

INDICACIONES DE APOYO NUTRICIONAL

Las indicaciones de apoyo nutricional en pacientes con cáncer varían a lo largo del proceso de atención, dependiendo de si los pacientes están en tratamiento oncológico activo, están en remisión o en una etapa paliativa. Esto significa que el seguimiento nutricional regular es obligatorio en todos los pacientes con algún tipo de cáncer, estadio o tratamiento que pueda afectar el estado nutricional.

Las intervenciones nutricionales deben compensar la ingesta energética inadecuada con el objetivo de mejorar los resultados clínicos.

La correcta identificación de candidatos a apoyo nutricional se basa en la evaluación del estado nutricional actual y esperado y de la ingesta energética. En consecuencia, se debe brindar apoyo nutricional a los pacientes desnutridos y a aquellos en riesgo nutricional, en particular cuando la ingesta de energía oral ya es insuficiente o se espera que sea inadecuada (<60% de las necesidades calóricas estimadas) durante más de 7 días.

Los pacientes con cáncer desnutridos con cirugía electiva planificada deben recibir apoyo nutricional preoperatorio durante al menos 7 días para mejorar los resultados posoperatorios, incluso si esto puede retrasar la cirugía.

El asesoramiento dietético, incluido el uso de suplementos nutricionales orales (SNO), debería ser el primer paso para lograr una ingesta energética satisfactoria. En presencia de función intestinal normal e ingesta inadecuada de alimentos, se debe considerar la alimentación por sonda enteral total o complementaria. Si la nutrición enteral (NE) no es factible debido a una disfunción intestinal, síntomas que podrían empeorar con el soporte enteral (es decir, náuseas, vómitos, diarrea) o el rechazo del paciente, se requiere nutrición parenteral (NP) para brindar soporte nutricional.

Nutrición enteral (NE)

La NE mediante alimentación por sonda ofrece la posibilidad de aumentar o asegurar la ingesta de nutrientes siempre que el tracto gastrointestinal sea funcional y la nutrición oral no sea factible o siga siendo inadecuada a pesar del asesoramiento nutricional y del consumo de SNO.

B.Braun: cuidamos la salud
Alimentamos sonrisas



La NE no debe utilizarse de forma rutinaria durante el tratamiento contra el cáncer en todos los pacientes, sino sólo en aquellos que están desnutridos o se considera que no pueden comer adecuadamente (la intención es introducir una cantidad de calorías $\geq 60\%$ de las necesidades estimadas) durante más de 7 días.

La alimentación por sonda se puede administrar por vía transnasal (sonda nasogástrica/nasoyeyunal) o por vía percutánea (endoscópica percutánea/inserción radiológica/gastrostomía o yeyunostomía quirúrgica). Hasta la fecha, no hay evidencia suficiente para recomendar la mejor vía en términos de eficacia y seguridad; sin embargo, se debe preferir la gastrostomía para el tratamiento a largo plazo (es decir, nutrición artificial domiciliaria, NAD), ya que puede ser más cómoda para los pacientes y más fácil de manejar para los cuidadores, mientras que los tubos transnasales deben reemplazarse aproximadamente cada 6 semanas. Siempre que no sea factible la colocación de sondas transnasales o gastrostomía, como puede ser el caso de cáncer gástrico o de esófago obstructivo grave, la yeyunostomía con catéter con aguja representa la vía de administración NE más adecuada.

En cuanto al momento, la alimentación profiláctica no parece ofrecer ventajas en términos de resultados nutricionales, interrupciones del tratamiento y supervivencia en comparación con la alimentación reactiva, que se inicia una vez que el asesoramiento nutricional y los SNO no han logrado satisfacer las necesidades energéticas.

La NE representa el tratamiento nutricional perioperatorio de primera línea también para pacientes con cáncer quirúrgico que requieren nutrición artificial.

Tanto las guías europeas como las americanas recomiendan la NE preoperatoria con fórmulas que mejoran el sistema inmunológico, que contienen arginina, ácidos grasos ω -3 y nucleótidos, en pacientes con cáncer sometidos a cirugía mayor de cabeza, cuello o abdomen, aunque el grado de esta recomendación aún es siendo debatido. La NE postoperatoria se recomienda en pacientes quirúrgicos desnutridos al momento de la intervención, en aquellos que no pueden reiniciar la nutrición oral tempranamente o cuando se espera que esta sea inadecuada por más de 10 días.

Nutrición Parenteral (NP)

El uso de NP en pacientes con cáncer ha sido debatido debido al riesgo de infección. Tanto las guías europeas como las americanas establecen claramente que la NP está indicada en pacientes que reciben tratamiento activo contra el cáncer y que están desnutridos o que se enfrentan a un período superior a 7 días de ingesta energética inadecuada cuando el asesoramiento nutricional, los SNO o la NE no son factibles o ineficaces. No se recomienda la NP de rutina durante el tratamiento del cáncer.

Un período corto de NP (10-15 días) está indicado en pacientes con mucositis aguda y grave, íleo o vómitos intratables, mientras que la NP a largo plazo (más de 30 días) debe implementarse en pacientes con insuficiencia intestinal debido a una resección intestinal extensa, mal absorción grave, obstrucción intestinal mecánica, en enteritis por radiación subaguda o crónica y en pacientes con enfermedad de injerto contra huésped del tracto digestivo. La NP también puede ayudar a una ingesta oral insuficiente en pacientes anoréxicos con un intestino funcional (NP suplementaria).

La NP está contraindicada en pacientes hemodinámicamente inestables, con ascitis, insuficiencia orgánica grave o en presencia de inestabilidad glucémica grave y rara vez es apropiada en pacientes con cáncer incurable con una esperanza de vida inferior a 3 meses, una puntuación de Karnofsky ≤ 50 o un estado funcional ECOG ≥ 3 .

Para la NP a largo plazo, se necesita un catéter tunelizado o implantado. También se pueden utilizar catéteres centrales de inserción periférica (PICC).

Se debe implementar una monitorización rigurosa, particularmente de la glucemia y los electrolitos, desde el momento del inicio de la NP, para prevenir complicaciones clínicas y metabólicas y evaluar el impacto de la NP en los resultados clínicos.



Nutrición artificial domiciliaria y cuidados paliativos

La Nutrición Artificial Domiciliaria es una terapia extrahospitalaria bien establecida, que ayuda a disminuir los costos de la atención médica, principalmente reduciendo el número y la duración de las hospitalizaciones. Puede mejorar el pronóstico de los pacientes con varias enfermedades agudas y crónicas, incluido el cáncer, y permite a los pacientes integrarse en sus familias y en la sociedad, mejorando así su calidad de vida. Debido a su complejidad organizativa, complicaciones potencialmente graves y la necesidad de una evaluación periódica de los resultados, debe prescribirse y controlarse periódicamente utilizando protocolos definidos compartidos entre oncólogos y especialistas en nutrición clínica.

El apoyo nutricional también puede integrarse en los programas de cuidados paliativos, cuando se espera que sea beneficioso para la calidad de vida y si se estima que los pacientes pueden morir por desnutrición antes de morir por la progresión del cáncer.

Bibliografía sugerida

- Caccialanza R, et al. . Nutritional Support in Cancer Patients: A Position Paper from the Italian Society of Medical Oncology (AIOM) and the Italian Society of Artificial Nutrition and Metabolism (SINPE). J Cancer. 2016
- Arends J, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr. 2017 Feb
- Muscaritoli M, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. Clin Nutr. 2021 May