

Grupo Cubano de Estudio de la Desnutrición Hospitalaria. La Habana

SOBRE EL ESTADO DE LOS INGRESOS DIETÉTICOS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS POR ENFERMEDADES ONCOHEMATOLÓGICAS

Sergio Santana Porbén¹.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad oncohematológica (EOH) incide negativamente en la capacidad del paciente de sostener el estado nutricional por sí mismo mediante la ingestión oral de alimentos. **Objetivos:** Evaluar el estado de los ingresos dietéticos de los pacientes atendidos por EOH en las instituciones cubanas de salud. **Diseño del estudio:** Encuesta multicéntrica de un-día. La encuesta comprendió 258 pacientes (*Hombres:* 46.9 %; *Edad promedio:* 58.3 ± 14.7 años; *Edades ≥ 60 años:* 45.7 %) atendidos en 5 hospitales de 3 provincias del país. **Métodos:** La cuantía de los ingresos dietéticos de los pacientes con EOH se estimó mediante un cuestionario semicuantitativo de frecuencias (Calleja Fernández *et al.*; 2016). Los ingresos dietéticos se calificaron en cada frecuencia alimentaria de acuerdo con la cantidad ingerida (Todo | Casi Todo | La mitad | Casi Nada | Nada) de los alimentos servidos en un plato. **Resultados:** Las cantidades de alimentos ingeridas por los pacientes como promedio en un día se distribuyeron como sigue: *Todo lo servido:* 44.6 %; *Casi todo lo servido:* 12.4 %; *La mitad de lo servido:* 19.0 %; *Casi nada de lo servido:* 6.6 %; y *Nada de lo servido:* 17.4 %; respectivamente. Resultó llamativo que la tercera parte de los pacientes refirió que no ingirieron nada (o casi nada) de lo servido en un día cualquiera. **Conclusiones:** La EOH impacta negativamente sobre las cantidades ingeridas de alimentos en un día en la vida del paciente. **Santana Porbén S, para el Grupo Cubano de Estudio de Desnutrición Hospitalaria.** Sobre el estado de los ingresos dietéticos en los pacientes atendidos por enfermedades oncohematológicas. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2023;33(2):390-398. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.*

Palabras clave: *Cáncer / Desnutrición / Alimentación / Ingresos dietéticos.*

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

Recibido: 16 de Septiembre del 2023.

Aceptado: 19 de Octubre 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.

INTRODUCCIÓN

El Estudio de Desnutrición en Pacientes con Enfermedades Oncohematológicas* ha constituido una oportunidad única para revelar el estado nutricional de los pacientes que son atendidos por cáncer, leucemias y linfomas en las instituciones de salud de Cuba.¹ El Estudio DNO Cuba ha revelado una tasa de prevalencia de desnutrición del 43.0 % entre los 258 pacientes que fueron encuestados en 5 centros de salud de La Habana, Holguín y Santiago de Cuba que prestan servicios verticalizados en la atención, el tratamiento y el seguimiento de las enfermedades oncohematológicas (EOH).

Los ejercicios del Estudio DNO Cuba también han servido para explorar la cuantía de los ingresos dietéticos en los pacientes atendidos por EOH. Se anticiparía que los pacientes encuestados se caractericen por ingresos dietéticos disminuidos debido a la repercusión de las EOH sobre el apetito, primero, y la capacidad para alimentarse por sí mismos, después. Varios estudios han coincidido en los ingresos dietéticos disminuidos reportados por los pacientes atendidos por EOH.²⁻³ En consecuencia, se ha completado la investigación siguiente cuyo objetivo primario fue documentar el estado corriente de los ingresos dietéticos de los pacientes que eran atendidos por EOH en las instituciones de salud que participaron en los ejercicios de la entrada Cuba del Estudio DNO.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio: Encuesta multicéntrica *de-un-día*.

Locación del estudio: Centros y servicios de salud del país especializados en la atención de los pacientes con EOH, a

saber: las salas de hospitalización clínica, las unidades de Cuidados Intensivos, las unidades de Trasplante de Médula Ósea, los Servicios hospitalarios de Cirugía, las unidades de Quimioterapia, y las unidades de Radioterapia.

Serie de estudio: Fueron elegibles para participar en la encuesta aquellos pacientes que acudieron para tratamiento antineoplásico en las distintas locaciones hospitalarias habilitadas entre los meses de Octubre del 2019 y Noviembre del 2019; y que consintieron en participar voluntariamente después de la lectura y firma de la correspondiente acta de consentimiento informado. En consecuencia, se excluyeron de la encuesta aquellos pacientes en los que no se pudieron completar los procedimientos prescritos en el diseño de la investigación, o en los que no se pudieron recuperar los datos requeridos por el diseño experimental, o los que no consintieron en participar.

De cada uno de los pacientes finalmente incluidos en la presente encuesta se obtuvieron el sexo, la edad, la localización primaria del tumor, y la modalidad de tratamiento seguida en el momento de la entrevista con el equipo de encuestadores y la colección de los datos. La entrevista de los encuestadores con el paciente, el relleno de los formularios de la investigación, y la obtención de las mediciones antropométricas se hicieron en las unidades oncológicas participantes en un día asignado para ello por los propios encuestadores.

La selección de los pacientes, la recolección de los datos demográficos y clínicos de los mismos, y la administración de la encuesta dietética fueron hechas por encuestadores designados localmente y debidamente entrenados en los procedimientos de la investigación. Se redactó un manual con los procedimientos de la encuesta dietética con vistas a la capacitación de los equipos de encuestadores

* De ahora en lo adelante referenciado como el Estudio DNO.

y el aseguramiento de la calidad de las acciones.

Cuestionario semicuantitativo de registro de ingresos dietéticos: La cuantía corriente de los ingresos dietéticos se midió mediante un cuestionario semicuantitativo basado en un recordatorio de 24 horas.⁴ Brevemente, se le pidió al paciente que recordara los alimentos ingeridos en el día previo a la encuesta, y que calificara las cantidades ingeridas de cada uno de los alimentos consumidos mediante las ayudas visuales presentes en el cuestionario semicuantitativo. Las comidas principales del día (Almuerzo | Comida) se desagregaron en los correspondientes servidos, a saber: entrante, plato fuerte, guarnición, ensalada de vegetales, y postre; los que, a su vez, fueron calificados independientemente. La ingestión de alimentos en cada frecuencia | servido 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.

Procesamiento de datos y análisis estadístico-matemático de los resultados: Los datos recogidos se redujeron hasta estadígrafos de locación, dispersión y agregación, según el tipo de la variable. Dada la naturaleza descriptiva del presente estudio, no se examinaron dependencias de los ingresos dietéticos corrientes del paciente respecto de las variables explicativas contempladas en el diseño del Estudio DNO.

Intention to treat: En condiciones naturales, se anticiparía que todos los ítems del cuestionario semicuantitativo administrado fueron respondidos por el paciente durante la entrevista. Sin embargo, puede ocurrir que se observen respuestas nulas (léase también vacías) en el formulario del cuestionario por razones que escaparían del control del entrevistador. Llegado el caso, las respuestas nulas fueron calificadas

como “Nada” en atención al principio de “*Intention-to-Treat*”.⁵

Consideraciones éticas: Se le solicitó a los pacientes que participaron en el Estudio DNO Cuba su consentimiento para ello mediante la firma del correspondiente acto de consentimiento informado.⁶ Con tal motivo, se le explicó al paciente sobre los propósitos de la investigación, y la naturaleza no invasiva de los procedimientos comprendidos dentro de ella.⁶ Se le garantizó al paciente el derecho de negarse a participar en el estudio sin menoscabo de la atención de salud a la que tiene derecho.⁶

Se protegieron los datos personales del paciente anotados en el formulario del cuestionario dietético administrado mediante la sustitución de los nombres y apellidos y los números de identificación personal por códigos alfanuméricos convenientes. El coordinador local del estudio conservó en un lugar seguro las claves a los fines de trazabilidad y posibles enmiendas. En ningún momento los datos recabados de los pacientes se cedieron (ni se cederán) a terceras partes, y se agregaron en los estadígrafos requeridos para responder los objetivos de la investigación.

Cada centro participante en el Estudio DNO Cuba cuenta con un Comité de Ética que pauta las peculiaridades del acto del consentimiento informado. Los equipos encuestadores presentaron las versiones correspondientes del protocolo del Estudio DNO Cuba para la conducción local de las actividades en él contempladas, y obtuvieron los avales pertinentes, después de la revisión y la aprobación por el Comité institucional de Ética.

RESULTADOS

Las características demográficas, clínicas y sanitarias de la serie de estudio han sido expuestas previamente.¹ Brevemente, la serie de estudio comprendió 258 pacientes que eran atendidos en 5

centros de salud de La Habana (3 de ellos), Santiago de Cuba (1) y Holguín (1).¹ Las mujeres prevalecieron sobre los hombres.¹ La edad promedio fue de 58.3 ± 14.7 años.¹ El 45.7 % de los enfermos tenía edades ≥ 60 años.¹ Las locaciones prevalentes de las EOH fueron (en orden descendente): *Mamas*: 16.3 %; *Intestino grueso, recto y ano*: 16.3 %; *Cabeza y cuello*: 13.2 %; *Pulmones y vías aéreas*: 10.9 %; *Leucemias y linfomas*: 9.7 %; y *Vías digestivas y páncreas*: 8.9 %; respectivamente.¹ La quimioterapia (sola o en combinación con la radioterapia) fue la opción mayoritaria de tratamiento citorreductor.¹

Figura 1. Estado de los ingresos dietéticos en los pacientes atendidos por enfermedades oncohematológicas. Para más detalles: Consulte el texto del presente ensayo.



Fuente: Registros del Estudio DNO.
Tamaño de la serie: 258.

La Figura 1 muestra el estado de los ingresos dietéticos de los pacientes con EOH que fueron encuestados durante el Estudio DNO Cuba. Se destaca que la mitad más uno de los pacientes declararon que habían

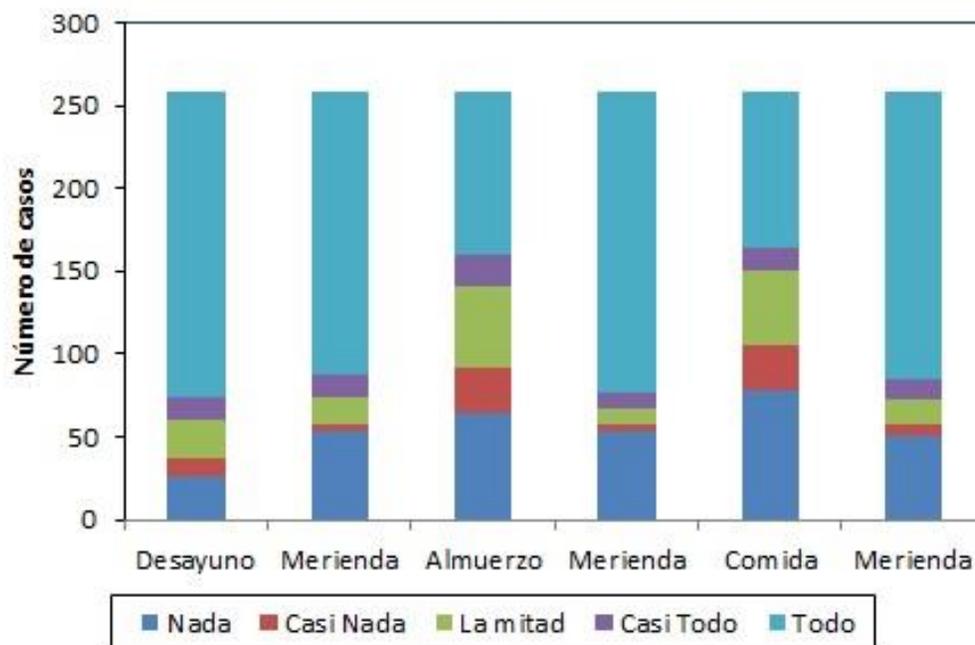
ingerido “Toda” o “Casi Toda” la comida servida durante un día en la vida de ellos. Por el contrario, la cuarta parte de los enfermos ingirieron “Casi Nada” o “Nada” de la comida servida.

La Figura 2 muestra los ingresos dietéticos registrados en los pacientes con EOH distribuidos según la frecuencia alimentaria. En cualquier frecuencia alimentaria prevalecieron los enfermos que refirieron que ingerían “Todo” + “Casi Todo” de los alimentos servidos: *Desayuno*: 76.7 % de los encuestados; *Almuerzo*: 45.3 %; *Comida*: 41.9 %; y *Meriendas*: 72.3 %; respectivamente. Por el contrario, el número de los pacientes que refirió que ingerían “Casi Nada” + “Nada” de los alimentos servidos fue menor: *Desayuno*: 14.4 %; *Almuerzo*: 35.7 %; *Comida*: 40.7 %; y *Meriendas*: 22.1 %; respectivamente.

DISCUSIÓN

Este trabajo ha presentado por primera vez, y hasta donde alcanza la memoria de la RCAN, el estado corriente de los ingresos dietéticos de los pacientes que eran atendidos por EOH en 5 instituciones de salud de 3 provincias del país. Los ingresos dietéticos fueron registrados mediante un cuestionario semicuantitativo durante los ejercicios de la entrada Cuba del Estudio DNO. Se constató que, como promedio, la mitad más uno de los pacientes encuestados ingería “Toda” o “Casi Toda” la comida servida en las distintas frecuencias alimentarias a lo largo de un día en la vida de ellos. En contraposición con este resultado, la cuarta parte refirió que ingería “Casi Nada” o “Nada” de la comida servida. Este patrón de comportamiento alimentario fue similar en cada una de las frecuencias alimentarias del día, si bien cabe señalar que la proporción de pacientes con ingresos dietéticos nulos (“Nada”) y casi nulos (“Casi Nada”) fue menor en las meriendas y el desayuno.

Figura 2. Distribución de los ingresos dietéticos registrados en los pacientes atendidos por enfermedades oncohematológicas de acuerdo con la frecuencia alimentaria. Para más detalles: Consulte el texto del presente ensayo.



Fuente: Registros del Estudio DNO.
Tamaño de la serie: 258.

No constituyó un objetivo del presente trabajo explorar las causas del comportamiento alimentario documentado. Se hubiera anticipado una mayor proporción (al menos > 80 %) de enfermos que refirieran que ingerían “Toda” o “Casi Toda” la comida servida en cada frecuencia. La EOH perturba profundamente la capacidad del paciente de alimentarse por sí mismo, y de sostener así el estado nutricional mediante la ingestión oral de alimentos. Samouh *et al.* (2020)⁷ examinaron las características de los ingresos dietéticos reportados por 216 pacientes (*Mujeres*: 72.0 %; *Edad promedio*: 44.0 ± 25.5 años) que eran atendidos en la Consulta ambulatoria y la Sala de Ingreso de un Servicio hospitalario de Oncología de un

hospital universitario de la ciudad de Casablanca (Marruecos). La desnutrición afectó a la mitad de los pacientes encuestados.⁷ Los pacientes refirieron que habían disminuido los ingresos dietéticos debido a la falta de apetito (el 84.5 % de los encuestados), la pérdida del gusto por los alimentos, las náuseas y la dificultad para tragar, los vómitos y el dolor abdominal.⁷

Döring *et al.* (2023)⁸ completaron una encuesta transversal con 235 pacientes (*Hombres*: 61.3 %; *Edad promedio*: 65.6 ± 14.7 años) atendidos en 3 departamentos de dos hospitales universitarios de las ciudades de Göttingen y Nordhausen (Alemania) con un cuestionario de 4 preguntas. La desnutrición estaba presente en la tercera

parte de los pacientes examinados.⁸ Se observaron cambios en los regímenes dietéticos en el 33.6 % de los encuestados debido a la aversión hacia alimentos como las carnes y los embutidos, y la consecuente exclusión de los mismos de la dieta regular.⁸

Los cambios en los ingresos dietéticos documentados en los pacientes encuestados durante el Estudio DNO Cuba pudieran explicarse (en parte) por la repercusión de los tratamientos citorredutores. De Vries *et al.* (2017)⁹ condujeron un estudio observacional de los síntomas causados por la quimioterapia (QTP), y la repercusión de los mismos sobre los ingresos dietéticos, de 117 mujeres tratadas por cáncer de mama. Las pacientes refirieron ingresos disminuidos de energía, proteínas y grasas.⁹ Las mujeres refirieron resequedad bucal, fatiga, náuseas, y trastornos de la masticación y la deglución como las causas preponderantes para la reducción de los ingresos dietéticos.⁹

Sin embargo, parece ser que la causa principal de los cambios que ocurren en los ingresos dietéticos del paciente atendido por EOH es la ausencia de una guía metodológica brindada por un personal especializado durante el tránsito por los tratamientos citorredutores.¹⁰ En más instancias de las que se podría admitir, no existe un nutricionista disponible para que el paciente examine con él/ella las mejores formas y maneras de lidiar con las complicaciones de la enfermedad y los tratamientos administrados y aminorar el impacto de las mismas sobre el estado nutricional y los ingresos alimenticios, y en el proceso satisfacer los requerimientos nutrimentales. Se tienen varios estudios que demuestran la efectividad de la actuación del nutricionista a lo largo del *continuum* terapéutico de las EOH sobre los ingresos dietéticos, la paliación de los síntomas derivados del tratamiento citorreductor, y la mejoría de la calidad de vida del enfermo.¹¹⁻¹⁴ Llegado el caso, el

nutricionista podría prescribir suplementos nutricionales orales (SNO) para complementar los ingresos dietéticos y lograr así el cumplimiento de las metas nutrimentales y energéticas propuestas.¹⁵

La ausencia de un personal especializado en Alimentación y Nutrición dentro de los equipos de salud no implicaría que se abandone la consejería nutricional y la SNO como intervenciones en el paciente atendido por EOH. Se han descrito los resultados de la actuación de profesionales de Enfermería debidamente capacitados y entrenados en Alimentación y Nutrición en la rehabilitación nutricional post-operatoria de adultos mayores operados por cáncer colorrectal.¹⁶ Una revisión sistemática seguida de meta-análisis de 3 ensayos clínicos aleatorizados sobre la efectividad de la consejería dietética brindada por personal de Enfermería demostraron impactos significativos en la cuantía de los ingresos energéticos, y la transición y la adherencia posterior a una dieta saludable.¹⁷

CONCLUSIONES

A la conclusión del Estudio DNO Cuba se comprobó que la mitad más uno de los pacientes refirió que ingería “Toda” o “Casi Toda” la comida servida durante un día en la vida de ellos, en contraste con la cuarta parte que ingería “Nada” o “Casi Nada”.

AGRADECIMIENTOS

Los coordinadores del Estudio DNO Cuba, por el completamiento exitoso de los ejercicios incluidos en el diseño experimental del mismo

Los encuestadores locales, por el tiempo y dedicación.

El Consejo de Dirección y la Administración de los centros de salud participantes en el Estudio DNO Cuba.

Los pacientes y los familiares que participaron en el Estudio DNO Cuba, por la comprensión y el apoyo.

SUMMARY

Rationale: *Oncohematologic disease (OHD) impact negatively upon the capacity of the patient to sustain by himself/herself his/her nutritional status by means of the oral intake of foods.* **Objective:** *To assess the state of diet intakes by patients assisted for OHD in Cuban health institutions.* **Study design:** *One-day multicenter survey. The survey comprised 258 patients (Males: 46.9 %; Average age: 58.3 ± 14.7 years; Ages ≥ 60 years: 45.7 %) assisted in 5 hospitals of 3 provinces of the country.* **Methods:** *The amount of diet intakes by OHD patients was estimated with a frequency semiquantitative survey (Calleja Fernández et al.; 2016). Diet intakes were qualified in each food frequency regarding the ingested amount (All | Almost All | Half | Almost Nothing | Nothing) of the foods served on a dish.* **Results:** *Amounts of food ingested by patients as average in any given day distributed as follows: All served: 44.6 %; Almost all served: 12.4 %; Half of the served: 19.0 %; Almost nothing of the served: 6.6 %; and Nothing of the served: 17.4 %; respectively. It was striking one-quarter of the patients referred they ingested nothing (or near to nothing) of the served in any given day of their lives.* **Conclusions:** *OHD impacts negatively upon the amounts of foods ingested in any given day in the patients' life.* **Santana Porbén S,** for the Cuban Group for the Study of Hospital Malnutrition. On the state of food intakes in patients assisted for oncohematologic diseases. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2023;33(2):390-398. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.*

Subject headings: Cancer / Malnutrition / Alimentation / Food intakes.

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. Molfino A, Emerenziani S, Tonini G, Santini D, Gigante A, Guarino MPL; *et al.* Early impairment of food intake in patients newly diagnosed with cancer. *Front Nutr 2023;9:997813.* Disponible en: <http://doi:10.3389/fnut.2022.997813>. Fecha de última visita: 8 de Marzo del 2023.
3. Conigliaro T, Boyce LM, Lopez CA, Tonorezos ES. Food intake during cancer therapy: A systematic review. *Am J Clin Oncol 2020;43:813-9.*
4. Calleja Fernández A, Vidal Casariego A, Cano Rodríguez I, Ballesteros Pomar MD. Cuestionario semicuantitativo para la valoración de la ingesta dietética del paciente hospitalizado: Una herramienta sencilla para la práctica clínica. *Nutrición Hospitalaria [España] 2016;33: 324-9.*
5. Detry MA, Lewis RJ. The intention-to-treat principle: How to assess the true effect of choosing a medical treatment. *Jama 2014;312:85-6.*
6. World Medical Association. Declaration of Helsinki on the ethical principles for medical research involving human subjects. *Eur J Emergency Med 2001;8: 221-3*
7. Samouh Y, Benider A, Derfoufi S. Eating behavior among cancer patients: A cross-sectional study. *Nutr Clín Diet Hosp 2020;40(1):82-8.* Disponible en: <http://doi:10.12873/401samouh>. Fecha de última visita: 8 de Marzo del 2023.
8. Döring K, Wiechers L, Büntzel J, Büntzel J. Why we should look at dinner plates: Diet changes in cancer patients. *Curr Oncol 2023;30:2715-28.*
9. De Vries YC, Van Den Berg MMGA, De Vries JHM, Boesveldt S, de Kruif JTC, Buist N; *et al.* Differences in dietary intake during chemotherapy in

- breast cancer patients compared to women without cancer. *Support Care Cancer* 2017;25:2581-91. Disponible en: <http://doi:10.1007/s00520-017-3668-x>. Fecha de última visita: 8 de Marzo del 2023.
10. Cook F, Rodriguez JM, McCaul LK. Malnutrition, nutrition support and dietary intervention: The role of the dietitian supporting patients with head and neck cancer. *Brit Dental J* 2022;233: 757-64.
 11. Yang YC, Lee MS, Cheng HL, Chou HY, Chan LC. More frequent nutrition counseling limits weight loss and improves energy intake during oncology management: A longitudinal inpatient study in Taiwan. *Nutrition Cancer* 2019; 71:452-60.
 12. Hong K, Choi Y, Yan W, Lim H, Chyun J. Study on the improvement of dietary life of cancer patients during treatment by nutrition counseling. *Korean J Commun Nutr* 2016;21:93-101.
 13. Rufenacht U, Rühlin M, Wegmann M, Imoberdorf R, Ballmer PE. Nutritional counseling improves quality of life and nutrient intake in hospitalized undernourished patients. *Nutrition* 2010; 26:53-60.
 14. de van der Schueren MAE, Laviano A, Blanchard H, Jourdan M, Arends J, Baracos VE. Systematic review and meta-analysis of the evidence for oral nutritional intervention on nutritional and clinical outcomes during chemo(radio) therapy: Current evidence and guidance for design of future trials. *Ann Oncol* 2018;29:1141-53.
 15. Cereda E, Cappello S, Colombo S, Klersy C, Imarisio I, Turri A; *et al.* Nutritional counseling with or without systematic use of oral nutritional supplements in head and neck cancer patients undergoing radiotherapy. *Radiother Oncol* 2018;126:81-8.
 16. Hopkinson JB. Nutritional support of the elderly cancer patient: the role of the nurse. *Nutrition* 2015;31:598-602.
 17. Gan T, Cheng HL, Tse MYM. A systematic review of nurse-led dietary interventions for cancer patients and survivors. *Asia Pac J Oncol Nursing* 2022;9:81-7.

ANEXOS

Anexo 2. Formulario del cuestionario semicuantitativo de evaluación de los ingresos dietéticos del paciente atendido por enfermedades oncohematológicas.

Hoja 1 de 1

Hora de inicio: _____

Cuestionario semicuantitativo de valoración de la ingestión dietética del paciente

Todo lo servido	Casi todo lo servido (3/4 partes)	La mitad de lo servido	Casi nada de lo servido (1/4 parte)	Nada de lo servido
				

Desayuno

Merienda

Almuerzo

- Plato principal
- Guarnición
- Ensalada de vegetales
- Postre

Merienda

Comida

- Plato principal
- Guarnición
- Ensalada de vegetales
- Postre

Merienda

Hora de término: _____