

Desnutrición en pacientes oncológicos hospitalizados en el Centro Médico Docente La Trinidad en agosto-septiembre 2017

Luisa Alzuru¹,  Isabella Mantellini¹.

Resumen

Todos los individuos con deficiencias de macro y micronutrientes necesarios para el mantenimiento y la reparación de tejidos cursan con desnutrición. El reconocimiento y tratamiento precoz de desnutrición en los centros de salud es un tema de cuidado principal. Los pacientes hospitalizados cursan con aumento del metabolismo basal y producción de energía para favorecer la curación. La desnutrición hospitalaria es un problema importante a nivel mundial, ya que se ha reportado que 50% de los pacientes hospitalizados presentan algún tipo de déficit nutricional. Esto se traduce en aumento de la morbi-mortalidad principalmente por aumento de las complicaciones. En el paciente oncológico hospitalizado se conjugan múltiples factores por los que puede aparecer desnutrición, entre ellos escaso aporte de nutrientes, alteración de la digestión y aumento de las necesidades. Se ha reportado 40-80% de malnutrición en los pacientes con cáncer, por lo que es importante diagnosticar y de ser necesario, solicitar intervención nutricional en estos pacientes con el fin de disminuir la morbimortalidad y mejorar la calidad de atención. El presente trabajo de investigación buscó determinar el estado nutricional de los pacientes hospitalizados en el Centro Médico Docente La Trinidad de Agosto-Septiembre 2017 utilizando la Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente como método diagnóstico. Comprobando las hipótesis, se encontró malnutrición moderada a severa (o riesgo de padecerla) en 87% de una muestra de 15 pacientes. Así mismo, se determinó que el 100% de la muestra ameritaba intervención nutricional o farmacológica por su oncólogo y un especialista en nutrición.

Palabras clave: desnutrición, estado nutricional, metabolismo basal, micronutrientes, centros de salud.

Malnutrition in cancer patients hospitalized at Centro Médico Docente La Trinidad in August-September 2017

Abstract

All individuals with deficiencies of macro and micronutrients necessary for the maintenance and repair of tissues suffer from malnutrition. The early recognition and treatment of malnutrition in health centers is a main care issue. Hospitalized patients present with increased basal metabolism and energy production to promote healing. Hospital malnutrition is a major problem worldwide, since it has been reported that 50% of hospitalized patients have some type of nutritional deficit. This translates into an increase in morbidity and mortality, mainly due to an increase in complications. In hospitalized cancer patients, multiple factors combine to cause malnutrition, including poor nutrient intake, altered digestion, and increased needs. 40-80% of malnutrition has been reported in cancer patients, so it is important to diagnose and, if necessary, request nutritional intervention in these patients in order to reduce morbidity and mortality and improve the quality of care. The present research work sought to determine the nutritional status of patients hospitalized at the La Trinidad Teaching Medical Center from August to September 2017 using the Subjective Global Assessment Generated by the Patient as a diagnostic method. Testing the hypotheses, moderate to severe malnutrition (or risk of suffering from it) was found in 87% of a sample of 15 patients. Likewise, it was determined that 100% of the sample deserved nutritional or pharmacological intervention by their oncologist and a nutrition specialist.

Keywords: malnutrition, nutritional status, basal metabolism, micronutrients, health centers.

¹Centro Médico Docente La Trinidad. Caracas- Venezuela.

Autor Correspondiente: Luisa Alzuru. Correo electrónico: lalderisi@hotmail.com

Recibido: 10/10/2020 - Aceptado: 02/12/2020

Introducción

El cuerpo humano para funcionar necesita nutrientes obtenidos a través de la alimentación. Estos, principalmente los macronutrientes son metabolizadas para la producción de energía endógena de la misma manera que un automóvil utiliza gasolina para funcionar. La malnutrición, según la Asociación Americana para Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN por sus siglas en inglés), es “simplemente cualquier desbalance nutricional”¹ y puede haber malnutrición por exceso calórico o por déficit. Las personas que sufren falta de calorías adecuadas, proteínas u otros nutrientes necesarios para el mantenimiento y reparación de los tejidos, experimentan desnutrición. El reconocimiento y tratamiento de desnutrición en los centros de salud es un tema de cuidado principal.

Los pacientes hospitalizados tienen aumento del metabolismo basal, ya que la patología aguda cursa con un “hipermetabolismo”² por aumento de mediadores inflamatorios y hormonales que favorecen el catabolismo. Todo esto dirigido a la producción de energía para potenciar la curación. La respuesta suele ser excesiva y el individuo pierde reservas y sustratos metabólicos de forma rápida.² En algunos casos, coexisten condiciones antagónicas (ayuno e hipermetabolismo por patología aguda) en los pacientes hospitalizados, principalmente aquellos con patologías gastrointestinales o traumatismos en cuyos casos parte importante del tratamiento y conducta es mantener al paciente en dieta absoluta.³⁻⁵ La desnutrición hospitalaria es un problema importante a nivel mundial, ya que diversos estudios demuestran que la prevalencia de desnutrición en los pacientes hospitalizados es entre 30-55 %. Esto se traduce en aumento de la morbimortalidad principalmente por aumento de las complicaciones y prolongación de la estancia hospitalaria.⁶ Partiendo de esto, se asume que se puede mejorar la asistencia a los pacientes hospitalizados detectando el desarrollo de desnutrición y en caso de ser necesario, intervención de las unidades especializadas en nutrición de los centros asistenciales.^{1,7}

La desnutrición en el paciente hospitalizado es mayor en el caso del paciente oncológico, en el cual se conjugan múltiples mecanismos por los que puede aparecer desnutrición: escaso aporte de nutrientes, alteración de la digestión y/o absorción de nutrientes,

aumento de las necesidades y alteraciones en el metabolismo. Se ha descrito que el propio cáncer y sus tratamientos pueden inducir malnutrición en 40-80 % de los pacientes durante el curso de su enfermedad, principalmente en pacientes con cáncer gástrico o de páncreas.⁸ Así mismo, un estudio en EEUU publicado en 1995 reporta que hasta un 74 % de los pacientes oncológicos evaluados en consulta externa podía presentar pérdida de peso, así como reportaron que 54% de los pacientes presentaron disminución del apetito.⁹ Por otro lado, se publicó en España una investigación que reportó que el 42,25 % de los pacientes tenía anorexia y 52 % presentaba malnutrición severa o riesgo de padecerla y resalta la conclusión de que el 83,6 % de los pacientes con cáncer avanzado requiere algún tipo de intervención nutricional.¹⁰ Sumado a esto, el tratamiento antineoplásico (sea cirugía, radioterapia o quimioterapia) induce a desnutrición por varios mecanismos, entrando en un círculo vicioso donde la desnutrición se asocia a menor respuesta al tratamiento o a menor tolerancia al mismo.⁸

Se tomó como hipótesis que más del 50% de los pacientes oncológicos hospitalizados en el Centro Médico Docente La Trinidad presentan algún grado de desnutrición y que 80 % o más de los pacientes estudiados ameritan algún tipo de intervención nutricional (sea educación nutricional del paciente o familiares, manejo de síntomas, intervención farmacológica o evaluación por especialista en nutrición y desarrollo de un plan nutricional).

De aquí parte la inquietud por realizar este trabajo de investigación, donde el objetivo es determinar el grado de desnutrición en pacientes oncológicos hospitalizados en el CMDLT considerando diferentes variables como tipo de cáncer y estadio, tratamiento antineoplásico recibido e intervención precoz del servicio de Nutrición durante su estancia hospitalaria.

Materiales y métodos

Población y muestra

La población se conformó por pacientes oncológicos mayores de 18 años, de ambos sexos con diagnóstico de neoplasia maligna, hospitalizados en el Centro

Médico Docente la Trinidad en los meses de Agosto y Septiembre que cumplan con los criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes oncológicos de ambos sexos.
- Pacientes oncológicos hospitalizados en el Centro Médico Docente La Trinidad.

Criterios de exclusión:

- Paciente cuyas condiciones generales no le permitan aportar datos en el Instrumento de Recolección de Datos (deben ser aportados por el mismo paciente).
- Pacientes oncológicos hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos al momento de la evaluación.
- Pacientes oncológicos que pasen menos de 72 horas ingresados en la institución.

Se utilizó la Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente (VGS – GP) para el diagnóstico y evaluación nutricional. Posteriormente, se tomaron datos de la historia clínica (fecha de ingreso, diagnóstico oncológico y estadio, si ha recibido o no tratamiento antineoplásico y si ha sido evaluado por el Servicio de Nutrición del CMDLT en su estancia hospitalaria).

La VGS - GP es un formulario publicado por Ottery y colaboradores en 1994^{11,12} aprobado para evaluar el estado nutricional en los paciente con cáncer. El mismo paciente interviene aportando los datos en la primera parte de la encuesta, mientras que en la segunda parte participa el médico haciendo una evaluación física dirigida¹³. Este formulario se divide en 4 partes principales:

- Cuantificación aproximada de la pérdida de peso del paciente (en caso de haberla). También incluye la presencia o no de síntomas gastrointestinales, disminución de la ingesta de alimentos y actividad general del paciente.

- Enfermedad y su relación con los requerimientos nutricionales (determinando si el paciente tiene o no: SIDA, caquexia, úlceras por decúbito, traumas o edad mayor a 65 años).
- Cuantificación del estrés metabólico (presencia y duración de fiebre y de tratamientos esteroideos en caso de haberlos).
- Evaluación física dirigida (incluye tres aspectos de la composición corporal: déficit de tejido graso y muscular, y estatus hídrico). Se toma en cuenta que el déficit muscular tiene más valor que el de tejido graso y éste más que el exceso de fluidos.

Los datos tomados se objetivizan utilizando la Hoja de Instrucciones para la Aplicación de la VGS-GP u “Hoja de Recogida de Datos y Tablas para la Cuantificación de la Encuesta de Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente”. Ésta sirve como guía para conocer el puntaje que tiene cada ítem y signo clínico presente en el paciente. Así mismo, indica cómo se cuantifica la pérdida de peso, la determinación del “estrés metabólico” y el puntaje para los hallazgos físicos.

Finalmente se obtiene un resultado que clasifica al paciente en tres categorías: Estado A, B o C. El primero representa al paciente bien nutrido, el Estado B incluye a los pacientes moderadamente malnutridos o sospechosamente malnutridos, mientras que el Estado C detecta a los pacientes severamente mal nutridos.

Por otro lado, la VSG-GP determina una puntuación numérica total, cuyo resultado sirve para definir en qué casos se recomienda intervención nutricional y qué tan crítica es esta intervención.

Los pacientes firmaron el Consentimiento Informado diseñado, refiriendo que participaron en el estudio voluntariamente. Muchos pacientes de la población no incluidos en la muestra decidieron no participar en el estudio, no entregaron a los investigadores la encuesta o más lamentable aún, no pudieron colaborar en el aporte de datos en la primera parte del formulario por sus condiciones clínicas muy deterioradas.

Los datos tomados se tabularon primeramente en una tabla que incluía Estado Nutricional (tanto categoría como puntuación numérica), Diagnóstico Oncológico

Tabla 1. Datos obtenidos con el Instrumento de Recolección aplicado a los pacientes oncológicos hospitalizados en el Centro Médico Docente la Trinidad en Agosto-Septiembre 2017.

#	Iniciales	Estado nutricional (categoría)	Estado nutricional (puntuación numérica)	Diagnóstico oncológico (tumor primario)	Estadio	Día de hospitalización	Evaluación por nutrición	Tratamiento antineoplásico
1	SM	Estado B	21	Páncreas	IV	7	NO	No
2	CD	Estado B	17	Pulmón	IV	5	SI	No
3	AD	Estado B	14	Colon	IV	3	NO	Quimioterapia
5	AD	Estado C	25	Páncreas	IV	7	NO	Quimioterapia
6	GP	Estado B	7	Colon	II	7	NO	No
7	MH	Estado A	6	Colangiocarcinoma	IV	6	NO	Cirugía
8	GO	Estado B	6	Pulmón	IV	3	NO	Quimioterapia
9	MC	Estado C	19	Páncreas	IV	26	NO	Radioterapia
10	CM	Estado A	4	Páncreas	III	3	NO	Quimioterapia
11	MP	Estado C	27	Endometrio	IV	9	NO	Quimioterapia
12	LS	Estado B	14	Mama	IV	4	NO	No
13	SO	Estado B	16	Próstata	IV	41	NO	No
14	CC	Estado B	17	Endometrio	IV	9	NO	Quimioterapia
15	DV	Estado B	9	Linfoma	II	12	NO	Quimioterapia
16	MM	Estado B	13	Pulmón	III	4	NO	Radioterapia

y Estadio, Día de hospitalización al momento de la evaluación, Evaluación por el Servicio de nutrición y Tratamiento antineoplásico. Posteriormente se separó cada variable y se calculó el porcentaje de los pacientes en cada categoría.

Esta investigación cumple con todos los principios éticos que son requeridos por la Declaración de Helsinki. El estudio fue aprobado por el comité de ética del Centro Médico Docente la Trinidad.

Resultados

Del total de 15 pacientes que representó la muestra (Tabla 1), 2 (13%) se clasificaron como Estado Nutricional A, mientras que los demás (87%) fueron Estado B (10 pacientes ó 67%) o Estado C (3 ó 20% de la muestra) (Tabla 2).

Por otro lado, ningún paciente obtuvo puntuación numérica de 0 a 3 puntos, 4 pacientes (27%) obtuvieron 4 a 8 puntos y el 73% (11 pacientes) obtuvieron 9 puntos o más (Tabla 3).

Tabla 2. Distribución Porcentual del Estado Nutricional (Categoría) de los pacientes oncológicos hospitalizados en el Centro Médico Docente la Trinidad en Agosto-Septiembre 2017

Estado nutricional	N°	%
Estado A	2	13%
Estado B	10	67%
Estado C	3	20%
TOTAL	15	100%

Tabla 3. Distribución Porcentual del Estado Nutricional (Puntuación Numérica) de los pacientes oncológicos hospitalizados en el Centro Médico Docente la Trinidad en Agosto-Septiembre 2017.

Puntuación numérica	N°	%
0-1	0	0%
2-3	0	0%
4-8	4	27%
9 o más	11	73%
TOTAL	15	100%

Las tablas 4 y 5 muestran la distribución porcentual del diagnóstico oncológico (tumor primario), y el estadi oncológico. Destacan como más prevalentes el cancer de páncreas, pulmón y endometrio. El estadio IV fue el mayormente observado en los pacientes hospitalizados.

Tabla 4. Distribución Porcentual del Diagnóstico Oncológico (tumor primario) de los pacientes oncológicos hospitalizados en el Centro Médico Docente la Trinidad en Agosto-Septiembre 2017.

Diagnóstico oncológico	N°	%
Colangiocarcinoma	1	7%
Colon	2	13%
Endometrio	2	13%
Linfoma	1	7%
Mama	1	7%
Páncreas	4	27%
Próstata	1	7%
Pulmón	3	20%
Total	15	100%

Tabla 5. Distribución Porcentual del Estadio Oncológico de los pacientes oncológicos hospitalizados en el Centro Médico Docente la Trinidad en Agosto-Septiembre 2017.

Estadio oncológico	N°	%
I	0	0%
II	2	13%
III	2	13%
IV	11	73%
Total	15	100%

Tabla 6. Distribución Porcentual del Día de Hospitalización para la fecha de evaluación de los pacientes oncológicos hospitalizados en el Centro Médico Docente la Trinidad en Agosto-Septiembre 2017.

Días de hospitalización	N°	%
0-5	6	40%
6-10	6	40%
11 o más	3	20%
Total	15	100%

Los días de hospitalización variaron desde 0 hasta más de 11 (Tabla 6).

Otro dato resaltante que se obtuvo es que únicamente 1 paciente de los 15 fue evaluado por el Servicio de Nutrición del CMDLT durante los primeros 5 días de estancia hospitalaria. En este sentido, este paciente (que representa 7% de la muestra) fue el único que tuvo una intervención terapéutica precoz desde el punto de vista nutricional (Tabla 7).

El 67% de los pacientes recibieron tratamiento antineoplásico (Tabla 8) el cual pudo incluir cirugía, radioterapia o quimioterapia (Tabla 9).

Tabla 7. Distribución Porcentual de los pacientes evaluados por el Servicio de Nutrición en los primeros 5 días de hospitalización de los pacientes oncológicos hospitalizados en el Centro Médico Docente la Trinidad en Agosto-Septiembre 2017.

Evaluación por nutrición	N°	%
Si	1	7%
No	14	93%
Total	15	100%

Tabla 8. Distribución Porcentual del Día de Hospitalización para la fecha de evaluación de los pacientes oncológicos hospitalizados en el Centro Médico Docente la Trinidad en Agosto-Septiembre 2017.

Tratamiento antineoplásico	N°	%
Si	10	67%
No	5	33%
Total	15	100%

Tabla 9. Distribución Porcentual del Tipo de Tratamiento Antineoplásico de los pacientes oncológicos hospitalizados en el Centro Médico Docente la Trinidad en Agosto-Septiembre 2017.

Tipo de tratamiento antineoplásico	N°	%
Quimioterapia	7	70%
Radioterapia	2	20%
Cirugía	1	10%
Total	10	100%

Discusión

En primer lugar, 13 de 15 pacientes estudiados (87%) presentó desnutrición moderada a severa (o riesgo de padecerla). Comprobando la primera hipótesis del trabajo de investigación. Este hallazgo es apoyado teóricamente porque los pacientes estudiados presentaban 2 condiciones que los predisponían a tener desnutrición: patología maligna y más de 72 horas hospitalizados. En otras publicaciones, la desnutrición hospitalaria se encontró en 30-50 % de los pacientes, mientras que los pacientes oncológicos de manejo ambulatorio presentaban malnutrición severa o riesgo de padecerla en 52 %. En el caso de este trabajo cuyos sujetos de investigación son pacientes oncológicos hospitalizados, se encontró 87 % de malnutrición moderada a severa.

Por otro lado, 4 pacientes (27 %) obtuvieron 4 a 8 puntos y el 73 % (11 pacientes) obtuvieron 9 puntos o más. Esto significa que 4 de los 15 pacientes requieren intervención de un especialista en nutrición con su médico oncólogo. Peor aún, 11 pacientes de 15 (73 %) tienen necesidad crítica de mejorar el manejo de síntomas y/o intervención nutricional/ farmacológica. Esto comprueba la segunda hipótesis planteada en la investigación, hallazgo consistente con publicaciones previas que encontraron que 83,6% de los pacientes con cáncer avanzado requiere algún tipo de intervención nutricional. En el caso de este trabajo, el 100 % de los pacientes estudiados ameritan intervención nutricional, dato importante porque el paciente oncológico hospitalizado tiene un riesgo elevado de presentar algún grado de desnutrición. Por este motivo ameritan educación o intervención nutricional con el objetivo de mejorar la respuesta a los tratamientos, disminuir el tiempo de estancia hospitalaria y disminuir la incidencia de complicaciones intrahospitalarias.

Conclusiones y recomendaciones

La malnutrición por déficit calórico, de proteínas o de otros nutrientes predispone a las personas a trastornos en el funcionamiento fisiológico normal, con dificultad para la reparación de tejidos y recuperación en caso de enfermedad. Por esta razón es importante el tema de la desnutrición hospitalaria, ya que al mejorar la condición

nutricional de los pacientes, se mejora la respuesta a tratamientos y acelera el proceso de recuperación. Los centros de salud que atienden pacientes oncológicos se enfrentan a pacientes que por su patología de base tienen aumento del metabolismo basal y otros trastornos que los predisponen a la malnutrición. Por esta razón la importancia de la desnutrición hospitalaria es aún mayor en el caso de los pacientes oncológicos. Este trabajo de investigación determinó que el 87% de los pacientes oncológicos hospitalizados tienen desnutrición moderada a severa (o riesgo de padecerla). También se estableció que la totalidad de los pacientes estudiados requerían intervención por especialistas en nutrición, siendo crítica en 73% de los casos.

Se recomienda a los centros hospitalarios que atienden pacientes oncológicos, darle importancia a la nutrición hospitalaria. Es de especial atención en estos casos que presentan frecuentemente síntomas gastrointestinales, aumento del metabolismo basal y tratamientos agresivos que los predisponen a desnutrición. Considerando la evaluación, diagnóstico y tratamiento nutricional en los pacientes oncológicos, se podrá mejorar la calidad de atención y mejorar los desenlaces de cada caso particular.

A otros investigadores que quieran profundizar el tema de la desnutrición hospitalaria en el paciente oncológico se les recomienda paciencia para tratar con estos pacientes y sus familiares, ya que presentan una patología de difícil manejo emocional. También se recomienda contar con tiempo prolongado para el estudio (por lo menos 6 meses), ya que muchos de los pacientes oncológicos se encuentran en malas condiciones generales, evitando su participación en el estudio, por incapacidad, lo que limita la muestra. Así mismo, se sugiere utilizar otros métodos diagnósticos de desnutrición para comparar resultados utilizando diferentes métodos.

Referencias

1. White JV, Guenter P, Jensen G, Malone A, Schofield M. The Academy Malnutrition Work Group, *et al.* Consensus statement: Academy of Nutrition, Dietetics, and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: Characteristics recommended for the identification and documentation of adult malnutrition (Undernutrition). *J Pen J Parenter Enteral Nutr.* 2012; 36: 275-277.

2. Robles Gris J. Desnutrición en el paciente críticamente enfermo. Capítulo 1. P3-15.
3. Curiel BE, Prieto MA, Rivera L. Nutrición enteral en el paciente grave. MEDICRIT. 2006; 3:115-121.
4. García de Lorenzo A, Rodríguez Montes JA. Metabolismo en el ayuno y la agresión: Su papel en el desarrollo de la desnutrición relacionada con la enfermedad. Nutr Hosp. 2013; 6: 1-8.
5. Saz Peiró P, Ortiz Lucas M. Fisiología y Bioquímica en el ayuno. Medicina Natur. 2007; 1:10-19.
6. Pérez A, González-Madroño G, González Pérez P, Fernández G, Rodríguez Salvanés F, Álvarez-Estrada *et al.* Nuevo procedimiento para la detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria. Nutr Hosp. 2002; 17: 179-180.
7. Mueller C, Compher C, Ellen DM; American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors. A.S.P.E.N. clinical guidelines: Nutrition screening, assessment, and intervention in adults. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2011;35(1):16-24.
8. García-Luna P, Parejo Campos J, Pereira Cunill, J. Causas e impacto clínico de la desnutrición y caquexia en el paciente oncológico. Nutr Hosp. 2006; 21: 10-15.
9. Tchekmedyian N. Cost and benefits of nutrition support in cancer. Oncology. 1995; 9: 79-84.
10. 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: 801-814.
11. Ottery DF. Rethinking nutritional support of the cancer patient: The new field of nutritional oncology: Semin Oncol. 1994; 21:770-8.
12. Ottery DF. Supportive Nutrition to prevent cachexia and improve quality of life. Semin Oncol. 1995; 22:98-111.
13. C. Gómez Candela, G. Martín Peña, A.I. de Cos Blanco, C. Iglesias Rosado, R. Castillo Rabaneda. Evaluación del estado nutricional en el paciente oncológico. En: Soporte nutricional en el paciente oncológico. Capítulo IV p 1-56.