

ESTADO DE LA DESNUTRICIÓN ASOCIADA AL CÁNCER EN EL HOSPITAL CLÍNICO-QUIRÚRGICO “HERMANOS AMEIJERAS” DE LA CIUDAD DE LA HABANA

Jesús Barreto Penié¹.

INTRODUCCIÓN

En fecha reciente se concluyó el Estudio Cubano de Desnutrición en Oncología*.¹ De acuerdo con las conclusiones del reporte hecho, el 43.0 % de los pacientes encuestados en 5 centros de salud de 5 provincias del país estaba desnutrido.¹ La desnutrición prevaleció entre los hombres encuestados y los enfermos con edades ≥ 60 años.¹ Las neoplasias de esófago, estómago, páncreas e intestino delgado, los tumores de cabeza y cuello, y los procesos anarcoproliferativos del pulmón y las vías aéreas se asociaron con las mayores tasas de desnutrición.¹

El Hospital Clínicoquirúrgico “Hermanos Ameijeiras” (La Habana: Cuba) es una institución de referencia en el desarrollo e introducción de modernas tecnologías diagnósticas, terapéuticas y quirúrgicas en el Sistema Nacional de Salud.² Consecuente con lo anteriormente dicho, el Hospital “Hermanos Ameijeiras” sostiene una intensa labor formativa capacitadora en Ciencias de la Medicina y la Salud.³⁻⁴

La atención al paciente con enfermedades oncohematológicas (EOH) ha ocupado parte importante de las acciones médicas y quirúrgicas que se conducen en el Hospital “Hermanos Ameijeiras”. En correspondencia con este reto asistencial, el centro conduce protocolos especializados para la atención del cáncer de mama,⁵ el cáncer de pulmón,⁶ neoplasias de vías digestivas y glándulas anexas,⁷⁻⁸ y leucemias y linfomas⁹ en aras de asegurar la supervivencia prolongada y la calidad de vida de los enfermos EOH.

Es solo natural que la desnutrición sea un hallazgo frecuente entre los pacientes atendidos por EOH en la institución de pertenencia del autor. En tal sentido, el Hospital “Hermanos Ameijeiras” participó en las 2 ediciones del Estudio Cubano de Desnutrición Hospitalaria[†]. En ocasión de la primera edición del Estudio ELAN Cuba (completada entre los años 2001 – 2003) se encontró que el 47.8 % de los pacientes con enfermedad neoplásica fue evaluado como “Desnutrido”.¹⁰ En un estudio de seguimiento conducido en el año 2009, se encontró una tasa de desnutrición del 46.1 % entre los enfermos EOH.¹¹ Finalmente, durante la segunda edición del Estudio ELAN Cuba, realizada entre los años 2011 – 2012, la desnutrición entre los enfermos ingresados y atendidos por EOH fue del 37.5 %.¹²

* Referido en el resto del texto como Estudio DNO Cuba.

[†] Reconocido en la literatura especializada como el Estudio ELAN CUBA.

Sitio en la Red de redes: <http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha>. Fecha de última visita: 23 de Febrero del 2023.

¹ Médico. Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Máster en Nutrición en Salud Pública. Profesor Auxiliar. Jefe del Grupo de Apoyo Nutricional.

Jesús Barreto Penié. Grupo de Apoyo Nutricional. Servicio de Nutrición Clínica. Hospital Clínicoquirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. San Lázaro 701 e/t Marqués González y Belascoaín. Centro Habana. La Habana.

Correo electrónico: penie@infomed.sld.cu.

Figura 1. Hospital Clínicoquirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. Portada del centro.



Fuente: Reproducido de: <http://www.cuba-explore.com>. Fecha de última visita: 23 de Marzo del 2023.

Otros estudios de conveniencia también han ratificado la extensión de los trastornos nutricionales entre los pacientes atendidos por EOH en la institución de pertenencia del autor. Ortiz Reyes *et al.* (2005)¹³ emplearon la Encuesta Subjetiva Global (ESG) en la evaluación preoperatoria del estado nutricional de 79 pacientes (*Mujeres: 59.4 %; Edades ≥ 60 años: 73.4 %*) diagnosticados con cáncer colorrectal. En el 84.8 % de los pacientes se completó un proceder potencialmente curable (Hemicolectomía) seguida (o no) de restitución del tránsito intestinal.¹³ La frecuencia de las complicaciones postquirúrgicas fue del 26.6 %, y se registraron 11 fallecidos en la serie de estudio.¹³ La ocurrencia de complicaciones fue independiente del estado nutricional preoperatorio.¹³ En el hallazgo prominente del trabajo, las cirugías potencialmente curables fueron más frecuentes entre los pacientes calificados como “No desnutrido” con la ESG.¹³

Por su parte, Rosario Siri *et al.* (2007)¹⁴ analizaron retrospectivamente los datos de 54 pacientes (*Hombres: 57.4 %; Edades ≥ 60 años: 64.8 %; Piel blanca: 79.6 %*) atendidos electivamente por cáncer de páncreas (*Cabeza de páncreas: 81.5 %*) en el Hospital Clínicoquirúrgico “Hermanos Ameijeiras” (La Habana: Cuba). Se registró la conducta quirúrgica realizada (Ninguna/Paliativa/Potencialmente curable), la condición al egreso (Vivo/Fallecido), y los eventos postoperatorios.¹⁴ Se denotó al paciente como desnutrido si:¹⁴ Pérdida de peso > 10 %; IMC $< 18.5 \text{ Kg.m}^{-2}$; y/o Albúmina sérica $< 35 \text{ g.L}^{-1}$.¹⁴ El estado nutricional se correlacionó con la conducta quirúrgica adoptada y la ocurrencia de los eventos postoperatorios (muerte incluida).¹⁴ La tasa de desnutrición fue del 74.1%, y los enfermos desnutridos se concentraron

entre los pacientes no operados, o en aquellos en los que se realizó un proceder paliativo ($p < 0.05$).¹⁴ Las complicaciones después de una cirugía potencialmente curable fueron independientes del estado nutricional ($p > 0.05$), y la mortalidad posquirúrgica fue (casi) 3 veces mayor entre los pacientes desnutridos ($p > 0.05$).¹⁴ Es probable que el pequeño tamaño de la serie de estudio, unido a una elevada tasa de desnutrición, haya oscurecido cualquier relación entre el estado nutricional y el resultado último de la conducta quirúrgica en el cáncer de páncreas.¹⁴

Santana Porbén (2011)¹⁵ recuperó los valores de indicadores selectos del estado nutricional de 201 pacientes que se operaron electivamente en el Hospital Clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras” (La Habana: Cuba) de una lesión tumoral única del marco cólico de crecimiento transmural. El estadio de progresión de la lesión tumoral se estableció mediante el sistema TNM, y los valores recuperados de los indicadores nutricionales se distribuyeron según el estadio TNM asignado.¹⁵ La frecuencia de desnutrición de la serie de estudio, medida mediante la ESG, fue del 28.3 %.¹⁵ La mortalidad post-quirúrgica fue del 12.4 %.¹⁵ Los valores de los indicadores del estado nutricional fueron independientes del estadio de progresión de la enfermedad, y no se pudo demostrar que el estado nutricional del enfermo de cáncer colorrectal fuera dependiente del estadio de progresión de la lesión tumoral.¹⁵

Lima Pérez *et al.* (2020)¹⁶ reevaluaron la hipótesis previamente expuesta mediante el uso del IMC como un indicador pronóstico de la supervivencia de los pacientes atendidos por cáncer colorrectal (*Puntaje ECOG*: ECOG 0: 14.5 %; ECOG 1: 82.1 %; ECOG 2: 3.4 %) metastásico (*Un sitio metastásico*: 78.7 %; *Dos sitios y más metastásicos*: 21.3 %). Para ello, los autores examinaron retrospectivamente los datos de 408 pacientes (*Mujeres*: 54.2 %; *Edad promedio*: 62.7 ± 19.6 años; *Edades > 50 años*: 73.8 %) atendidos por tal condición en la institución entre los años 2012 – 2017.¹⁶ El IMC promedio fue de $24.5 \pm 5.3 \text{ Kg.m}^{-2}$, y se distribuyó de la manera siguiente:¹⁶ *Peso insuficiente para la talla*: $\text{IMC} < 18.5 \text{ Kg.m}^{-2}$: 13.2 %; *Peso suficiente para la talla*: $\text{IMC entre } 18.5 - 24.9 \text{ Kg.m}^{-2}$: 38.7 %; y *Peso excesivo para la talla*: $\text{IMC} \geq 25.0 \text{ Kg.m}^{-2}$: 48.0 %; respectivamente. La obesidad estaba presente en el 14.9 % de la muestra.¹⁶ El estado nutricional fue independiente de las características demográficas y clínicas de los pacientes estudiados.¹⁶ La mediana de la supervivencia fue de 26.2 meses,¹⁶ y fue dependiente del estado nutricional: $\text{IMC} < 18.5 \text{ Kg.m}^{-2}$: 11.5 meses; $\text{IMC entre } 18.5 - 24.9 \text{ Kg.m}^{-2}$: 25.5 meses; e $\text{IMC} \geq 25.0 \text{ Kg.m}^{-2}$: 24.6 meses; respectivamente. La supervivencia fue también dependiente del número de sitios metastásicos: *Un sitio metastásico*: 26.9 meses; *Dos y más sitios metastásicos*: 19.4 meses; respectivamente.¹⁶

Se tienen 2 estudios sobre las asociaciones entre el estado nutricional y la efectividad de las terapias citorreductoras administradas en el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello. Perón Collazo *et al.* (2009)¹⁷ examinaron las relaciones entre el estado nutricional del paciente y la ocurrencia de complicaciones una vez completada la ruta terapéutica prescrita para el tratamiento del cáncer de laringe en el Servicio hospitalario de Otorrinolaringología. El estado nutricional se modeló de la afectación aislada/simultánea del peso esperado para la talla y la albúmina sérica.¹⁷ La desnutrición asociada al cáncer de laringe fue del 34.0 %, y se incrementó en 12 puntos porcentuales una vez concluida la ruta terapéutica.¹⁷ La desnutrición fue dependiente solamente de la localización del tumor.¹⁷ El incremento post-tratamiento en la frecuencia de desnutrición fue dependiente de la ruta terapéutica seguida por el enfermo.¹⁷ Se comprobó una asociación significativa entre el estado nutricional prequirúrgico y la ocurrencia de complicaciones postoperatorias para aquellos pacientes sujetos a cirugía electiva.¹⁷ La cirugía de rescate comportó el mayor cambio en la frecuencia pre-tratamiento de desnutrición.¹⁷

En el segundo estudio, Hidalgo Guerra *et al.* (2010)¹⁸ discutieron las asociaciones entre la desnutrición y la ocurrencia de complicaciones post-quirúrgicas en 44 pacientes diagnosticados de cáncer de cabeza y cuello, y operados electivamente en el Servicio de Otorrinolaringología antes mencionado. Las complicaciones se presentaron en la tercera parte de los pacientes, y la mortalidad *por-todas-las-causas* fue menor del 5.0 %.¹⁸ La desnutrición (estimada mediante la ESG) afectó a la cuarta parte de los operados.¹⁸ Se colocaron accesos enterales en el 90.9% de los enfermos con fines alimentarios, y la sonda nasogástrica fue preferida en el 95.0% de las instancias.¹⁸ Las complicaciones (mortalidad incluida) fueron eventos post-operatorios independientes del estado nutricional preoperatorio del enfermo.¹⁸ La baja tasa de fallecimientos podría resultar de una mejor selección del paciente, la colocación de accesos enterales en el momento transoperatorio, y la rehabilitación temprana de la vía enteral bajo la guía del GAN Grupo de Apoyo Nutricional que opera en la institución.¹⁸

También se ha documentado la capacidad del IMC preoperatorio como predictor de la supervivencia a 10 años de 1,811 mujeres (*Edad promedio*: 59.8 ± 13.1 años; *Edades ≥ 60 años*: 51.4 %) tras la citorreducción quirúrgica del cáncer de mama (*Carcinoma ductal infiltrante*: 68.0 %) hecha en un hospital clínico-quirúrgico de la ciudad de La Habana.¹⁹ El estado nutricional de la mujer se describió mediante el IMC:¹⁹ *Peso insuficiente para la talla*: IMC $< 18.5 \text{ kg.m}^{-2}$: 4.0 %; *Peso suficiente para la talla*: IMC entre $18.5 - 24.9 \text{ kg.m}^{-2}$: 24.0 %; y *Peso excesivo para la talla*: IMC $\geq 25.0 \text{ kg.m}^{-2}$: 72.0 %. La obesidad estaba presente en la tercera parte de la serie de estudio.¹⁹ La supervivencia a los 10 años fue del 73.1 %.¹⁹ Según la categoría nutrimental, la supervivencia a los 10 años se comportó como sigue:¹⁹ *Peso insuficiente para la talla*: 49.8 %; *Peso suficiente para la talla*: 74.5 %; y *Peso excesivo para la talla*: 73.9 %; respectivamente.¹⁹ El riesgo de fallecer en algún momento de la ventana de observación del estudio fue mayor entre las mujeres con un peso insuficiente para la talla.¹⁹

La conducción de la entrada Cuba del Estudio DNO ha provisto la oportunidad propicia para reevaluar el estado nutricional del paciente atendido por cáncer en la institución de pertenencia del autor, a la vez que explorar nuevos determinantes de la desnutrición asociada | secundaria al cáncer.

MATERIAL Y MÉTODO

Locación del estudio: Hospital Clínicoquirúrgico “Hermanos Ameijeiras” (La Habana: Cuba).

Diseño del estudio: Encuesta *de-un-día*. Las actividades de la entrada HHA del Estudio DNO Cuba se condujeron en un día escogido para ello por los encuestadores locales. En el día señalado, los encuestadores administraron los instrumentos previstos en el diseño experimental de la encuesta a los pacientes que acudieron a los distintos servicios de la institución con fines diagnósticos o la continuidad de los tratamientos citorreductores ambulatorios. Las actividades de la encuesta también incluyeron a los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna, Oncología y Cirugía General de la institución en los distintos estadios del tratamiento antineoplásico.

Serie de estudio: Fueron elegibles para ser incluidos en la presente investigación los pacientes atendidos en los servicios ambulatorios de la institución para la continuidad de tratamientos, o aquellos ingresados para el completamiento de los procesos prescritos de diagnóstico y citorreducción. De cada paciente se obtuvieron el sexo (Masculino *vs.* Femenino), la edad (como años vividos), la escolaridad, el servicio de tratamiento | ingreso, la locación tumoral, y el tratamiento antineoplásico prescrito | administrado | seguido.

Evaluación nutricional: El estado nutricional del paciente encuestado se estableció mediante la ESG. Al paciente se le asignó un puntaje A (No Desnutrido), B (Moderadamente Desnutrido | En riesgo de estarlo) o C (Gravemente Desnutrido) en dependencia de los hallazgos de la ESG.

Evaluación antropométrica: En cada paciente encuestado se midieron la talla (centímetros) y el peso corporal (kilogramos) mediante los procedimientos recomendados internacionalmente. El Índice de Masa Corporal (IMC: Kg.m^{-2}) se calculó con los valores medidos de la talla y el peso corporal, y se clasificó como sigue: *Peso insuficiente para la talla:* $\text{IMC} < 18.5 \text{ Kg.m}^{-2}$; *Peso suficiente para la talla:* IMC entre $18.5 - 24.9 \text{ Kg.m}^{-2}$; y *Peso excesivo para la talla:* $\text{IMC} \geq 25.0 \text{ Kg.m}^{-2}$; respectivamente. La obesidad se estableció ante valores del $\text{IMC} > 30.0 \text{ Kg.m}^{-2}$.

Encuesta dietética: La cuantía de los ingresos dietéticos corrientes de los pacientes EOH se registró mediante un cuestionario semicuantitativo basado en un recordatorio de 24 horas. La ingestión de alimentos fue calificada como “Todo” si el paciente ingirió toda la comida servida, “Casi Todo” si ingirió las $\frac{3}{4}$ partes de lo servido, “La Mitad” si ingirió la mitad, “Casi Nada” si solo ingirió la $\frac{1}{4}$ parte, y “Nada” si no ingirió nada del alimento servido.

Estado de la calidad de los cuidados nutricionales: La historia clínica del paciente fue auditada para registrar los cuidados nutricionales que se le ofrecían al paciente durante los tratamientos antineoplásicos, entre ellos, la prescripción dietoterapéutica, la suplementación vitamino-mineral y las técnicas de nutrición artificial.

Procesamiento de datos y análisis estadístico-matemático de los resultados: Los datos demográficos, clínicos, sanitarios y nutricionales colectados de los pacientes EOH durante las actividades del Estudio DNO Cuba se asentaron en los formularios prescritos por el diseño experimental, e ingresados en un registro electrónico construido sobre Access para Office de Windows (Microsoft, Redmon, Virginia, Estados Unidos). Los datos colectados se redujeron ulteriormente hasta estadígrafos de locación (media), dispersión (desviación estándar) y agregación (frecuencias | porcentajes). La frecuencia de desnutrición se estimó de la suma de los puntajes B + C de la ESG.

Consideraciones éticas: Los pacientes encuestados y finalmente incluidos en la serie de estudio fueron informados sobre los propósitos y objetivos del Estudio DNO Cuba, los resultados esperados a la conclusión del mismo, y los beneficios potenciales para la atención integral de los pacientes EOH en el Sistema Nacional de Salud. Se respetó el derecho y la autonomía del paciente sobre la participación en el Estudio DNO Cuba sin que se afecte la atención de salud que recibe en su condición de persona vulnerable y necesitada. Los datos colectados de los pacientes participantes en el Estudio DNO fueron custodiados por los encuestadores locales en correspondencia con las pautas de anonimato, discreción y confidencialidad.

El diseño experimental de la entrada HHA del Estudio DNO Cuba se presentó ante, y fue aprobado por, los Comités de Bioética y de Investigación y Docencia de la institución de pertenencia del autor.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra las características demográficas, clínicas y sanitarias de los pacientes examinados durante las actividades de la entrada HHA del Estudio DNO Cuba. La serie de estudio quedó conformada finalmente por 87 pacientes, quienes representaron el 0.8% de los ingresos que ocurren anualmente en el hospital; y el 33.7 % de aquellos que fueron incluidos en la entrada Cuba del Estudio DNO.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y sanitarias de los pacientes examinados durante la entrada HHA del Estudio DNO Cuba. Se presentan el número y [entre corchetes] el porcentaje de sujetos incluidos dentro del estrato correspondiente de la característica. Para más detalles: Consulte el texto del presente ensayo.

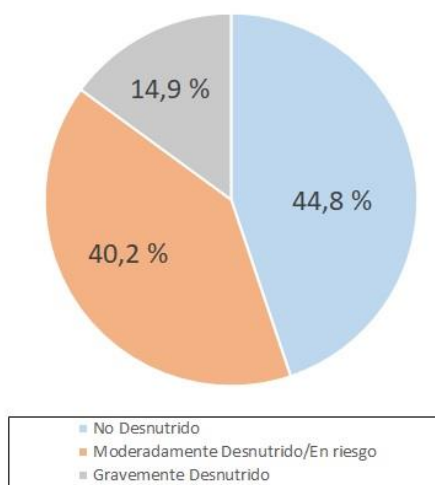
Característica	Hallazgos
<i>Sexo</i>	
• Masculino	47 [54.0]
• Femenino	40 [46.0]
Edad, años	59.6 ± 14.3
<i>Edad</i>	
• < 60 años	39 [44.8]
• ≥ 60 años	48 [55.2]
<i>Escolaridad</i>	
• Primaria	7 [8.0]
• Secundaria	12 [13.9]
• Preuniversitaria	29 [33.3]
• Universitaria	26 [29.9]
• Técnico medio	13 [14.9]
<i>Servicio de atención/ingreso</i>	
• Ambulatorio	44 [50.6]
• Cirugía General	3 [3.4]
• Gastroenterología	2 [2.3]
• Hematología	13 [14.9]
• Neumología	1 [1.1]
• Oncología	14 [16.1]
• Otorrinolaringología	2 [2.3]
• Radioterapia	6 [6.9]
• Urología	2 [2.3]
<i>Locación tumoral</i>	
• Cabeza y cuello	6 [6.9]
• Esófago/Estómago/Páncreas/Intestino delgado	13 [14.9]
• Intestino grueso/Recto y ano	15 [17.2]
• Leucemias y linfomas	13 [14.9]
• Mama	17 [19.5]
• Pulmones y vías aéreas	7 [8.0]
• Hígado y vías biliares	4 [4.6]
• Riñones y vías urinarias/Útero/Ovarios/Endometrio	9 [10.3]
• Otras locaciones	3 [3.4]
<i>Tratamiento citorreductor corriente</i>	
• Quimioterapia	48 [55.2]
• Radioterapia	6 [6.9]
• Quimioterapia + Radioterapia	27 [31.0]
• Otros tratamientos	3 [3.4]
• Tratamiento sintomático	3 [3.4]

Fuente: Registros de la entrada HHA del Estudio DNO Cuba.
Tamaño de la serie: 87.

Prevalcieron los hombres sobre las mujeres. Fueron mayoría las personas con edades ≥ 60 años. Los niveles anteuniversitario (escolaridades secundaria + preuniversitaria) y universitario representaron las tres cuartas partes del tamaño de la serie de estudio. Uno de cada 8 enfermos había completado una tecnicatura.

Los tumores de mama, las neoplasias de esófago, estómago, páncreas, intestino delgado, intestino grueso, recto y ano; y las leucemias y los linfomas constituyeron las dos terceras partes de las locaciones tumorales registradas. La mitad de los pacientes fueron encuestados durante su permanencia en los servicios hospitalarios de atención ambulatoria. La quimioterapia (como opción única de tratamiento o combinada con la radioterapia) se administraba en el 86.2 % de los pacientes encuestados.

Figura 2. Estado nutricional de los pacientes encuestados durante la entrada HHA del Estudio DNO Cuba. El estado nutricional se calificó mediante la ESG. Para más detalles: Consulte el texto del presente ensayo.



Fuente: Registros de la entrada HHA del Estudio DNO Cuba.

Tamaño de la serie: 87.

La Figura 2 muestra la extensión de la desnutrición entre los pacientes atendidos por EOH en la institución de pertenencia del autor. La desnutrición se presentó en el 55.2 % de la serie de estudio. De acuerdo con los puntajes ESG, el estado nutricional de los pacientes examinados se comportó como sigue: *No Desnutrido*: 44.8 %; *Moderadamente desnutrido*: 40.2 %; y *Gravemente desnutrido*: 14.9 %; respectivamente.

Finalmente, la Tabla 2 muestra las asociaciones entre los puntajes ESG y las características demográficas, clínicas y sanitarias de la serie de estudio. La desnutrición fue mayor entre los hombres ($p < 0.05$) y los sujetos con edades ≥ 60 años ($p > 0.05$).

Los servicios hospitalarios de atención al paciente con EOH que fueron encuestados durante las actividades de la entrada HHA del Estudio DNO Cuba se destacaron por las elevadas tasas de desnutrición. De forma similar, la desnutrición fue un hallazgo (casi) universal entre las locaciones tumorales registradas, y en las distintas rutas de tratamiento administradas. Estos hallazgos son relevantes aun ante la plausibilidad de los datos propia de estudios transversales.

El IMC promedio fue de $25.3 \pm 6.1 \text{ Kg.m}^{-2}$. De acuerdo con el puntaje ESG, los valores del IMC se distribuyeron de la manera siguiente: *ESG A*: $28.9 \pm 6.1 \text{ Kg.m}^{-2}$; *ESG B*: $24.0 \pm 3.7 \text{ Kg.m}^{-2}$; *ESG C*: $18.3 \pm 3.9 \text{ Kg.m}^{-2}$; respectivamente ($p < 0.05$).

De acuerdo con el valor del IMC, la serie de estudio se distribuyó como sigue: *Peso insuficiente para la talla*: $\text{IMC} < 18.5 \text{ Kg.m}^{-2}$: 11.5 %; *Peso suficiente para la talla*: IMC entre $18.5 - 24.9 \text{ Kg.m}^{-2}$: 36.8 %; y *Peso excesivo para la talla*: $\text{IMC} \geq 25.0 \text{ Kg.m}^{-2}$: 51.7 %; respectivamente. Los fenotipos nutricionales consistentes con la desnutrición asociada a las EOH se distribuyeron de acuerdo con el puntaje ESG como sigue: $\text{IMC} < 18.5 \text{ Kg.m}^{-2}$: *ESG A*: 0.0 %; *ESG B*: 8.6 %; *ESG C*: 53.8 %; respectivamente.

Tabla 2. Asociaciones entre el estado nutricional del paciente y las características de la serie de estudio. En cada estrato de la característica se presentan el número y [entre corchetes] el porcentaje de enfermos denotados como desnutridos. El estado nutricional del enfermo se calificó mediante la ESG. Para más detalles: Consulte el texto del presente ensayo.

Característica	Hallazgos
<i>Sexo</i> [¶]	
• Masculino	31 [65.9]
• Femenino	17 [42.5]
<i>Edad</i>	
• < 60 años	18 [46.1]
• ≥ 60 años	30 [62.5]
<i>Escolaridad</i>	
• Primaria	4 [57.1]
• Secundaria	6 [50.0]
• Preuniversitaria	16 [55.2]
• Universitaria	13 [50.0]
• Técnico medio	9 [69.2]
<i>Servicio de atención/ingreso</i>	
• Ambulatorio	22 [50.0]
• Cirugía General	3 [100.0]
• Gastroenterología	2 [100.0]
• Hematología	8 [61.5]
• Neumología	1 [100.0]
• Oncología	7 [50.0]
• Otorrinolaringología	1 [50.0]
• Radioterapia	4 [66.7]
• Urología	0 [0.0]
<i>Locación tumoral</i>	
• Cabeza y cuello	5 [83.3]
• Esófago/Estómago/Páncreas/Intestino delgado	11 [84.6]
• Intestino grueso/Recto y ano	5 [33.3]
• Hígado y vías biliares	2 [50.0]
• Leucemias y linfomas	8 [61.5]
• Mama	5 [29.4]
• Pulmones y vías aéreas	6 [85.7]
• Riñones y vías urinarias/Útero/Ovarios/ Endometrio	4 [44.4]
• Otras locaciones	2 [66.6]
<i>Tratamiento citorreductor corriente</i>	
• Quimioterapia	24 [50.0]
• Radioterapia	4 [66.7]
• Quimioterapia + Radioterapia	17 [62.9]
• Otros tratamientos	1 [33.3]
• Tratamiento sintomático	2 [66.7]

Fuente: Registros de la entrada HHA del Estudio DNO Cuba.
Tamaño de la serie: 87.

DISCUSIÓN

El presente trabajo continúa y complementa las encuestas epidemiológicas conducidas en la institución de pertenencia del autor sobre la extensión de la desnutrición hospitalaria,¹⁰⁻¹² a la vez que expone por primera vez los trastornos nutricionales que ocurren en los pacientes atendidos por EOH.

La frecuencia encontrada de desnutrición asociada | secundaria a las EOH a la conclusión de la entrada HHA del Estudio DNO Cuba coincide con las anotadas previamente, y que han referido que los trastornos nutricionales pueden afectar a la mitad de los pacientes atendidos por cáncer, leucemias y linfomas. En correspondencia con estos hallazgos, llamó la atención de que la desnutrición fuera un hallazgo casi universal en las áreas de atención del paciente, y en las locaciones tumorales registradas. La desnutrición fue igualmente un hallazgo predominante en las distintas rutas de tratamiento que se le administran al paciente.

No fue objetivo del presente estudio indagar en las causas de los hallazgos descritos en los párrafos precedentes. Los resultados expuestos son un eterno recordatorio del impacto que la enfermedad neoplásica, y los tratamientos citorreductores, ejercen sobre el estado nutricional, y por extensión, el estado de salud del paciente. Urgen entonces la implementación y conducción de los requeridos programas de intervención alimentaria y nutricional a fin de identificar tempranamente la desnutrición presente en el enfermo, primero; y contribuir a sostener el estado nutricional mediante el consumo oral de alimentos, a la vez que paliar las deficiencias encontradas mediante técnicas y métodos de suplementación oral y nutrición artificial.²⁰

CONCLUSIONES

A la conclusión de la entrada HHA del Estudio DNO Cuba se encontró que la desnutrición estaba presente en más de la mitad de los pacientes encuestados, y que era un hallazgo casi universal en las áreas de atención de los pacientes con EOH y las locaciones tumorales registradas.

Futuras extensiones

En vista de la extensión de la desnutrición asociada a las EOH, y la cada vez mayor actividad del Hospital “Hermanos Ameijeiras” en la atención a los pacientes con cáncer, leucemias y linfomas, se recomienda la conducción de los procedimientos contemplados en el diseño del Estudio DNO en todas las áreas asistenciales que los acogen en las distintas etapas de los tratamientos citorreductores. De esta manera se obtendrá un diagnóstico integral del estado nutricional del paciente con EOH en cada momento de la progresión de la enfermedad.

Igualmente, en futuras investigaciones se expondrá el estado de los cuidados alimentarios y nutricionales que se le brindan al paciente EOH durante la atención en la institución, junto con la cuantía de los ingresos dietéticos corrientes de los pacientes EOH.

AGRADECIMIENTOS

Los encuestadores locales, por el tiempo y el compromiso.

Los pacientes y sus familiares, por el apoyo y la disposición.

El Consejo hospitalario de Dirección y la Administración, por el apoyo y el acompañamiento en la conducción de las actividades del Estudio DNO.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. Soler Morejón C. Protocolización de la asistencia médica proyecciones futuras. Rev Habanera Ciencias Médicas 2011;10(3):348-54. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2011000300013&lng=es. Fecha de última visita: 16 de Febrero del 2023.
3. Gutiérrez Rojas ÁR. Realidades científicas a los 37 años de fundado el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. Acta Médica Cuba 2020;20:1-4.
4. Hernandez-Negrin H, Vitón-Castillo AA. Productividad e impacto de los hospitales cubanos en Scopus entre 1996 y 2016. Salud Ciencia Tecnología 2022;1(1):0-0. Disponible en: <https://revista.saludcyt.ar/ojs/index.php/sct/article/view/24>. Fecha de última visita: 16 de Febrero del 2023.
5. Duvergel Calderín D, de Armas Fernández MC, Salvent Tames A, Olivera Fonseca EM, Romero Viamonte K. Caracterización histopatológica del cáncer de mama infiltrante HER2 positivo en el Hospital Hermanos Ameijeiras. Rev Cubana Obstet Ginecol 2019;45(4):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000400006&lng=es. Fecha de última visita: 16 de Febrero del 2023.
6. Cáceres Lavernia HH, Neninger Vinageras E. Comportamiento del cáncer de pulmón células pequeñas en el hospital “Hermanos Ameijeiras”. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta 2016;41(2):0-0. Disponible en: <https://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/630>. Fecha de última visita: 16 de Febrero del 2023.
7. Lima Pérez M, Soriano García JL, Dietrich-Badal NA, Domínguez Álvarez C, Fleites Calvo V, Morales Morgado D; et al. Respuesta al tratamiento y supervivencia de pacientes con adenocarcinoma de recto bajo en quimioradioterapia neoadyuvante. Rev Cubana Oncología 2020;18(3):0-0. Disponible en: <https://revoncologia.sld.cu/index.php/onc/article/view/40/0>. Fecha de última visita: 16 de Febrero del 2023.
8. González González JL, Menéndez Núñez J, Copo Jorge JA, González Villalonga JA, Pérez García K. Resultados del tratamiento de 215 tumores pancreáticos y periampulares en el Hospital “Hermanos Ameijeiras”. Rev Cubana Cirugía 2014;53:124-33.
9. Hernández Cruz C, Pérez Valiente D, Carnot Uria J, de Castro Arenas R, Muñío Perurena J, Martínez Fernández CA, Pérez Román G. Tratamiento con quimioterapia de la leucemia mieloide aguda en el Hospital “Hermanos Ameijeiras”. Experiencia de 20 años de trabajo. Rev Cubana Medicina 2006;45(1):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232006000100004&lng=es. Fecha de última visita: 16 de Febrero del 2023.
10. Barreto Penié J, Santana Porbén S, Martínez González C, Espinosa Borrás A. Desnutrición hospitalaria: La experiencia del Hospital “Hermanos Ameijeiras”. Acta Médica 2003;11(1):76-95. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/20129/desnutricion-hospitalaria.pdf>. Fecha de última visita: 16 de Febrero del 2023.

11. Barreto Penié J, Santana Porbén S, Barceló Acosta M, Martínez González C, Garcés García-Espinosa L, Argüelles Barreto D; *et al.* Estado de la desnutrición en el Hospital Clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”, de La Habana. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2012; 22:29-44.
12. Barreto-Penié J. La desnutrición en el Hospital “Hermanos Ameijeiras” en 3 momentos diferentes. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2013;23(2 Supl):S17-S24. Disponible en: <https://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/314>. Fecha de última visita: 16 de Febrero del 2023.
13. Ortiz Reyes S, Aguilar Martínez F, Llanes Díaz G, González Díaz ME, González Villalonga JA, Santana Porbén S, Barreto Penié J. Valor predictivo de la Encuesta Subjetiva Global en la conducta quirúrgica y la evolución posoperatoria del cáncer colorrectal. Rev Mex Coloproctología 2005;11:114-22.
14. Rosario Siri MI, Barreto Penié J, Santana Porbén S. Influencia del estado nutricional del paciente con cáncer de páncreas sobre la conducta quirúrgica y la evolución postoperatoria. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2007;17(2):155-73. Disponible en: <https://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/1164/>. Fecha de última visita: 16 de Febrero del 2023.
15. Santana Porbén S. Influencia del estadio de progresión de la lesión tumoral sobre el estado nutricional del enfermo de cáncer de colon. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2011;21: 91-100.
16. Lima Pérez M, Soriano García JL, Castillo Gálvez AE, Fleites Calvo V, Morales Morgado D, González Meisoza M; *et al.* Índice de masa corporal como pronóstico de supervivencia global en pacientes con cáncer colorectal metastásico. Rev Cubana Oncología 2020;18(2):0-0. Disponible en: <https://revoncologia.sld.cu/index.php/onc/article/view/34>. Fecha de última visita: 16 de Febrero del 2023.
17. Perón Collazo A, Pérez Cué A, Villar Kuscevi MJ, Barreto Penié JB, Santana Porbén S. Estado nutricional del paciente con cáncer de laringe. Influencia de la ruta terapéutica. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2008;18:240-56.
18. Hidalgo Guerra M, Pérez Cué A, Santana Porbén S. Estado nutricional de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Influencia sobre la respuesta al tratamiento quirúrgico. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2010;20:238-53.
19. Soriano García JL, Milanés Ramírez L, Batista Albuérne N, Lima Pérez M, Ramón Concepción I, Fleites Calvo V. Índice de masa corporal como pronóstico de supervivencia en pacientes operadas con cáncer de mama. Acta Médica Cuba 2019;20(2):1-19. Disponible en: <https://revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/view/22>. Fecha de última visita: 16 de Febrero del 2023.
20. Cáceres Lavernia H, Neninger Vinageras E, Menéndez Alfonso Y, Barreto Penié J. Intervención nutricional en el paciente con cáncer. Rev Cubana Medicina 2016;55(1):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232016000100006&lng=es. Fecha de última visita: 16 de Febrero del 2023.