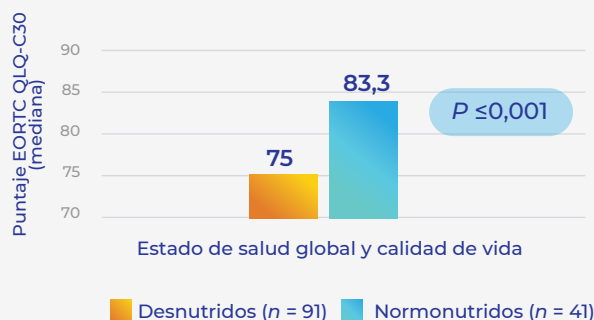


Figura 2. Asociación entre el estado nutricional, según la evaluación global subjetiva, y la salud global y calidad de vida, según el European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Core 30 (EORTC QLQ-C30) en pacientes con cáncer gastrointestinal que recibirían tratamiento quirúrgico. Elaborada sobre la base del estudio de Maia et al.⁹

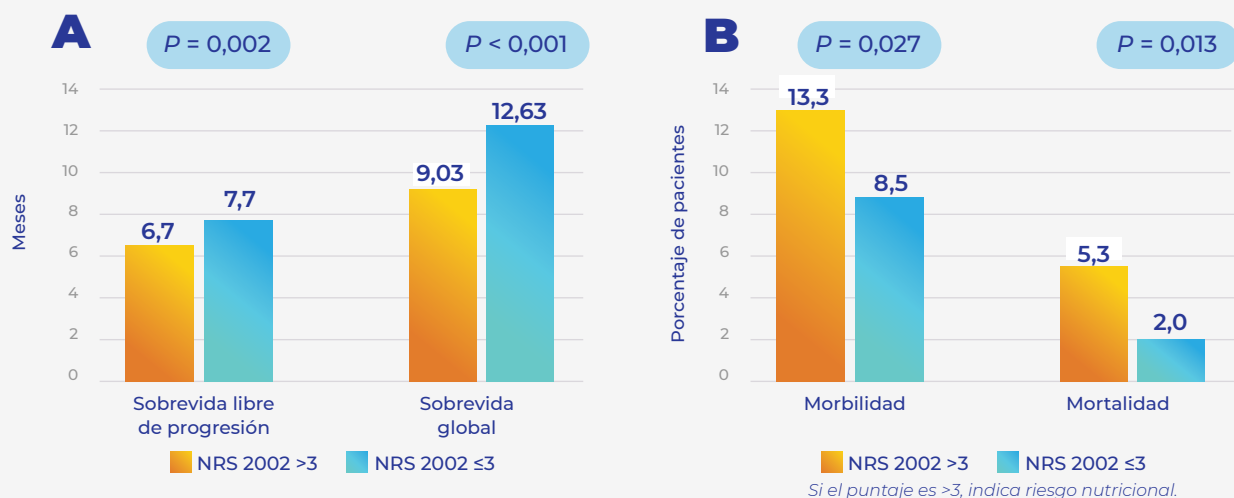


Figura 3. Asociación, en pacientes con cáncer gástrico metastásico, del estado nutricional –según la escala Nutritional Risk Screening (NRS) 2002, con la supervivencia (A; n = 1664) y con la morbilidad y mortalidad posquirúrgica (B; n = 800). Elaborada sobre la base del estudio de Li et al.⁹

Evaluación y abordaje nutricional

En la práctica clínica, la detección sistemática de los trastornos nutricionales y, por lo tanto, su abordaje específico son beneficiosos para los pacientes. Por ejemplo, en aquellos con tumores en la porción superior del tubo digestivo, la intervención nutricional rápida e intensiva se asoció con un aumento de la calidad de vida y de la supervivencia a largo plazo.³ Asimismo, en pacientes con cáncer colorrectal se observó un aumento de la calidad de vida y de la supervivencia, y una disminución de la toxicidad de la radioterapia.³ Sin embargo, tanto el diagnóstico como el tratamiento son aún insuficientes.³ En la Figura 4, se esquematizan, entonces, las etapas de la evaluación nutricional, el posterior enfoque personalizado y, a raíz de estos, el cambio en el pronóstico.

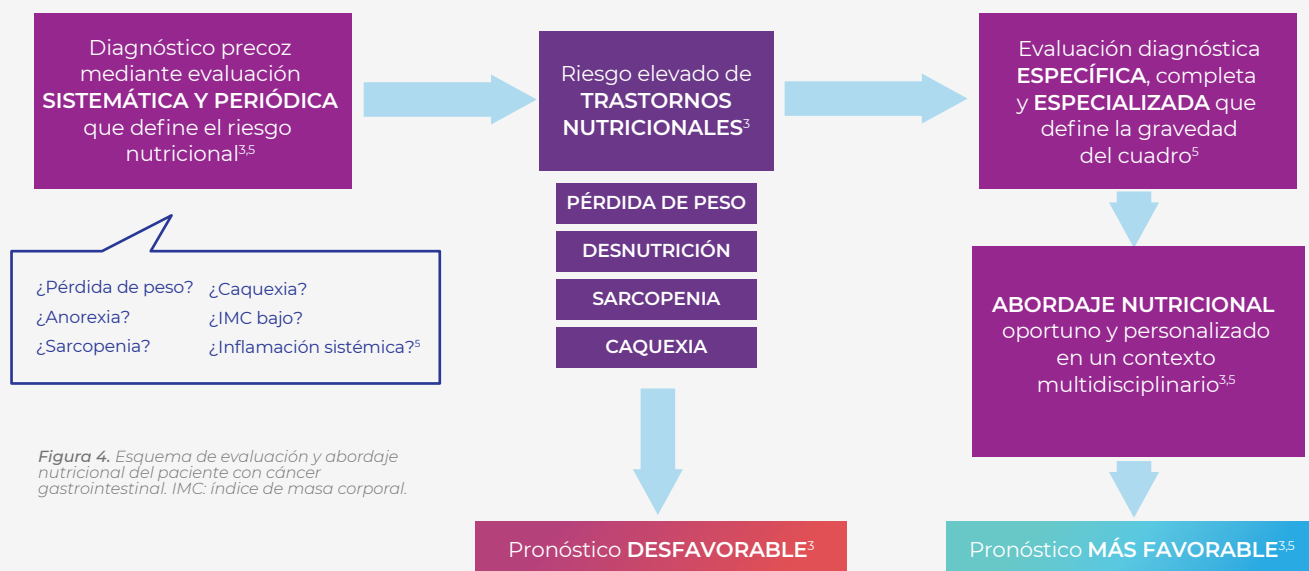


Figura 4. Esquema de evaluación y abordaje nutricional del paciente con cáncer gastrointestinal. IMC: índice de masa corporal.

Consideraciones finales

Los trastornos nutricionales son muy frecuentes en pacientes con CG y tienen consecuencias negativas sobre el tratamiento oncológico, la calidad de vida y la supervivencia. La detección sistemática, la evaluación periódica y el tratamiento multidisciplinario permitirán un abordaje oportuno que mejore la evolución de los pacientes.^{5,7}

Cuadros que afectan el estado nutricional según el tipo de cáncer gastrointestinal y sus consecuencias

Cuadros que afectan el estado nutricional

Consecuencias nutricionales

Tipo de cáncer

Esófago	<p>Disfagia de rápida evolución (alimentos sólidos, alimentos blandos, líquidos, saliva). Anorexia. Caquexia.¹⁰</p> <p>Luego de la esofagectomía: alteración anatómica; saciedad rápida; pérdida de apetito, gusto y olfato; síndrome de vaciamiento gástrico rápido (<i>dumping</i>).¹¹</p> <p>Tipo de cáncer con máxima afectación nutricional: hasta el 79% de los pacientes</p>	<p>Pérdida de peso >10% en el momento del diagnóstico en más del 70% de los pacientes.¹⁰</p> <p>Nutrición inadecuada con deterioro a largo plazo: hasta el 95% no se recupera.¹¹ Pérdida de peso >10-15% a los 6-12 meses del procedimiento en más de la mitad de los casos.¹¹</p>
Estómago	<p>Hiporexia y otros síntomas o trastornos que afectan la ingesta, estenosis pilórica, hemorragias y ascitis.⁸ Asociación entre desnutrición, caquexia y muerte. Afectación de uno de los órganos digestivos principales con náuseas, vómitos, saciedad rápida, pérdida de apetito y disfagia.⁵</p> <p>Luego de la gastrectomía: síndrome de vaciamiento rápido (<i>dumping</i>), dolor, náuseas, vómitos, diarrea, reflujo, disminución de la ingesta.¹²</p>	<p>Incidencia elevada de desnutrición, hasta el 40-80% durante la enfermedad, que favorece la caquexia y la muerte.⁵</p> <p>Prevalencia elevada de pérdida de peso (>10%).¹² Desnutrición y presarcopenia.¹²</p>
Páncreas	<p>Insuficiencia exocrina (prevalencia del 95%): pérdida de peso, diarrea grave y esteatorrea. Insuficiencia endocrina (tumores neuroendocrinos, prevalencia del 5%): diabetes <i>mellitus</i>. Anorexia, malabsorción y aumento del requerimiento calórico. Caquexia.¹³</p> <p>Luego de la pancreatectomía: fístula, gastroparesia, síndrome de vaciamiento gástrico rápido (<i>dumping</i>), diarrea grave, esteatorrea. Insuficiencia exocrina y endocrina.¹³</p>	<p>Pérdida de peso: en el momento del diagnóstico, el 80% de los pacientes; durante los primeros 6 meses de evolución, hasta el 40% pierde más del 10% del peso.¹³ Desnutrición.¹³</p> <p>Déficit nutricional.¹³ Pérdida de peso.¹³ Diabetes mellitus: en hasta el 54% de los casos luego de la pancreatectomía distal.¹³ Déficit vitamínico y mineral (A, B¹², D³, E; hierro, zinc).¹³ Síndromes de malabsorción.¹³</p>
Colon o recto	<p>Trastornos locales de la función intestinal que causan obstrucción y malabsorción.¹⁴</p> <p>Luego de la intervención quirúrgica colorrectal: la desnutrición prequirúrgica favorece las complicaciones.¹⁴ Íleo posquirúrgico con náuseas y vómitos persistentes, complicaciones de la ostomía que requieren cambios en la alimentación, disfunción intestinal a largo plazo con incontinencia y constipación.¹⁵</p>	<p>Frecuencia elevada de desnutrición: cerca del 35% de los pacientes presenta desnutrición prequirúrgica de moderada a grave.¹⁴</p> <p>Pérdida de peso.¹⁴ Desnutrición.¹⁴</p>

Fortisip Compact apoya la recuperación de los pacientes oncológicos, contribuyendo a mejorar su estado nutricional

Para conocer más de Fortisip Compact, registrate en www.nutriciononcologica.com.ar



Portal para sus Pacientes:

www.nutriciasiemprejuntos.com.ar/s/oncologia

Seguinos en:  NutricionOncologica_  Nutricion-Oncologica

FORTISIP COMPACT: ALIMENTO PARA PROPÓSITOS MÉDICOS ESPECÍFICOS, LÍQUIDO, NUTRICIONALMENTE COMPLETO, PARA ADULTOS. LIBRE DE GLUTEN. MATERIAL EXCLUSIVO PARA PROFESIONALES DE LA SALUD. PROHIBIDA SU DIFUSIÓN AL PÚBLICO EN GENERAL.

Bibliografía:

1. Organización Mundial de la Salud. Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer. Global cancer burden in 2020. Disponible en <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>. 2. Arnold M, Abnet CC, Neale RE, et al. Global burden of 5 major types of gastrointestinal cancer. *Gastroenterology*. 2020;159(1):335-49. 3. Levonyak NS, Hodges MP, Haaf N, et al. Importance of addressing malnutrition in cancer and implementation of a quality improvement project in a gastrointestinal cancer clinic. *Nutr Clin Pract*. 2022;37(1):215-23. 4. Grace EM, Shaw C, Lalji A, et al. Nutritional status, the development and persistence of malnutrition and dietary intake in oesophago-gastric cancer: a longitudinal cohort study. *J Hum Nutr Diet*. 2018;31(6):785-92. 5. Mizukami T, Piao Y. Role of nutritional care and general guidance for patients with advanced or metastatic gastric cancer. *Future Oncol*. 2021;17(23):3101-9. 6. Akezaki Y, Kikuuchi M, Hamada K, Ookura M. Incidence of cachexia in patients with advanced gastrointestinal cancer at the beginning of rehabilitation intervention. *J Phys Ther Sci*. 2020;32(1):16-9. 7. Guo ZQ, Yu JM, Li W, et al. Investigation on the Nutrition Status and Clinical Outcome of Common Cancers (INSCOC) Group (2020). Survey and analysis of the nutritional status in hospitalized patients with malignant gastric tumors and its influence on the quality of life. *Support Care Cancer*. 2020;28(1):373-80. 8. Li YF, Nie RC, Wu T, et al. Prognostic value of the nutritional risk screening 2002 scale in metastatic gastric cancer: a large-scale cohort study. *J Cancer*. 2019;10(1):112-9. 9. Maia F, Silva TA, Generoso SV, Correia M. Malnutrition is associated with poor health-related quality of life in surgical patients with gastrointestinal cancer. *Nutrition*. 2020;75-76:110769. 10. Jordan T, Mastnak DM, Palamar N, Kozjek NR. Nutritional therapy for patients with esophageal cancer. *Nutr Cancer*. 2018;70(1):23-9. 11. Baker M, Halliday V, Williams RN, Bowrey DJ. A systematic review of the nutritional consequences of esophagectomy. *Clin Nutr*. 2016;35(5):987-94. 12. Gharagozlian S, Mala T, Brekke HK, et al. Nutritional status, sarcopenia, gastrointestinal symptoms and quality of life after gastrectomy for cancer - A cross-sectional pilot study. *Clin Nutr ESPEN*. 2020;37:195-201. 13. Gilliland TM, Villafane-Ferriol N, Shah KP, et al. Nutritional and metabolic derangements in pancreatic cancer and pancreatic resection. *Nutrients*. 2017;9(3):243. 14. Gupta A, Gupta E, Hilsden R, et al. Preoperative malnutrition in patients with colorectal cancer. *Can J Surg*. 2021;64(6):E621-E629. 15. Hanna DN, Hawkins AT. Colorectal: Management of postoperative complications in colorectal surgery. *Surg Clin North Am*. 2021;101(5):717-29.