

ESTADO DE LA DESNUTRICIÓN EN LOS PACIENTES ATENDIDOS POR ENFERMEDADES ONCOHEMATOLÓGICAS

*Sergio Santana Porbén*¹.

INTRODUCCIÓN

En fecha reciente se concluyó el Estudio Latinoamericano de Desnutrición en Oncología*:¹ un esfuerzo multicéntrico y multinacional de la FELANPE con el supraobjetivo de visibilizar la frecuencia de la desnutrición entre los pacientes asistidos en hospitales y centros de atención oncológica en Latinoamérica, y la forma en que se administran las terapias nutricionales a ellos. El Estudio DNO reveló una frecuencia de desnutrición del 59.1 % en 1,842 pacientes atendidos en 52 centros de salud de 10 países latinoamericanos.¹

El Grupo Cubano de Estudio de la Desnutrición Hospitalaria (GCEDH) fue el encargado de la conducción de la entrada Cuba del Estudio DNO. Los hallazgos del Estudio DNO Cuba se han mostrado en un “Reporte especial” aparecido en la RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición.² La tasa de desnutrición asociada | secundaria al cáncer fue del 43.0 % en 258 pacientes encuestados en 5 centros de la salud de La Habana, Holguín, y Santiago de Cuba; respectivamente.²

La presente exposición amplía los resultados expuestos en el “Reporte especial” mencionado más arriba, a la vez que explora nuevos determinantes de la desnutrición asociada | secundaria al cáncer en los pacientes atendidos por esta condición en los hospitales del país.

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

El Estudio DNO Cuba se completó en 5 instituciones de salud que se dedican a la atención, tratamiento y seguimiento de los pacientes con enfermedades oncohematológicas (EOH)[†] en 3 provincias del país, a saber: La Habana (3), Holguín (1) y Santiago (1). La serie de estudio se conformó finalmente con 258 pacientes encuestados en el Instituto INOR Nacional de Oncología y Radiobiología (38.7 % del tamaño de la serie), el Hospital Clínicoquirúrgico “Hermanos Ameijeiras” (33.7 %), el Instituto IHI de Hematología e Inmunología (2.7 %), el Centro Oncológico Territorial de Holguín (12.8 %), y el Hospital Provincial “Saturnino Lora” (12.4 %); respectivamente.

* Reconocido también como el Estudio DNO.

[†] Término empleado para designar a los tumores de órganos y vísceras, leucemias y linfomas en su conjunto.

¹ Médico. Especialista de Segundo Grado en Bioquímica Clínica. Máster en Nutrición en Salud Pública. Profesor Asistente.

Recibido: 16 de Julio del 2023.

Aceptado: 19 de Agosto del 2023.

Sergio Santana Porbén. Sociedad Cubana de Nutrición Clínica y Metabolismo. Consejo Nacional de Sociedades Científicas de la Salud. Calle 15 esquina a 2. Vedado. La Habana.

Correo electrónico: ssergito@infomed.sld.cu

Las características demográficas de la serie de estudio han sido expuestas previamente.² Brevemente, predominaron las mujeres sobre los hombres. Casi la mitad de los pacientes EOH tenía 60 o más años de edad. De acuerdo con la escolaridad, en la serie de estudio prevalecieron los pacientes con estudios secundarios (17.4 %), preuniversitarios (29.8 %), y universitarios (25.6 %) completados. Uno de cada 8 pacientes había completado una Tecnicatura. El comportamiento de la escolaridad del paciente pudiera reflejar la propia de la población cubana y el acceso a la educación.³

Las EOH presentes en los pacientes encuestados fueron variadas. Las neoplasias de las vías digestivas ocuparon el primer lugar en cuanto a frecuencia de ocurrencia en la serie de estudio, con el 26.4 % de las instancias, y se distribuyeron ulteriormente de la manera siguiente: *Esófago + Estómago + Páncreas + Intestino delgado*: 33.8 % de todos los tumores de vías digestivas; *Intestino grueso + Recto y ano*: 61.8 %; e *Hígado y vías biliares*: 4.4 %; respectivamente. Los tumores de mama ocuparon el segundo lugar en frecuencia de ocurrencia, con el 16.3 % del tamaño de la serie de estudio. Los tumores de cabeza y cuello (13.2 %), las neoplasias del pulmón y las vías aéreas (10.9 %), y las leucemias y los linfomas (9.7 %) se presentaron en la tercera parte de la serie de estudio. Por último, los procesos anarcoproliferativos de los riñones y las vías urinarias, vejiga y próstata, y útero y anejos representaron el 5.8 % de las ocurrencias. Todavía se observaron 46 enfermos (el 17.8 % de la serie de estudio) con locaciones tumorales variadas y singulares. Si bien la plausibilidad de los datos impediría comparaciones exhaustivas, no obstante es llamativo que la distribución de las locaciones tumorales registradas durante las actividades del Estudio DNO Cuba no refleje la propia de la población cubana.

Durante la atención médica los pacientes EOH cursan terapias multimodales que se orientan a la citorreducción tumoral. La cirugía citorreductora suele ser seguida de quimioterapia adyuvante para reducir el riesgo de la aparición de metástasis. Lo contrario suele ser cierto: antes de la realización de una cirugía citorreductora puede ocurrir que el paciente complete ciclos de quimioterapia y/o radioterapia para lograr la máxima reducción de la masa tumoral y asegurar una efectiva resección. Por otra parte, las opciones no quirúrgicas de citorreducción tumoral serían las indicadas en locaciones tumorales especificadas. Sobre estas opciones de tratamiento antineoplásico se sumarían otras como el trasplante de médula ósea (TMO), la modulación hormonal y el uso de anticuerpos monoclonales con propiedades antitumorales | tumoricidas. Teniendo en cuenta entonces la multimodalidad de las terapias antineoplásicas, la serie de estudio se distribuyó como sigue: *Quimioterapia*: 43.0 %; *Radioterapia*: 11.6 %; *Quimioterapia + Radioterapia*: 26.0 %; y *Otros tratamientos*: 5.4 %. Se hace notar que el 12.8 % de los pacientes solo recibía tratamiento sintomático en el momento de la encuesta.

La desnutrición, que se estimó de la suma de los puntajes B + C de la ESG propuesta por Detsky *et al.* (1987), afectó al 43.0 % de los pacientes encuestados. De forma llamativa, casi un tercio de los pacientes EOH estaba gravemente desnutrido. La desnutrición fue un hallazgo frecuente entre los hombres y las personas con edades ≥ 60 años. De todos son conocidas las asociaciones entre el cáncer, el envejecimiento y la nutrición. De resultas de ellas, la incidencia de una EOH en la tercera edad suele precipitar trastornos nutricionales que acentúan el deterioro del enfermo y afectan la efectividad de las terapias citorreductoras.

La mayor proclividad a la desnutrición de los hombres con EOH justificaría explorar cómo las conductas de género podrían mediatizar esta asociación. Se han descrito estilos de vida y conducta que adoptan los hombres y que pueden afectar el estado nutricional. Es probable también que los hombres carezcan de redes familiares | comunitarias | sociales que los contengan y los atiendan durante el tiempo que insume el completamiento de los esquemas citorreductores.

Es natural anticipar que existan locaciones tumorales más propensas que otras a la desnutrición. Sin embargo, la plausibilidad de los datos impidió examinar exhaustivamente las relaciones entre el estado nutricional del sujeto y la locación tumoral. No obstante, se encontró que la frecuencia máxima de desnutrición se correspondió con los tumores de esófago, estómago, páncreas e intestino delgado: un hallazgo esperado habida cuenta del papel que tales órganos juegan en la digestión de los alimentos, y la absorción y distribución de los nutrientes en ellos contenidos. En segundo lugar en cuanto al tamaño de los trastornos nutricionales, se ubicaron los tumores de cabeza y cuello y las neoplasias de pulmón y vías aéreas. Lo dicho en las oraciones precedentes no niega que las otras locaciones tumorales se caractericen por un riesgo nutricional bajo (o tal vez inexistente).

Los resultados expuestos son un permanente recordatorio del negativo impacto de las EOH sobre el estado nutricional del sujeto (y por extensión del estado de salud), y de la necesidad de la implementación y conducción de los programas de apoyo nutricional desde el mismo momento del primer encuentro con el equipo médico de trabajo.

Finalmente, se hace pertinente discurrir sobre los métodos que se emplean en ejercicios de este tipo para calificar el estado nutricional del sujeto, y con ello establecer la presencia de desnutrición. En la conducción del Estudio DNO Cuba se apeló a la ESG a fin de conservar la homogeneidad con los estudios epidemiológicos pasados y facilitar las comparaciones y las evaluaciones. Sin embargo, en numerosos estudios se empleó el Índice de Masa Corporal (IMC) para la construcción de caso de la desnutrición asociada | secundarias a las EOH. El IMC fue propuesto inicialmente como un indicador de adiposidad corporal, pero la sencillez del cálculo y la inmediatez de las conclusiones que se derivan de la interpretación, lo han convertido en un indicador insustituible del estado nutricional.

En el Estudio DNO Cuba el IMC promedio fue de $25.0 \pm 6.0 \text{ Kg.m}^{-2}$: un valor compatible con un estado nutricional preservado. Pero cuando la serie de estudio se distribuyó según el estado nutricional, entonces emergió una dependencia significativa entre el puntaje ESG y el IMC: ESG A: *No Desnutrido*: $27.1 \pm 5.9 \text{ Kg.m}^{-2}$; ESG B: *Moderadamente Desnutrido*: $23.5 \pm 4.4 \text{ Kg.m}^{-2}$; y ESG C: *Gravemente Desnutrido*: $18.9 \pm 4.2 \text{ Kg.m}^{-2}$; respectivamente ($p < 0.05$; test de Kruskal-Wallis para comparaciones múltiples). Así, se comprobó que, a medida que el estado nutricional se deteriora, el sujeto transita desde el exceso de peso hacia la desnutrición, con todas las repercusiones que ello puede traer tanto para la efectividad de las terapias citorreductoras como para el estado de salud y la supervivencia. Si la desnutrición se establece ante un valor del $\text{IMC} < 18.5 \text{ Kg.m}^{-2}$, entonces se observaría que el número de sujetos con un peso insuficiente para la talla aumenta con cada categoría nutricional: ESG A: *No Desnutrido*: 1.3 %; ESG B: *Moderadamente Desnutrido*: 10.1 %; y ESG C: *Gravemente Desnutrido*: 46.9 %; respectivamente.

CONCLUSIONES

La conclusión del Estudio DNO Cuba ha hecho posible contar, por primera vez en el país, con un diagnóstico primario de la desnutrición asociada | secundaria a las EOH. La cifra estimada de desnutrición se corresponde con las reveladas después de las ediciones de los estudios ELAN-Cuba, y representa una señal de alerta permanente acerca del impacto del cáncer sobre el estado nutricional y de salud del enfermo.

Futuras extensiones

La actual edición de la entrada Cuba del Estudio DNO comprendió 5 instituciones de salud en 3 provincias del país. Se espera que el Estudio DNO Cuba sea una actividad continua en el tiempo, y que nuevas instituciones que se ocupan | encargan de la atención de los pacientes EOH completen los procedimientos prescritos de este ejercicio, y engrosen con sus resultados la base nacional de datos para un cuadro cada vez más exacto y exhaustivo de la realidad nutricional de tales enfermos. En próximas extensiones se mostrarán tanto el estado de los cuidados nutricionales que se le ofrecen a los pacientes EOH en las instituciones encuestadas, como el estado de los ingresos dietéticos que los mismos sostienen durante la administración de las terapias citorreductoras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fuchs Tarlovsky V, Castillo Pineda JC, Rodríguez Veintimilla D, Calvo Higuera I, Grijalva Guerrero P; *et al.* Cancer-related malnutrition: Epidemiological results from the Latin American Study of Malnutrition in the Oncology Practice. *Nutrition Cancer* 2021;2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/01635581.2021.2014902>. Fecha de última visita: 16 de Octubre del 2022.
2. Santana Porbén S, para el Grupo Cubano de Estudio de la Desnutrición Hospitalaria. Sobre el estado de la desnutrición en los pacientes atendidos por enfermedades oncohematológicas. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2023;33:138-55.
3. Aja Díaz A. Política de población. Experiencias desde Cuba. *Novedades en Población* 2021; 17:303-47.