

Protocolo de evaluación y tratamiento nutricional del paciente oncológico

Lic. Agustina Senese | MN 6634

Especialista en Nutrición Oncológica y en Cuidados Paliativos
Hospital Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Se estima que la prevalencia de malnutrición en oncología oscila entre un 15-40% al momento del diagnóstico de la enfermedad, alcanzando hasta un 80% en la enfermedad avanzada^{1,2}. Este impacto nutricional de origen multifactorial, vinculado frecuentemente a la localización y extensión del tumor, a la evolución de la propia enfermedad, a los tratamientos antineoplásicos aplicados y a los síntomas asociados a estos últimos^{3,4,5}.

Introducción

Resulta imperioso contar con un protocolo de atención nutricional del paciente oncológico que guíe el accionar de los profesionales intervinientes en su tratamiento.

En este documento se analizará y reflexionará el artículo publicado por Gomez Candela et al. sobre “Algoritmos de evaluación y tratamiento nutricional en el paciente adulto con cáncer”⁶.

Las principales secciones del documento son:

1. Evaluación nutricional del paciente oncológico
2. Clasificación de la terapia tumoral aplicada en función de su repercusión en el estado nutricional del paciente
3. Algoritmo de intervención nutricional

“Algoritmos de evaluación y tratamiento nutricional en el paciente adulto con cáncer”⁶ Gomez Candela et al.

1. Evaluación nutricional del paciente oncológico

El objetivo de la evaluación del estado nutricional es la identificación de pacientes con malnutrición, producido por la propia enfermedad neoplásica o por los tratamientos onco-específicos prescritos. Por lo cual, **resulta fundamental realizarla al momento del diagnóstico de la enfermedad oncológica ya que permite identificar aquellos pacientes que requieren de un tratamiento nutricional especializado de manera precoz.** La Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente (VGS-GP), es considerada como la herramienta gold estándar para la evaluación nutricional del paciente oncológico. Fue descrita y adaptada por Ottery y posteriormente por Pearson, del modelo de VGS diseñado por Detsky y colaboradores en 1987^{7,8,9,10}.

Puntaje	Plan terapéutico a seguir:
0-1	No requiere intervención nutricional en este momento. Volver a valorar durante el tratamiento.
2-3	Educación alimentaria nutricional al paciente y su familia por parte de un especialista en nutrición. Intervención farmacológica según los síntomas y el laboratorio que presente el paciente.
4-8	Requiere intervención de un especialista en nutrición según los síntomas que presente el paciente.
≥ 9	Necesidad crítica de mejorar el manejo de los síntomas del paciente y/o intervención nutricional/ farmacológica.

En la VGS-GP se involucra al propio paciente en la evaluación, de forma que éste cumplimenta la primera parte del cuestionario que está referida a la historia clínica (pérdida de peso, modificaciones en la ingesta alimentaria, modificaciones en la capacidad funcional y síntomas digestivos). Mientras que la nutricionista/oncólogo completa el resto de la valoración que hace referencia a los signos físicos.

Puede realizarse en todos los ámbitos, tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorios. Incluye información adicional sobre síntomas característicos que pueden presentarse en el paciente oncológico.

Además de proporcionar una calificación global (bien nutrido, moderadamente desnutrido o severamente desnutridos), incorpora una puntuación numérica (de 0 a 4 puntos) a cada uno de los componentes que evalúa. De acuerdo con la puntuación total, se establece un nivel de intervención nutricional. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor es el riesgo de desnutrición.

2. Clasificación de la terapia tumoral aplicada en función de su repercusión en el estado nutricional del paciente

Los tratamientos antineoplásicos (cirugía, radioterapia o quimioterapia) pueden causar alteraciones nutricionales, tanto directa como indirectamente^{11,12,13}.

> CIRUGÍA

La cirugía genera amputaciones que limitan su capacidad de autoalimentación y el trauma quirúrgico en sí mismo produce una respuesta metabólica inmediata que supone un aumento de los requerimientos nutricionales. A su vez, las complicaciones generales de la cirugía, como infecciones, dehiscencias, fístulas y síndrome de intestino corto tienen repercusión en el estado nutricional del paciente.

El riesgo nutricional del paciente oncológico sometido a cirugía se muestra en la Tabla N°1.

Tabla N°1: Riesgo nutricional del paciente oncológico quirúrgico

Cirugía	Estado nutricional	Agresión	Ayuno	Índice de complicaciones	Riesgo nutricional	
Cabeza-Cuello	Malo	Alta	9/10d	Alto	C	+++
					P	+
Esofágica	Malo (+)	Muy alta	9/10d	Alto	C	+++
					P	+
Gástrica	Malo	Alta	9/10d	Medio	C	+++
					P	+
Delgado	A Normal	Media	3/4d	Bajo	C	+
	C Malo				P	+++
Colon	Normal	Media	3/4d	Bajo	C	+
					P	+
Páncreas	Malo	Alta	9/10d	Medio	C	+++
					P	+

Referencias:

Alto riesgo: +++

A: aguda

C: curativa

Riesgo medio: ++

C: crónica (fístulas)

P: paliativa

Bajo riesgo: +



QUIMIOTERAPIA

La severidad de sus efectos secundarios dependerá de los citostáticos utilizados, la dosis y el esquema, el número de ciclos, la respuesta individual, las terapias concomitantes y el estado general del paciente. Son varios los efectos adversos asociados a la quimioterapia que pueden afectar el estado nutricional, a saber: astenia, anorexia, disgeusia, náuseas, vómitos, estomatitis, glositis, xerostomía, faringitis, esofagitis, disfagia, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, íleo, malabsorción, alteración de la función hepática y/o renal, entre otros.^{14,15}

Los grupos de riesgos de malnutrición en función del tipo de tratamiento quimioterápico se detalla en la Tabla N°2.

1.

Grupo de alto riesgo

- a) Pacientes que van a ser sometidos a trasplante de médula ósea.
- b) Pacientes que van a recibir tratamiento radio-quimioterápico concomitante por cánceres de cabeza y cuello, esófago.

2.

Grupo de riesgo medio

- a) Pacientes tratados con altas dosis de cisplatino (>80 mg/m³ cada 3 semanas)
- b) Pacientes que reciben tratamiento con antraciclinas: 5-fluorouracilo en infusión continua, irinotecán, docetaxel.
- c) Pacientes tratados con ifosfamida, ciclofosfamida, dacarbacina, fluoropirimidinas orales (UFT, capacitebina), carboplatino, paclitaxel, mitoxantrone, etc.

3.

Grupo de riesgo bajo

- a) Pacientes que reciben derivados de la vinca, metrotexato a bajas dosis, 5-fluorouracilo en bolo, Utefos, melflán, clorambucil.

Tabla N°2: Riesgo nutricional del paciente sometido a quimioterapia

> **RADIOTERAPIA**

Los efectos secundarios del tratamiento dependerán de la localización tumoral, el volumen irradiado, la dosis total administrada, el tipo de fraccionamiento utilizado, la duración del tratamiento y los tratamientos administrados previa o simultáneamente a la radioterapia (cirugía y/o quimioterapia). Los efectos secundarios se potencian en caso de administración de quimioterapia concomitante.

En la Tabla N°3 se muestra el riesgo de malnutrición en función de la zona irradiada.

Riesgo nutricional	
Alto	<p>Localización</p> <p>Tratamiento radioterápico con quimioterapia concomitante por tumores de cabeza y cuello y de esófago.</p> <p>Digestivo</p> <p>Irradiación corporal total (trasplante de médula ósea)</p>
Medio	<p>Tratamiento radioterápico con quimioterapia concomitante por neoplasias pulmonares.</p> <p>Sistema nervioso central.</p> <p>Renal, ovario, órganos genitales, vejiga</p>
Bajo	<p>Mama</p> <p>Óseos y musculares</p> <p>Próstata</p> <p>Cutáneos</p>

Tabla N°3: Riesgo nutricional del paciente sometido a radioterapia

3. Algoritmo de intervención nutricional

El algoritmo de intervención nutricional propuesto integra el análisis de las dos variables anteriormente descritas, a saber: el resultado de la evaluación nutricional realizada mediante la VGS-GP (adecuado estado nutricional, malnutrición moderada, malnutrición severa) y vinculándolo con el riesgo nutricional asociado al tratamiento oncológico propuesto (bajo, medio o alto riesgo). En base al cruce de estas dos variables se propone el tipo de intervención nutricional a implementar y la frecuencia de tiempo sugerida para realizar la reevaluación. En el Figura N°1 se muestra el “Algoritmo de toma de decisiones en el paciente oncológico en tratamiento con intención curativa”.⁶

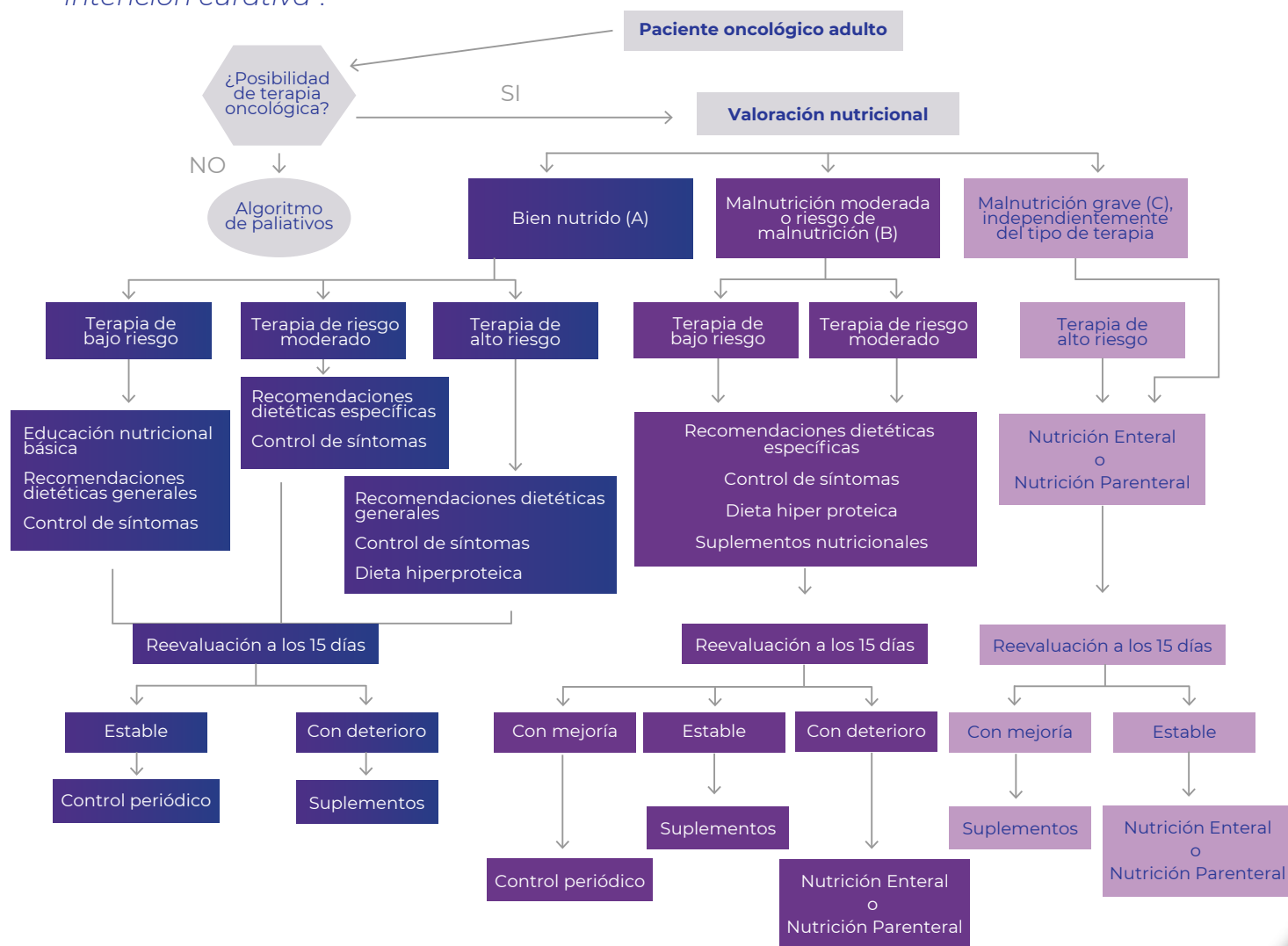


Figura N°1: Algoritmo de toma de decisiones en el paciente oncológico en tratamiento con intención curativa

Debido a las características de la enfermedad oncológica y a los efectos secundarios vinculados a los tratamientos instaurados, nos encontramos frente a un paciente dinámico, plurisintomático que requerirá de un monitoreo nutricional periódico. A su vez, será fundamental la adaptación de las intervenciones nutricionales a cada individuo y contexto particular donde la creatividad en la adaptación de la alimentación juega un rol fundamental a la hora lograr una mayor adherencia. Cada persona y tratamiento oncológico es diferente, por eso es imprescindible un abordaje nutricional individual e integral, considerando a la persona en todas sus dimensiones: física, social, emocional y espiritual.

En síntesis, **recibir orientación de un nutricionista especializado en oncología es esencial para llevar una alimentación completa y adecuada antes, durante y después de los tratamientos oncológicos. Acompaña al paciente y a su familia, desde la prevención, el diagnóstico y a lo largo de todo el proceso de la enfermedad.**

Referencias bibliográficas

1. Nelson KA, Walsh D, Sheehan A. The cancer anorexia-cachexia syndrome. J Clin Oncol, 1994; 12:213-225.
2. Arends J, Strasser F, Gonella S, et al. Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. ESMO Open. 2021;6(3):100092.
3. Muscaritoli, M et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. Clinical Nutrition, 2021, vol. 40, no 5, p. 2898-2913.
4. Pérez Camargo D. y col. Frecuencia de anorexia- caquexia y su asociación con síntomas gastrointestinales, en pacientes paliativos del Instituto Nacional de Cancerología, México. Nutrición Hospitalaria.2014;30(4):891-895
5. García-Luna, P., et al. Causas e impacto clínico de la desnutrición y caquexia en el paciente oncológico. Nutrición Hospitalaria. 2006; 21, 10-16.
6. Candela, C. Gómez, et al. Algoritmos de evaluación y tratamiento nutricional en el paciente adulto con cáncer. Soporte nutricional en el paciente oncológico (2ª ed.). Madrid: You&Us editores, 2004, p. 265-84.
7. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, et al.: What is subjective global assessment of nutritional status? J Parenter Enteral Nutr 11, 8-13, 1987
8. McMahon K, Decker G, Ottery FD. Integrating proactive nutritional assessment in clinical practices to prevent complications and cost. Sem Oncol 1998; 25 (S6): 20-27.
9. Ottery DF. Rethinking nutritional support of the cancer patient: the new field of nutritional oncology: Seminars in Oncology, 1994;21:770-8.
10. Persson C, Sjöden PO, Glimelius B. The Swedish version of the patient-generated subjective global assessment of nutritional status: gastrointestinal vs urological cancers. Clin Nutr. 1999; 18: 71-77.
11. Planas Vilá M, Camarero González E. Importancia de la nutrición en el paciente oncológico. Barcelona: Novartis Consumer Health; 2003.

Referencias bibliográficas

12. Collado, MT Manjón; Mompeán, F. Oliva; Rodríguez, M. Díaz. Capítulo 6: nutrición en el paciente oncológico. Revista andaluza de patología digestiva, 2009, vol. 32, no 4, p. 295-308.
13. Bozzetti F et al. Postoperative complications in gastrointestinal cancer patients: the joint role of the nutritional status and the nutritional support. Clinical Nutrition 2007; 26 (6):698–709.
14. Tong H, Isenring E et al. The prevalence of nutrition impact symptoms and their relationship to quality of life and clinical outcomes in medical oncology patients. Support Care Cancer 2009;286.
15. Alonso Castellanos, Sara, et al. Efectos adversos metabólicos y nutricionales asociados a la terapia biológica del cáncer. Nutrición hospitalaria, 2014, vol. 29, no 2, p. 259-268.