



Guía de práctica clínica para enfermería oncológica

Nutrición en personas con cáncer



Sociedad Europea de Enfermería Oncológica (EONS)

Proyecto NutriCaNurse

Grupo del proyecto:

Virpi Sulosaari (EONS), Presidencia

Sara Torcato Parreira (EONS), Judith Beurskens (ESPEN), Adele Hug (EFAD) y Alessandro Laviano (ESPEN)

Iveta Nohavová (EONS), Directora del proyecto

Este documento brinda orientación sobre nutrición en personas adultas con cáncer y está dirigido a la enfermería oncológica. Las recomendaciones se basan en la evidencia disponible cuando es posible y en la guía de mejores prácticas. Sin embargo, hay varias áreas, destacadas en el texto, en las que existe una falta de evidencia y donde es necesaria más investigación. Aunque se ha tomado todo el cuidado razonable en la preparación, producción y presentación de esta guía, EONS no se responsabiliza por errores u omisiones en los materiales, y se recomienda a todos los participantes a que utilicen su juicio profesional en el uso de la información en su práctica clínica.

Esta guía ha sido financiada por una subvención educativa restringida de la Asociación de la Industria Internacional de Nutrición Médica (MNI por sus siglas en inglés). Sin embargo, ha sido elaborada de forma independiente por el Grupo del proyecto. Se ofreció una revisión final de cortesía y los comentarios recibidos fueron aceptados o rechazados de forma independiente por el Grupo del proyecto.

Contenidos

I Introducción	4
II Terminología	6
III Causas y consecuencias de la desnutrición	8
IV Cribado y valoración de la desnutrición en personas con cáncer	10
V Principios del tratamiento de la desnutrición	13
VI Recomendaciones nutricionales para ayudar a las personas con cáncer, en tratamiento y post-tratamiento, a comer bien	23
Más información	27
Abreviaturas	28
Fuentes.....	29

I Introducción

El objetivo de esta guía es proporcionar orientación sobre los conocimientos, las habilidades y las competencias en nutrición para los profesionales de la enfermería que atienden a personas adultas con cáncer y apoyar su trabajo en la práctica clínica.

La desnutrición afecta a más del 50% de los pacientes con cáncer y está presente en más del 80% de los pacientes con enfermedad avanzada o metástasis (1). Independientemente del tipo de cáncer, la prevalencia general de desnutrición es de alrededor del 40% (2). Las enfermedades neoplásicas representan la segunda causa principal de muerte a nivel mundial y se espera que el número de nuevos casos aumente significativamente en las próximas décadas (3). La desnutrición es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad (3, 5, 6) y podría ser causada tanto por la enfermedad como por el tratamiento (7). Por lo tanto, es importante establecer precozmente intervenciones nutricionales para prevenir o minimizar situaciones que puedan afectar el estado nutricional de las personas con cáncer (3). La desnutrición se asocia con un peor pronóstico, calidad de vida y supervivencia (8). Se ha estimado que entre el 10 y el 20% de los pacientes con cáncer mueren por las consecuencias de la desnutrición más que por el tumor en sí (3). Un paciente con cáncer con una nutrición óptima tiene una mejor tolerancia al tratamiento, una mejor calidad de vida, menos efectos secundarios o toxicidades relacionados con el tratamiento y, por lo tanto, una mayor adherencia a los tratamientos (3, 6).

Si bien el cáncer a menudo se asocia con la pérdida de peso, se ha incrementado el número de pacientes que comienzan el tratamiento contra el cáncer y que ya presentan sobrepeso o son clínicamente obesos o tienen complicaciones asociadas con el aumento de peso durante el tratamiento (5, 9). Un paciente puede ser obeso pero también sufrir desnutrición durante el tratamiento. Además, los supervivientes de cáncer que tienen sobrepeso u obesidad pueden tener un mayor riesgo de desarrollar otras enfermedades y cánceres secundarios (10, 11). Por ello, es importante que los profesionales de la enfermería oncológica sean conscientes, evalúen cuidadosamente el estado nutricional de un paciente con sobrepeso, valoren la desnutrición y brinden consejos sobre un estilo de vida saludable, si corresponde, desde el momento en que se inicia el tratamiento contra el cáncer.

La detección y el tratamiento de la desnutrición es un desafío multidisciplinario. La Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN por sus siglas en inglés <https://www.espen.org/>) ha abordado la importancia del trabajo conjunto de los equipos multidisciplinarios para garantizar la identificación oportuna de la desnutrición mediante el cribado y la planificación de las mejores intervenciones posibles y su seguimiento durante todo el proceso de atención al cáncer (3, 4). La nutrición es un componente esencial de los cuidados paliativos, de rehabilitación y de apoyo (12). En el equipo multidisciplinario, los profesionales de la enfermería oncológica desempeñan un papel importante y a menudo variado en el cuidado de las personas con cáncer para brindar la mejor atención posible (13).

Los profesionales de la enfermería oncológica interactúan con frecuencia con los pacientes desde el diagnóstico hasta el seguimiento después del tratamiento, y por lo general pasan más tiempo con ellos que el resto de profesionales de la salud (14). Por consiguiente, éstos tienen buenas oportunidades para brindar información y asesoramiento a las personas con cáncer y responder a las preguntas que puedan surgir a lo largo del proceso de tratamiento y después del mismo (14). Además, se centran en un enfoque holístico y centrado en la persona y promueven la autogestión, y también están en una posición ideal para desempeñar un papel fundamental en la detección temprana y el seguimiento de la desnutrición. Por lo tanto, la atención nutricional debe considerarse parte de la práctica integral de la enfermería oncológica. Según la Federación Europea de Asociaciones de Dietistas (EFAD por sus siglas en inglés <http://www.efad.org/en-us/home/>), los

dietistas o nutricionistas, al trabajar en estrecha colaboración con estos profesionales, pueden educarlos para que reaccionen de manera adecuada ante preguntas difíciles relacionadas con la nutrición, trabajando conjuntamente para adaptar la atención nutricional a las necesidades individuales y alentar a los profesionales a participar en la investigación sobre nutrición.

Consejos nutricionales generales

Muchas personas con cáncer no requerirán grandes cambios en su dieta durante su tratamiento contra el cáncer. Los pacientes a menudo necesitan consejos nutricionales sencillos y los profesionales de la enfermería oncológica se encuentran en una excelente posición para apoyarlos con consejos adecuados de autocuidado.

Aspectos destacados de la práctica de la enfermería oncológica

- El cuidado nutricional es un aspecto fundamental de la práctica de la enfermería oncológica.
 - La desnutrición es muy común en personas con cáncer y puede ocurrir en todas sus fases.
 - La desnutrición puede tener un impacto significativo en los resultados clínicos de los tratamientos contra el cáncer.
 - La desnutrición está asociada con la calidad de vida de las personas con cáncer.
 - La detección y el cuidado tempranos de la desnutrición pueden promover la recuperación y mejorar el pronóstico.
-
- Valorar las necesidades nutricionales de todos los pacientes.
 - Proporcionar consejos generales de seguridad alimentaria y de un estilo de alimentación saludable para todos los pacientes.
 - Identificar el riesgo y los signos de desnutrición.
 - Identificar a los pacientes que necesitan ayuda con la alimentación.
 - Apoyar al paciente y al cuidador involucrados en la atención y brindar información para mejorar las habilidades de autocuidado del paciente.

II Terminología

Las pautas de ESPEN sobre desnutrición en pacientes con cáncer, incluida una definición de desnutrición, se actualizaron en 2017 y 2021 (3, 4). Posteriormente, en 2019 se publicaron las recomendaciones de la Iniciativa de Liderazgo Global sobre Desnutrición (GLIM por sus siglas en inglés) sobre los criterios para el diagnóstico de la desnutrición, incluidos los criterios fenotípicos y etiológicos (15, Recuadro 2). Se recomienda que los criterios etiológicos se utilicen para guiar las intervenciones y anticipar los resultados. Esto respalda la clasificación de la desnutrición en cuatro categorías de diagnóstico relacionadas con la etiología. Los criterios GLIM se basan en un esquema de consenso para el diagnóstico de desnutrición en adultos en entornos clínicos a escala global. La desnutrición a menudo implica caquexia por cáncer (Recuadro 1). El Síndrome de caquexia-anorexia por cáncer (CACS) es un síndrome multifactorial común que puede afectar hasta al 80% de las personas con cáncer, con cualquier peso, especialmente aquellas en estadios avanzados de la enfermedad (16).

Es probable que la pérdida de peso relacionada con el cáncer sea multifactorial. Puede incluir al menos tres síndromes clínicos específicos y superpuestos: desnutrición, caquexia y sarcopenia. La desnutrición es un desequilibrio nutricional que tiene efectos negativos sobre el peso y las funciones corporales. La caquexia es la presencia de un síndrome inflamatorio, mientras que la sarcopenia es la pérdida de masa muscular, fuerza y funcionalidad (17).

Recuadro 1. Definición de desnutrición y caquexia asociadas a enfermedades (4, p. 1188)

Definición de desnutrición asociada a enfermedades (ESPEN)

“Condición que resulta de la activación de la inflamación sistémica por una enfermedad subyacente. La respuesta inflamatoria causa anorexia y degradación de los tejidos que, a su vez, pueden resultar en una pérdida significativa de peso corporal, alteraciones en la composición corporal y deterioro de la función física. El balance energético negativo y la pérdida de músculo esquelético son impulsados por una combinación de ingesta inadecuada de alimentos y alteraciones metabólicas que pueden ser derivadas del huésped o del tumor.”

Definición de caquexia (ESPEN)

“La caquexia es un síndrome de emaciación multifactorial caracterizado por pérdida de peso involuntaria con pérdida continua de masa ósea y muscular con o sin pérdida de materia grasa. Tal emaciación no se puede revertir con la atención nutricional convencional y puede conducir a un deterioro funcional.”

Recuadro 2. Criterios para el diagnóstico de desnutrición

Categorías de diagnóstico relacionadas con la etiología	Los cinco principales criterios de GLIM para la detección de la desnutrición
• <i>Desnutrición relacionada con enfermedad crónica con inflamación</i> • <i>Desnutrición relacionada con enfermedades crónicas con mínima o nula inflamación percibida</i> • <i>Desnutrición relacionada con una enfermedad aguda o una lesión con inflamación grave</i> • <i>Desnutrición relacionada con la inanición, incluida el hambre / escasez de alimentos asociada con factores socioeconómicos o ambientales</i>	• <i>Pérdida de peso involuntaria</i> • <i>Índice de masa corporal (IMC) bajo</i> • <i>Masa muscular reducida</i> • <i>Reducción de la ingesta de alimentos</i> • <i>Asimilación y carga de enfermedad / inflamación</i>

Aspectos destacados de la práctica de enfermería oncológica: terminología

- La desnutrición es un desequilibrio nutricional que tiene efectos negativos sobre el peso y la funcionalidad.
 - La pérdida de peso relacionada con el cáncer puede incluir desnutrición, caquexia y sarcopenia.
 - Los criterios GLIM proporcionan la base para un diagnóstico de desnutrición.
 - Los criterios etiológicos deben usarse para orientar las intervenciones y anticiparse a los resultados.
- Conocer la etiología que puede conducir a la desnutrición.
- Valorar, controlar y documentar la información sobre el estado nutricional de los pacientes.

III Causas y consecuencias de la desnutrición

La desnutrición es una condición muy común (3), subestimada y multifactorial que puede ocurrir en cualquier etapa de la enfermedad (2). Se tiene constancia de la presencia de una ingesta reducida de alimentos y alteraciones metabólicas (3, 18). La desnutrición a menudo implica caquexia por cáncer, que se caracteriza por un desgaste muscular progresivo que no puede revertirse por completo con el apoyo nutricional convencional. La afección frecuentemente se acompaña de anorexia, reducción de la ingesta de alimentos, anomalías metabólicas y fatiga, así como del deterioro de la función inmune y física que afecta negativamente a la condición del paciente (8). Por lo tanto, todos los pacientes caquéticos están desnutridos, pero no todos los pacientes desnutridos son caquéticos (19).

La desnutrición en personas con cáncer es causada por múltiples factores (Tabla 1). Los tratamientos para el cáncer implican combinaciones de tratamientos sistémicos como quimioterapia y regímenes inmunoterapéuticos, radioterapéuticos o quirúrgicos. Se sabe que estos producen síntomas que limitan la ingesta nutricional y la alimentación y afectan los procesos digestivos y, por lo tanto, pueden tener un impacto profundo en el estado nutricional del paciente (19, 21). Comer es también una actividad social con relevancia psicológica para las personas; la anorexia y la pérdida de peso pueden convertirse en un factor de angustia para los pacientes y sus seres queridos (18).

Cuadro 1. Causas de la desnutrición (3, 7, 18, 19, 21)

Causas de la desnutrición
Ingesta nutricional inadecuada debido a una enfermedad o síntomas de impacto nutricional relacionados con el tratamiento, como: fatiga, sequedad de boca (xerostomía) o úlceras / lesiones en la boca, dificultad para masticar, saliva espesa, disfagia, mucositis inducida por radioterapia / quimioterapia, dolor abdominal, náusea, vómitos, alteraciones del gusto, deterioro del olfato y del apetito, saciedad precoz, estreñimiento y diarrea por infecciones o malabsorción.
Cambios en el gusto: preferencias alimentarias alteradas / abstinencia de ciertos alimentos / aversión a los alimentos
Esofagitis
Enteritis por radiación aguda o crónica
Aumento de las necesidades de energía y proteínas.
Efectos locales como infiltración tisular u obstrucción física y dolor.
Alteraciones en la absorción y metabolismo de nutrientes, gasto energético en reposo (GER) y deterioro de la función orgánica
Citocinas proinflamatorias y hormonas producidas por el tumor o por reacción al tumor (síndrome de inflamación sistémica)
Cambios emocionales y psicológicos que provocan aversión a la comida y reducción de la ingesta
Disminución de la actividad física
Aislamiento social
Estrés psicológico o enfermedad
Pérdida de ingresos

La desnutrición es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad (3, 5, 6, 22, 53) y se asocia con un peor pronóstico y una disminución de la calidad de vida (3). La desnutrición puede tener un impacto adverso significativo en los resultados clínicos, **económicos** y centrados en el paciente, como toxicidades y larga duración de la estancia hospitalaria (24). Los resultados negativos también pueden deberse a una ingesta inadecuada de alimentos, una disminución de la actividad física y trastornos catabólicos (3). La desnutrición puede alterar los efectos anticancerígenos de varios tratamientos (6) (Cuadro 2).

Cuadro 2. Consecuencias de la desnutrición en personas afectadas por cáncer (3, 6, 22, 24, 25)

Consecuencias de la desnutrición
Mayor toxicidad de los tratamientos
Reducciones o interrupciones del tratamiento
Rendimiento físico deteriorado
Duración prolongada de la estancia hospitalaria
Mayor morbilidad y mortalidad
Cicatrización lenta de heridas
Disminución de la calidad de vida
Fatiga

Aspectos destacados de la práctica de enfermería oncológica: causas y consecuencias de la desnutrición

- La desnutrición y los problemas relacionados con la alimentación son causados por múltiples factores y tanto por la enfermedad como por el tratamiento.
 - La desnutrición puede tener muchas consecuencias, algunas de las cuales se pueden prevenir.
- ☐ Tener en cuenta que todos los pacientes caquéticos están desnutridos, pero no todos los pacientes desnutridos son caquéticos.
 - ☐ Informar al paciente y al cuidador sobre el riesgo de desnutrición.
 - ☐ Brindar formación y apoyo al paciente para prevenir y autocontrolar los problemas de nutrición.
 - ☐ Preguntar al paciente su opinión sobre la alimentación, los posibles problemas y qué cree que está causando los problemas.
 - ☐ Determinar el contexto social e identificar quién podría ayudar al paciente en casa si fuera necesario.
 - ☐ Evitar que la alimentación se convierta en un factor de estrés para el paciente y sus seres queridos.
 - ☐ Tener en cuenta que en algunos pacientes con cáncer (como el cáncer de mama), el tratamiento aumenta el apetito y muchos pacientes pueden tener dificultades para mantener un peso corporal saludable. Brinde información sobre dieta saludable y ejercicio desde el inicio de dichos tratamientos (ver capítulo VI).

IV Cribado y valoración de la desnutrición en personas con cáncer

El proceso de atención nutricional (Figura 1) puede describirse como un proceso de cuatro pasos, desde el cribado y valoración de la desnutrición hasta las intervenciones, el seguimiento y la evaluación. El proceso de atención se puede adaptar a diferentes entornos de atención. Es responsabilidad del equipo multidisciplinario garantizar que se satisfagan las necesidades nutricionales de los pacientes y brindar una atención individualizada y de alta calidad (Recuadro 3). La valoración nutricional debe ser sistemática, con herramientas de valoración estandarizadas y debe realizarse en todos los pacientes en todos los entornos de atención médica. El cribado, la valoración y la orientación nutricional centrada en la persona son elementos importantes en la práctica de enfermería cuando se brinda apoyo a personas con cáncer y supervivientes.

No todas las personas con cáncer necesitan ser derivadas a un nutricionista. Sin embargo, la pérdida de peso involuntaria significativa y los tipos de cáncer específicos, como los de cabeza y cuello, indican una derivación dietética rápida, una valoración nutricional más detallada y la implementación de un plan de atención nutricional individual (54). Las herramientas de valoración nutricional apoyan la identificación de personas con cáncer que se beneficiarían del apoyo de especialistas en nutrición. En los centros oncológicos, es necesario garantizar el acceso oportuno a especialistas en nutrición para las personas con cáncer.

Figura 1. Proceso del cuidado de la nutrición (adaptado de Cederholm et al. 2017 ⁽²⁶⁾)



La valoración precisa de la desnutrición previene potencialmente tanto el tratamiento insuficiente como el tratamiento excesivo de la desnutrición (27). El cribado nutricional se utiliza para determinar el riesgo de desnutrición. Proporciona información preliminar y es diferente de la valoración nutricional, que luego permite el diagnóstico real de la desnutrición y se puede realizar utilizando los criterios GLIM. La valoración nutricional incluye la causa, la gravedad y el tipo de desnutrición (26, recuadro 4). Se debe medir y registrar el peso de los pacientes en cada cita hospitalaria para poder controlar el IMC y determinar el porcentaje de pérdida de peso involuntaria (54). Hay herramientas disponibles para valorar el riesgo de desnutrición y para

utilizar en el seguimiento del estado nutricional del paciente (tabla 3). En la tabla, se menciona el grupo de pacientes original para el que se desarrolló la herramienta. Sin embargo, estas herramientas también se pueden utilizar en otros entornos de atención, como en ambulatorios. En el recuadro 5, se proporcionan algunos consejos prácticos para una valoración rápida. La hidratación óptima durante el tratamiento del cáncer también requiere una valoración y una planificación previa de las necesidades (55).

Tabla 3. Ejemplos de herramientas de cribado ^(27, 28, 29, 30, 60)

Instrumento	Diseñado para
Valoración global subjetiva generada por el paciente (Patient-Generated Subjective Global Assessment - PG-SGA)*	Personas con cáncer
Cribado del riesgo nutricional (NRS-2002)**	Pacientes hospitalizados
Mini valoración nutricional (MNA)***	Personas de edad avanzada
Herramienta universal de detección de desnutrición (MUST)****	Pacientes adultos en la comunidad
Cuestionario de Evaluación Nutricional Simplificado (SNAQ)*****	Pacientes hospitalizados

* Jager-Wittenaar & Ottery 2017, ** Bozzetti et al. 2012, ***Gioulbasanis et al. 2011,**** Boléo-Tomé et al. 2011, *****Kruizenga et al. 2005

Recuadro 3. Enfoque multidisciplinario ^(3, 4)

Las directrices de ESPEN recomiendan un enfoque multidisciplinario para incluir:

Cribar a todos los pacientes con cáncer para detectar el riesgo nutricional al comienzo de su tratamiento, independientemente del índice de masa corporal y el historial de peso; volver a cribar periódicamente el estado nutricional.

Aumentar la valoración de la nutrición para incluir medidas de anorexia, composición corporal, biomarcadores inflamatorios, gasto energético en reposo (REE) y funcionalidad física.

Recuadro 4. Valoración nutricional ^(3, 4, 26)

Dominios de valoración

- 1) Causa, gravedad y tipo de desnutrición
- 2) Valoración de la ingesta nutricional frente a los requisitos nutricionales y los presentes síntomas de impacto nutricional
- 3) Valoración del peso corporal, área corporal y composición corporal
- 4) Valoración de la masa y función muscular; función inmunológica y cognitiva / factores psicosociales

Recuadro 5. Consejos prácticos para una valoración rápida de los riesgos de desnutrición

Preguntar

- ¿Está comiendo bien?
- ¿Está bebiendo suficientes líquidos?
- ¿Ha perdido peso sin quererlo?
- ¿Ha cambiado su apetito?
- ¿Tiene problemas para comer?
- ¿Es un problema reciente?
- ¿Tiene dificultades para tragar?
- ¿Tiene cambios en el gusto?
- ¿Tiene náuseas o dolor al comer?
- ¿Ha experimentado algún impacto psicológico (por ejemplo, depresión, fatiga)?



Observar

- ¿Le van sueltas las joyas o el reloj?
- ¿La ropa le queda holgada?
- ¿Tiene el paciente sequedad de boca y la piel fina?
- ¿Se muestra el paciente lánquido, cansado o con frío?

Aspectos destacados de la práctica de enfermería oncológica: cribado y valoración de la desnutrición

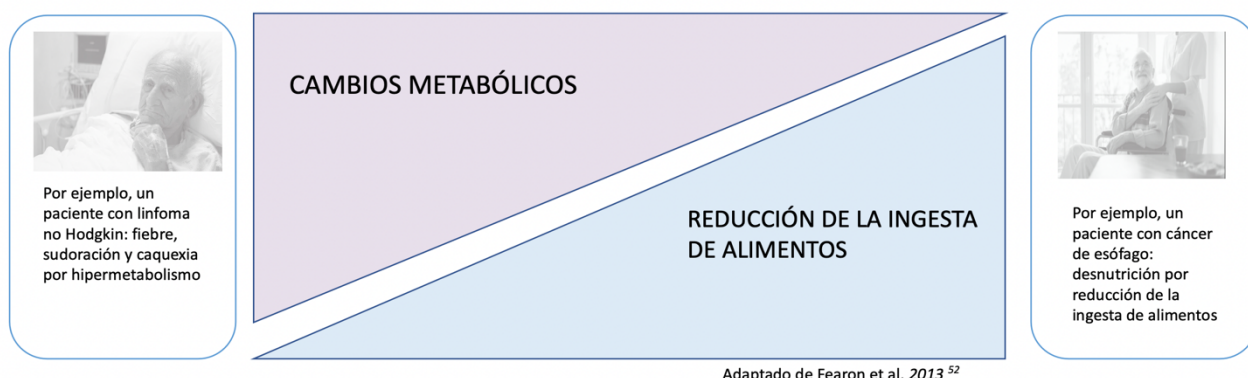
- El cribado, la valoración y la orientación nutricional centrada en la persona son elementos importantes de la práctica de enfermería.
- La valoración nutricional debe realizarse en todos los pacientes con cáncer en todos los entornos de atención sanitaria y social.
- Tener en cuenta que independientemente del instrumento, una valoración integral es crucial.
- Elegir un instrumento validado basado en el protocolo de las unidades de atención para valorar el riesgo de desnutrición.
- Pedir a los pacientes que se pesen en cada visita hospitalaria.
- Actuar de forma proactiva en el MDT (equipo multidisciplinario) y derivar a servicios más especializados; oncólogo, dietista/nutricionista, fisioterapeuta, psicoterapeuta, trabajador social y otros en función de las necesidades individuales del paciente para evitar problemas mayores.
- Cuando sea posible, usar la misma herramienta para hacer seguimiento del estado nutricional del paciente.

V Principios del tratamiento de la desnutrición

Las personas con cáncer requieren apoyo nutricional para prevenir y tratar la desnutrición, mejorar la eficacia del tratamiento, reducir los efectos adversos de los tratamientos contra el cáncer y mejorar su calidad de vida (3). El tratamiento integral de la caquexia por cáncer requiere un enfoque multidisciplinario y con múltiples objetivos orientados a evaluar los signos objetivos y aliviar los síntomas con el objetivo principal de satisfacer las necesidades fisiológicas y psicológicas del paciente (12). Es importante en la práctica de la enfermería establecer un enfoque que pueda respaldar de manera proactiva las necesidades nutricionales de los pacientes durante todo el proceso de atención del cáncer (9). La gestión de la desnutrición ayudará a mantener la tolerancia al tratamiento y a mejorar la calidad de vida de los pacientes y cuidadores. Es importante que los profesionales de enfermería oncológica reconozcan cómo se sienten los pacientes, física y emocionalmente, mientras viven con cáncer. La desnutrición puede tener un efecto significativo en su recuperación y capacidad para realizar las funciones diarias normales, así como en sus relaciones interpersonales (54). La orientación centrada en la persona es uno de los elementos clave de la práctica de la enfermería oncológica (9). El objetivo de las intervenciones psicosociales en la práctica de la enfermería es reducir la carga emocional asociada al cáncer y empoderar a las personas con cáncer y sus seres queridos.

El objetivo de las intervenciones nutricionales es mantener o mejorar la ingesta nutricional y mitigar el trastorno metabólico para mantener la masa ósea y muscular y la función física, reducir el riesgo de reducciones o interrupciones de los tratamientos anticáncer programados, estabilizar el peso, minimizar los síntomas y mejorar la calidad de vida (3). Las intervenciones deben elegirse y adaptarse sopesando los beneficios y los riesgos para cada paciente individual (12). Los pacientes con cáncer del tracto digestivo, cabeza y cuello, hígado y pulmón tienen el mayor riesgo de desnutrición (3). Es necesario comprender el mecanismo detrás de la desnutrición (4) para planificar el tratamiento (Figura 2). Es fundamental que los profesionales puedan detectar temprano la desnutrición relacionada con la enfermedad, asesorar sobre la dieta y derivar a los pacientes para que reciban más apoyo dietético si es necesario (54). Éstos también están en una excelente posición para brindar apoyo e información personalizada a las personas con cáncer sobre cómo gestionar las dificultades relacionadas con la nutrición en su vida cotidiana.

Figura 2. Ejemplo del mecanismo detrás de la desnutrición



La prehabilitación es un enfoque para la atención de la desnutrición. Es una forma de intervención sanitaria multidisciplinaria que permite a las personas con cáncer prepararse para el tratamiento mediante la promoción de comportamientos saludables, incluida la prescripción de ejercicios, intervenciones nutricionales y psicológicas basadas en sus necesidades. Es parte del proceso continuo de atención al cáncer

que tiene como objetivo empoderar a las personas con cáncer para maximizar la resiliencia al tratamiento y mejorar su salud a largo plazo (32). El apoyo a las personas con cáncer para mantener la masa muscular y la función física es otro enfoque importante. Por lo tanto, se recomienda la actividad física (3).

El cuidado nutricional siempre debe ir acompañado de entrenamiento físico (3). El ejercicio físico moderado guiado por profesionales es seguro en pacientes con caquexia por cáncer y se recomienda para mantener y mejorar la masa muscular (12). La actividad física y las intervenciones dietéticas solas o en combinación con el tratamiento farmacológico han mostrado resultados prometedores y pueden recomendarse basándose en la experiencia clínica (33). Se recomienda mantener o aumentar el nivel de actividad física en pacientes con cáncer para apoyar la masa muscular, la función física y el patrón metabólico (3). La actividad física puede ocurrir en forma de actividades diarias habituales, así como en forma de ejercicio aeróbico, entrenamiento de resistencia (4) y con técnicas para aumentar la masa muscular y/o la fuerza muscular. El ejercicio de resistencia individualizado además del ejercicio aeróbico ayuda a mantener la fuerza y la masa muscular. (3).

Las intervenciones en el tratamiento de la desnutrición incluyen nutrición médica, asesoramiento nutricional, ejercicio y control de los síntomas de impacto nutricional (NIS) (3, 4, 18). El tratamiento de la caquexia por cáncer requiere un tratamiento integral con un enfoque multidisciplinar y multiobjetivo dirigido a evaluar los signos objetivos y aliviar los síntomas (12).

Apoyo nutricional

Las personas con cáncer deben recibir un asesoramiento adecuado sobre nutrición que sea coherente y esté probado (57). El objetivo del apoyo nutricional es asegurar una ingesta adecuada de nutrientes al permitir que la persona con cáncer coma alimentos normales, disfrute comiendo y participe en las comidas con otras personas como un componente de su vida social normal (3).

Los principales enfoques de intervención nutricional que se utilizan con las personas afectadas por el cáncer incluyen el asesoramiento nutricional (NC por sus siglas en inglés) por parte de un nutricionista u otro profesional de la salud debidamente capacitado, como enfermeras/os; nutrición médica: suplementos de nutrición oral (SNO); nutrición enteral (NE) y nutrición parenteral (NP). Los Suplementos Nutricionales Orales (SNO) son líquidos, semisólidos o polvos estériles, que aportan macro y micronutrientes. Los profesionales de la enfermería tienen contacto frecuente y regular con los pacientes y, a menudo, realizan la identificación del estado nutricional inicial, brindan asesoramiento general, derivan a un oncólogo o nutricionista y ayudan a implementar y respaldar las recomendaciones médicas y nutricionales (58). Éstos también están en una buena posición para identificar a las personas que necesitan ayuda para comer. Las enfermeras/os y otros profesionales de la salud también deben ser sensibles a las diferencias individuales y culturales, comprender los factores económicos y sociales y proporcionar al paciente información más específica sobre qué comer en cada etapa del tratamiento (25).

La primera forma de apoyo nutricional debería ser el asesoramiento nutricional para ayudar a controlar los síntomas y fomentar la ingesta de alimentos y líquidos enriquecidos mejor tolerados (3). Se ha demostrado que tanto el uso de suplementos nutricionales orales como el asesoramiento dietético mejoran el apetito y los resultados nutricionales de los pacientes que se someten a tratamientos contra el cáncer (34). Cuando el apetito mejora, la ingesta de energía y proteínas o las porciones de comida aumentan, lo que conduce a una mejora o estabilización del peso. En el tratamiento de la desnutrición en personas con cáncer, la ingesta insuficiente de proteínas es una característica clave. En pacientes con cáncer con CACS se puede recomendar los SNO para mejorar la calidad de vida, la ingesta nutricional y otros aspectos de la experiencia de dicho síndrome (33).

El apoyo nutricional en los pacientes con caquexia que pueden comer debe basarse en el asesoramiento dietético, en la orientación sobre la elección de alimentos ricos en energía y proteínas, alimentos enriquecedores (por ejemplo, mediante la adición de grasas/aceites, proteína en polvo) y el uso de suplementos nutricionales orales. (12). Es probable que el apoyo nutricional, en particular con suplementos de inmunonutrición, reduzca las complicaciones infecciosas, la morbilidad y la duración de la estancia hospitalaria sin influir en la mortalidad. La inmunonutrición se refiere a la modulación de la actividad del sistema inmunológico, o la modulación de las consecuencias de la activación del sistema inmunológico, por una serie de nutrientes o alimentos específicos. Puede ser una opción segura y preferida para los pacientes con cáncer con buena nutrición que se someten a una cirugía oncológica (6).

Las indicaciones recientes recomiendan un rango más alto de proteínas (1 a 1,5 g por kg/día) porque esto tiene efectos potencialmente beneficiosos para la tolerancia y la eficacia del tratamiento (3, 22). También se debe tener en cuenta la necesidad de la hidratación. Los líquidos pueden y deben tomarse entre comidas para prevenir la deshidratación. (59.) Se supone que el gasto energético total (GET) de los pacientes con cáncer, si no se mide individualmente, es similar al de los sujetos sanos y, por lo general, oscila entre 25 y 30 kcal por kg/día. En pacientes que pierden peso y tienen resistencia a la insulina, se recomienda aumentar la proporción de energía de las grasas a la energía de los carbohidratos. Esto tiene como objetivo aumentar la densidad energética de la dieta y reducir la carga glucémica (3).

Por el momento, la evidencia aún no es lo suficientemente sólida como para decir si los nutrientes específicos pueden proporcionar beneficios adicionales a la atención nutricional estándar. Se ha demostrado que los ácidos grasos omega-3 ejercen menos estímulos inflamatorios en comparación con los ácidos grasos omega-6, lo que potencialmente mejora el potencial anabólico del cuidado de la nutrición. Los SNO enriquecidos con omega-3 aumentan significativamente el peso corporal de los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia (35). Además, se ha demostrado que también mejoran la función muscular en pacientes con cáncer de pulmón que reciben quimioterapia (36) y también pueden tener un efecto positivo en la supervivencia (37). ESPEN (3) recomienda que las vitaminas y minerales se suministren en cantidades aproximadamente iguales a la cantidad diaria recomendada y desaconseja el uso de micronutrientes en dosis altas. La deficiencia de vitamina D podría ser relevante para optimizar la efectividad de los suplementos proteicos (22), pero se necesita más investigación en esta área emergente de apoyo nutricional.

Nutrición artificial

La nutrición artificial es apropiada si los pacientes no pueden comer adecuadamente. La elección entre nutrición enteral (NE) y parenteral (NP) se basa en si la nutrición enteral es factible y tolerada. La decisión también se basa según el lugar y la extensión del tumor, las complicaciones, el plan de tratamiento y la intención, el pronóstico, el estado físico general de los pacientes, la edad y la duración del apoyo nutricional (22). Se pueden combinar rutas de alimentación separadas para obtener efectos óptimos (12). Es importante involucrar a la persona con cáncer y al equipo multidisciplinario en la toma de decisiones. Es necesario reconocer las preferencias de los pacientes sobre el tipo de nutrición (25, 12). Es necesario reconocer el riesgo del síndrome de realimentación cuando se prescribe al paciente la nutrición artificial (Recuadro 6).

La NE se prefiere para las personas con cáncer cuando la ingesta oral es inadecuada o cuando ya están desnutridas; siempre que su tracto gastrointestinal sea funcional (3). La nutrición enteral por sonda está indicada en casos de disfagia grave y aporte energético inadecuado. Ésta debe ofrecerse a los pacientes que padecen caquexia solo si el tracto gastrointestinal inferior está funcionando; de lo contrario, la NP debe ser el método de elección (12). Los pacientes parecen preferir una sonda de gastrostomía (como una gastrostomía endoscópica percutánea - GEP) a las sondas nasogástricas (NG) siempre que sea posible. En pacientes de alto riesgo, la alimentación por sonda profiláctica puede mantener el estado nutricional y evitar

la interrupción del tratamiento (3). Si el paciente requiere >4 semanas de nutrición enteral, se recomienda una GEP en lugar de una NG. Para los pacientes que requieren una nutrición por sonda, se recomienda el cribado regular para la disfagia y su gestión junto con el estímulo y la formación de los pacientes sobre cómo mantener su función de deglución (3).

La nutrición parenteral debe ser proporcionada por un equipo de expertos y adaptada a los requisitos individuales del paciente (3, 12). *Cuando la nutrición oral sigue siendo inadecuada a pesar del asesoramiento, los suplementos nutricionales orales y la nutrición enteral, la nutrición parenteral puede ser necesaria.*

Los criterios propuestos para el incremento de las medidas nutricionales son:

- 1) se prevé una ingesta inadecuada de alimentos (<50% de lo necesario) durante más de 10 días debido a cirugía o quimioterapia (TC) / radioterapia (RT);
- 2) la ingesta de alimentos es menos del 50% de lo requerido durante más de una a dos semanas;
- 3) Se prevé que los pacientes desnutridos no podrán comer / absorber la cantidad adecuada de nutrientes durante un período prolongado, debido a los tratamientos, y
- 4) la propia masa tumoral altera la ingesta oral y la progresión de los alimentos a través del tracto gastrointestinal superior (22).

Recuadro 6. Prevención del síndrome de realimentación

Si la ingesta oral se ha reducido considerablemente durante un período prolongado de tiempo, es necesario aumentar la nutrición lentamente durante varios días y tomar precauciones adicionales para prevenir un síndrome de realimentación.⁽³⁸⁾

Gestión de los síntomas de impacto nutricional (SIN)

La identificación de los síntomas relacionados con la nutrición, especialmente en un estadio temprano del cáncer, facilita la prevención proactiva de la desnutrición (28), promueve la recuperación y la calidad de vida y mejora el pronóstico (3). Es importante asegurarse de que todos los pacientes con cáncer tengan acceso a asesoramiento nutricional. Los profesionales de la enfermería oncológica se encuentran en una excelente posición para brindar apoyo e información personalizada a las personas con cáncer sobre cómo gestionar las dificultades relacionadas con la nutrición en su vida cotidiana.

Las personas con cáncer pueden desarrollar efectos secundarios y toxicidades relacionadas con el tratamiento que tienen un efecto negativo en su capacidad para comer. Por lo tanto, las intervenciones deben tener como objetivo minimizar los efectos secundarios relacionados con los tratamientos y encontrar estrategias para mejorar la ingesta de alimentos (25). Los efectos secundarios comunes pueden aliviarse mediante intervenciones de enfermería específicas que incluyen asesoramiento nutricional, asesoramiento sobre el autocuidado, como el cuidado de la boca, el apoyo psicosocial, la formación y el *coaching* (12).

Comer bien antes, durante y después del tratamiento puede ayudar a las personas con cáncer a sentirse mejor, mantenerse más fuertes y aliviar los síntomas de los efectos secundarios de los tratamientos. Los efectos adversos específicos del tratamiento incluyen anorexia, saciedad precoz, náuseas y mucositis / esofagitis. En la Tabla 4 y la Figura 3, se proporcionan consejos sobre estrategias y alimentos específicos para controlar los síntomas que los pacientes encuentran con frecuencia durante el tratamiento. El objetivo general es ayudar al paciente a controlar sus síntomas y garantizar que se cumplan los objetivos calóricos y proteicos (39).

Tabla 1: Causas y estrategias de gestión de los Síntomas de Impacto Nutricional (SIN) en el cáncer ^(12, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47)

SIN	Causas	Tratamiento médico	Estrategias nutricionales
Intervenciones de enfermería: ● Apoyar y brindar consejos sobre cómo facilitar la alimentación para evitar que comer se convierta en un factor angustiante. ● Ayudar en la ingesta de alimentos cuando sea necesario y para apoyar y asesorar sobre el cuidado de la boca. ● Valorar y controlar el dolor y los efectos secundarios gastrointestinales de los tratamientos. ● Brindar asesoramiento nutricional, formación al paciente y apoyo psicosocial a las personas con cáncer y sus cuidadores.			
Pérdida del apetito (anorexia) Saciedad precoz	Numerosos tratamientos sistémicos contra el cáncer (SACT por sus siglas en inglés) Radioterapia (RT) Náuseas Estreñimiento Ansiedad Caquexia por cáncer Fase terminal de la enfermedad	Medicamentos: Corticosteroides Progestinas (acetato de megestrol y acetato de medroxiprogesterona) Náuseas: antiemético Estreñimiento: laxantes SNO (Suplemento de nutrición oral [médico])	Consumir comidas pequeñas y con frecuencia que contengan alimentos y líquidos ricos en energía y proteínas. Comer cantidades pequeñas con regularidad y no depender de las señales de hambre. Maximizar la ingesta cuando haya más hambre Consumir líquidos entre comidas y no con las comidas. Comer despacio y masticar bien Apoyo nutricional oral y con los SNO apropiados (Suplemento nutricional oral [médico])
Náuseas y vómitos (NyV)	SACT RT Estreñimiento Post cirugía Ansiedad Obstrucción intestinal subaguda o aguda	Antieméticos Tratamiento de la causa, p. ej. laxantes, alteraciones de la medicación (horario, tipo y dosis), obstrucción intestinal Planificar las comidas con los medicamentos para las náuseas (cuando el efecto sea mayor) Cuidado bucal tópico	Se aconseja lo mismo que en el anterior punto Limitar la exposición a los olores de los alimentos Elección de alimentos frescos o a temperatura ambiente para minimizar el olor. Evitar cualquier alimento que provoque dichos síntomas

SIN	Causas	Tratamiento médico	Estrategias nutricionales
Cambios en el gusto y el sabor: se pueden describir como "acartonados", "metálicos", sin sabor, incremento de la sensibilidad.	Muy común debido a los SACT RT (especialmente pacientes con RT de cabeza y cuello)	Limitado	Agregar más o menos sabor a la comida Concentrarse en los sabores más fáciles de comer (pueden ser suaves, dulces, agrios) Ofrecer diferentes sabores de los SNO Uso de cubiertos de plástico para reducir los sabores metálicos Elegir alimentos con diferentes texturas
Mucositis (inflamación / ulceración en el sistema gastrointestinal, infecciones por mucositis por Candida)	SACT/RT La boca seca también puede provocar mucositis oral	Cesación tabáquica (dejar de fumar) para los fumadores Control de la glucosa en sangre y tratamiento adecuado. Cuidado bucal tópico Recubrimiento tópico Tratamiento anti-hongos Analgésicos si es necesario SNO NE (nutrición enteral) o NP (nutrición parenteral) en casos extremos	Elegir alimentos blandos, frescos o a temperatura ambiente. Modificar la textura de los alimentos Hidratación adecuada Evitar los alimentos picantes y ácidos, así como los alimentos crujientes o difíciles de masticar. Incorporar más líquido agregando salsas o jugos de carne Apoyo en la nutricional oral y elección de los SNO apropiados
Disfagia	RT El cáncer en sí Fase terminal de la enfermedad	Valoración y tratamiento adecuados del dolor Necesidad de una valoración de la atención de la disfagia: Dilatación esofágica Stent esofágico Remitir a un logopeda	Cambiar la textura de los alimentos Polvo espesante líquido Apoyo nutricional oral y prescripción adecuada de los SNO NE - profiláctica / reactiva NP en casos extremos

SIN	Causas	Tratamiento médico	Estrategias nutricionales
Estreñimiento	Analgesia a base de opiáceos Un antagonista específico del receptor 5HT₃ como el ondansetrón puede causar estreñimiento (41) Alguna quimioterapia (por ejemplo, alcaloides de vinca) Enfermedad peritoneal	Laxantes / ablandadores de heces	Aumentar la fibra (introducción gradual) Hidratación adecuada (Optimizar la actividad física)
Diarrea	SACT RT pélvica / abdominal Colitis inducida por inmunoterapia Malabsorción (esteatorrea) Diarrea por ácidos biliares (DAB) Carga fecal con desbordamiento Condición existente - EII / SII Infección (neutropenia)	Medicamentos: Antidiarreico (por ejemplo, loperamida, fosfato de codeína) Corticosteroides Terapia de reemplazo de enzimas pancreáticas (TREP), (las enzimas pancreáticas son productos médicos) Secuestrante de ácidos biliares (grupo de resinas utilizadas para unir ciertos componentes de la bilis en el tracto gastrointestinal, p.o.) Otros: Reducción de la dosis en los SACT / RT Antibióticos en caso de infección intestinal Si existe colitis inducida por inmunoterapia, consulte las directrices del MDT (42)	Optimización de medicamentos / secuestrante de ácidos biliares / optimización y sincronización de la TREP Las dietas bajas en fibra no están indicadas en la mayoría de los casos, incluida la RT pélvica. Manipulación de la fibra alimentaria, p. ej. aumentar los alimentos con fibra soluble Apoyo si existe un diagnóstico previo de EII / SII Dietario Probar dieta baja en lactosa (generalmente transitoria) Hidratación adecuada / bebidas isotónicas (si está indicado) Limitar los alimentos desencadenantes: cafeína, alcohol, sorbitol Dieta baja en grasas si está indicada y es apropiada para la DAB

SIN	Causas	Tratamiento médico	Estrategias nutricionales
Hiper glucemia	Diabetes incontrolada Diabetes no diagnosticada Hiper glucemia / diabetes inducida por esteroides SACT, inhibidores de la tirosina quinasa (TKI)	Medicamentos hipoglucemiantes apropiados	La "dieta para diabéticos" tradicional generalmente no es apropiada en estos casos El conocimiento de los carbohidratos puede ayudar Orientación adecuada sobre el manejo de la hipoglucemia en caso de riesgo Formación y derivación a un especialista cuando sea necesario
Dolor	Ubicación de la enfermedad Cirugía RT Estreñimiento	Analgesia adecuada Tratar la causa	Valorar el dolor y administrar analgésicos antes de las comidas si el paciente siente dolor al comer/beber El dolor en sí puede causar anorexia, por lo que tranquilizar al paciente con un control adecuado del dolor puede mejorar la ingesta.
Depresión o ansiedad	Diagnóstico Tratamientos Enfermedad progresiva Condición previamente existente	Medicamentos Terapia apropiada	Metas de nutrición realistas Cuidados personales a través de la comida y la bebida. Optimizar la ingesta nutricional para satisfacer las necesidades específicas de cada persona

Los profesionales de la enfermería oncológica de primera línea, que participan directamente en la atención al paciente, tienen la gran oportunidad de brindar consejos prácticos sobre nutrición. A menudo, esto puede ser suficiente para mejorar el apetito, el estado nutricional y prevenir la desnutrición en personas con cáncer (Figura 3). A través del apoyo y la formación, estos pueden tener un gran impacto en el autocuidado del paciente en cuanto a su nutrición.

Figura 3. Consejos prácticos de apoyo a la ingesta oral ⁽⁴⁷⁾

Ideas para aumentar la ingesta oral (energía y proteínas)

Si va a comer ... verduras, puré de patatas, judías o salsas Añada... • Aceite • Leche entera o enriquecida • Alimento untable a base de aceite • Queso • Huevo (hervido o añadido al hacer salsas saladas)	Si va a comer... ensaladas Añada... • Rodajas de aguacate, nueces, semillas y legumbres • Aliño a base de aceite • Pescado azul, carnes magras cocidas o aves • Hummus • Patatas tempranas • Huevo cocido • Una porción de pan (idealmente integral) con un alimento untable	Si va a comer... bocadillos, tostadas o galletas saladas Añada... • Una capa gruesa de queso crema, requesón, mantequilla de nueces o hummus • Un relleno de aguacate en rodajas y atún o pollo.	Si va a comer... guisos, platos de carne o sopas Añada... • Lentejas o judías • Arroz, fideos o pasta (idealmente integrales) • Más carnes magras, pescados o alternativas a la carne como el tofu • Más aceite al cocinar • Yogur griego o crème fraiche antes de servir • Una porción de pan (idealmente integral) o patatas con un alimento untable
Si va a comer... un tentempié • Nueces y semillas • Pan de frutas con una crema para untar • Tostada integral con mantequilla de nueces y rodajas de plátano • Yogur natural con semillas y / o frutos secos • Granola • Barras de nueces • Palitos de verduras o pan de pita integral con hummus o guacamole • Un bocadillo o bagel abierto con huevos revueltos, atún o salmón	Si va a comer... pudines o cereales para el desayuno Añada... • Nueces o semillas • Frutos secos • Plátanos • Leche entera o enriquecida • Yogur griego o natural		

Supervivientes de cáncer

Los problemas nutricionales relacionados con el cáncer pueden tener resultados clínicos a largo plazo. El cáncer a menudo se asocia con la pérdida de peso, sin embargo, hay un número creciente de pacientes que comienzan el tratamiento del cáncer y que tienen sobrepeso o presentan obesidad (5). Es importante señalar que la desnutrición puede ocurrir con cualquier peso y, a menudo, no se percibe hasta que es más evidente en individuos de mayor peso (10).

La obesidad, que es muy prevalente en algunos pacientes y supervivientes de cáncer, también puede afectar los resultados clínicos durante el tratamiento al enmascarar la desnutrición y puede ser un factor de riesgo para la recurrencia del cáncer y puede suponer una supervivencia más precaria en algunos cánceres (39). Sin embargo, las personas con sobrepeso a menudo se diagnostican más tarde cuando su cáncer se ha desarrollado, por lo que se necesitan más investigaciones sobre la relación entre el peso y los resultados del cáncer.

Por lo tanto, es importante identificar a aquellos pacientes que pueden tener dificultades con respecto al aumento de peso y las comorbilidades relacionadas con la obesidad y que ya se encuentran en la fase de tratamiento. El *coaching* en relación a los estilos de vida (como una dieta saludable) debe, entonces, comenzar lo más pronto posible (10).

Aspectos destacados de la práctica de enfermería oncológica: principios del tratamiento de la desnutrición

- Las principales intervenciones incluyen nutrición médica (SON, NE, NP), asesoramiento nutricional, ejercicio y control de los síntomas de impacto nutricional (SIN).
 - Los efectos secundarios más comunes causados por el tratamiento pueden aliviarse mediante intervenciones de enfermería específicas, incluidas las intervenciones no farmacológicas, el apoyo psicosocial, la formación y el asesoramiento del paciente.
 - Se recomienda la nutrición oral por delante de la enteral y la enteral sobre la parenteral.
 - Se prefiere la nutrición enteral para las personas con cáncer, si su tracto gastrointestinal es funcional. Sin embargo, la nutrición parenteral puede ser necesaria si la nutrición oral sigue siendo inadecuada a pesar del asesoramiento, los suplementos nutricionales orales y la nutrición enteral.
 - La orientación continua centrada en la persona sigue siendo un elemento importante de la práctica de enfermería cuando se brinda apoyo a las personas después del tratamiento del cáncer.
-
- Utilizar un enfoque de enfermería que pueda respaldar de manera proactiva las necesidades nutricionales de los pacientes durante todo el proceso de atención del cáncer.
 - Asegurarse de conocer el historial del paciente; por ejemplo, si sufre de diabetes u otras comorbilidades que puedan tener un impacto y necesitan ser reconocidas en el plan de cuidados.
 - Observar los hábitos nutricionales del paciente antes y durante el tratamiento y el cáncer.
 - Reconocer cómo se sienten los pacientes, física y emocionalmente, porque esto puede afectar su alimentación, su estado nutricional y el desarrollo de su desnutrición.
 - Si existen problemas, pensar cuáles podrían ser las causas, apoyar la implicación del paciente, buscar soluciones junto con el paciente y motivarlo a que se cuide.
 - Crear un plan junto con el paciente y el MDT.
 - Ayudar al paciente en las comidas cuando sea necesario.
 - Asesorar al paciente sobre cómo mejorar la ingesta de líquidos.
 - Incluir asesoramiento nutricional en la formación post-hospitalaria, colaborar con los proveedores de servicios de atención primaria y comunitaria y derivar a los servicios sociales y la atención domiciliaria (es decir, comidas en el hogar) cuando sea necesario.
 - Brindar apoyo e información personalizada sobre cómo gestionar las dificultades relacionadas con la nutrición en la vida cotidiana de los pacientes
 - Apoyar y motivar a los pacientes para que sean físicamente activos.

VI Recomendaciones nutricionales para ayudar a las personas con cáncer, en tratamiento y post-tratamiento, a comer bien

Como se ha mencionado, es necesario un asesoramiento, formación y orientación nutricional apropiados y efectivos durante todo el proceso del cáncer (39). Si bien la desnutrición durante los tratamientos contra el cáncer es común, muchos pacientes toleran bien el tratamiento y pueden comer "normal". Para otros, la desnutrición se puede prevenir o tratar. Las personas con cáncer pueden necesitar asesoramiento y apoyo para comer bien.

Las estrategias nutricionales y las dietas que potencialmente permiten una mejor gestión del cáncer han sido ampliamente investigadas. Sin embargo, pocos investigadores han llegado a resultados concluyentes (22). Ser diagnosticado con cáncer puede llevar a un paciente individual a hacer cambios en la dieta, a menudo llamado "momento de aprendizaje" (48). Hoy en día, existen muchas dietas populares en las que las personas que viven con cáncer podrían estar interesadas, como la dieta cetogénica isocalórica (49). Si bien se han publicado algunos resultados prometedores (49), en general, estas dietas no presentan evidencias ni beneficios claros, con riesgos como la desnutrición y posibles retrasos en el tratamiento. Por lo tanto, los profesionales de la salud deben conocer la evidencia mixta sobre la efectividad, tolerabilidad y seguridad de las dietas cetogénicas y otras dietas restrictivas (49, 50). Además, los profesionales de la enfermería oncológica deben derivar a los pacientes que deseen probarlos a nutricionistas especialistas en oncología para su seguimiento y asesoramiento especializados.

Supervivientes de cáncer

Después del tratamiento y durante toda la supervivencia, las personas que viven con cáncer o lo han superado corren el riesgo de no seguir las pautas nutricionales nacionales para los supervivientes de cáncer, lo que puede afectar la recurrencia y la supervivencia (39). Las iniciativas de promoción de la salud destinadas a mejorar el bienestar de las personas que han sobrevivido al cáncer son ahora esenciales para disminuir las comorbilidades y mejorar la calidad de vida (CdV). Por lo tanto, las recomendaciones nutricionales deben incluir una orientación sobre una alimentación saludable para las personas que han sobrevivido al cáncer (10). Además, se debe prestar especial atención al asesoramiento nutricional a largo plazo en reconocimiento de la eficacia mejorada del tratamiento del cáncer y la naturaleza crónica de la afección (9). Existe un interés creciente en el potencial de los factores del estilo de vida, como la calidad de la dieta, como una forma de reducir los efectos tardíos y a largo plazo del cáncer y sus tratamientos (48). Sin embargo, todavía se carece de pruebas sólidas sobre dietas específicas.

Los supervivientes de cáncer no solo tienen un mayor riesgo de neoplasias malignas secundarias, sino también una mayor incidencia de comorbilidades en comparación con la población general. Hasta la fecha, se ha encontrado poca o ninguna diferencia entre la intervención dietética y el riesgo de mortalidad o neoplasias malignas secundarias. Por lo tanto, al promover comportamientos de estilo de vida, es difícil desentrañar las contribuciones de los componentes individuales a la salud y el bienestar en general y se necesitan más investigaciones (10).

Aquellos que han sobrevivido al cáncer podrían beneficiarse potencialmente si modifican su comportamiento siguiendo las recomendaciones para la prevención del cáncer. ESPEN, WCRF y el Código Europeo contra el Cáncer proponen recomendaciones similares que incluyen aumentar la fibra, una dieta a base de plantas, evitar las carnes procesadas y comer menos carne roja, limitar las bebidas azucaradas (10).

Las directrices de ESPEN recomiendan

- Actividad física regular,
- Mantener un peso saludable (IMC 18,5-25 kg / m²),
- Un estilo de vida saludable con una dieta a base de verduras, frutas y cereales integrales y baja en grasas saturadas, carnes rojas y alcohol.

Algunos puntos clave relacionados con la nutrición y la dieta para los sobrevivientes de cáncer:

Tomar medidas para mantener un peso corporal saludable: Permanecer físicamente activo y llevar una dieta saludable.

Dieta saludable: Incluir muchos cereales integrales, legumbres, verduras y frutas. Limitar los alimentos altos en calorías (alimentos con alto contenido de azúcar o grasa) y evitar las bebidas azucaradas. Evitar la carne procesada, limitar las carnes rojas y los alimentos con alto contenido de sal.

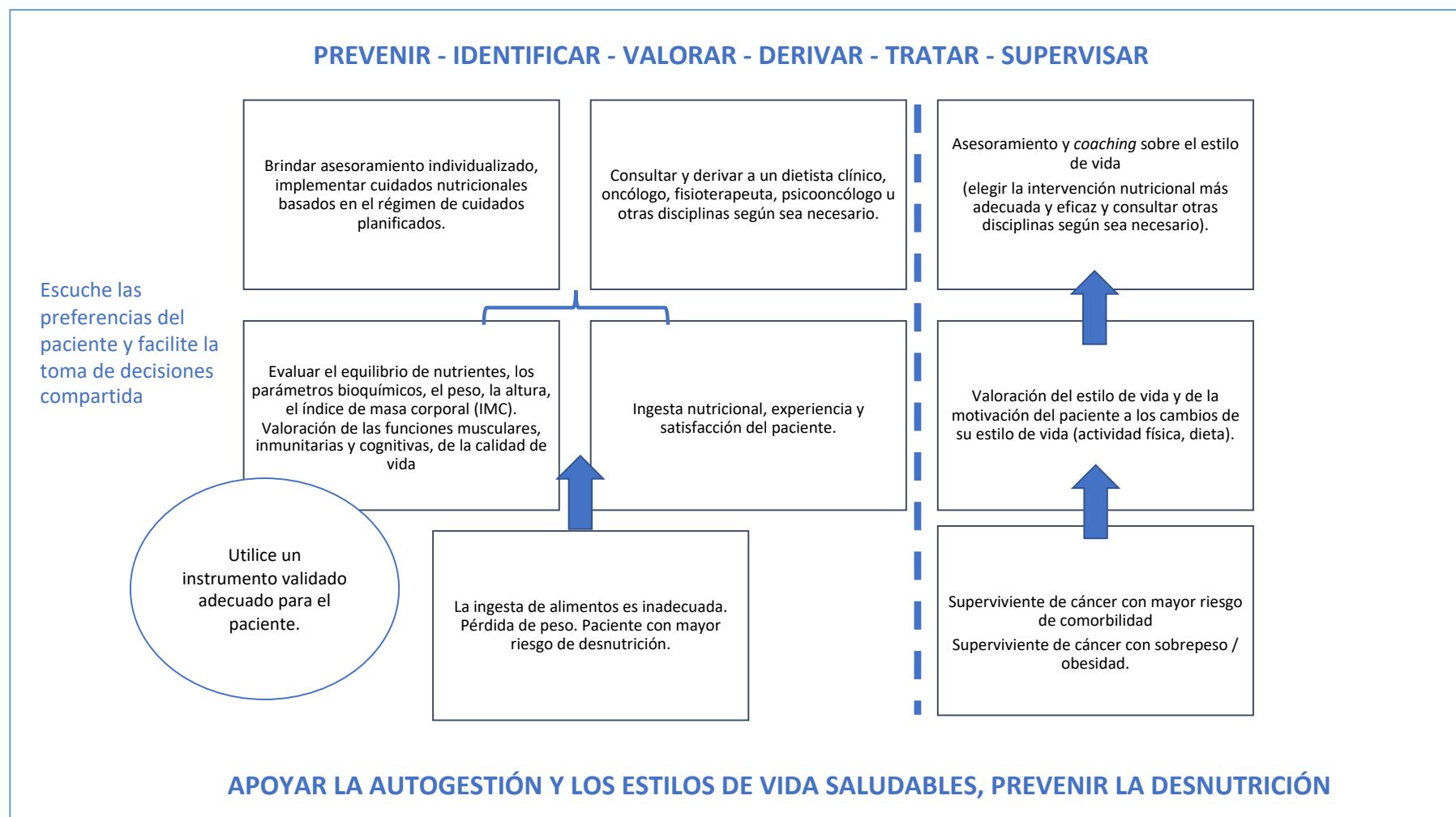
Si se bebe alcohol de cualquier tipo, limitar su ingesta. No beber alcohol es mejor para prevenir el cáncer

Muchos supervivientes de cáncer corren un alto riesgo de padecer otras afecciones crónicas (10) como enfermedades cardíacas, por lo que las recomendaciones sobre las cantidades y tipos de grasas, proteínas y carbohidratos para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular también son apropiadas para los supervivientes de cáncer, especialmente si están en o por encima de su peso corporal recomendado (51). Los supervivientes de cáncer deben mantener una dieta saludable caracterizada por una alta ingesta de frutas, verduras, legumbres, nueces y semillas y evitar las comidas procesadas (51). Los suplementos nutricionales solo deben considerarse en caso de deficiencia de nutrientes (52). Se debe animar a los supervivientes de cáncer a incluir alimentos ricos en ácidos grasos omega-3 en la dieta, ya que esto se asocia con un menor riesgo de enfermedades cardiovasculares y una menor tasa de mortalidad general. Las mejores opciones para los requerimientos de proteínas son los alimentos bajos en grasas saturadas y los alimentos ricos en nutrientes esenciales, fitoquímicos y fibra como verduras, frutas, cereales integrales y legumbres que deben constituir la mayor parte de los carbohidratos en la dieta (51). Si una persona tiene consecuencias del tratamiento del cáncer que podrían contribuir a ciertas dificultades para implementar estos cambios (como la formación de un estoma), podrían beneficiarse de la derivación a un nutricionista.

Aspectos destacados para la práctica de enfermería oncológica: recomendaciones nutricionales para personas con cáncer, en tratamiento y post-tratamiento para comer bien

- Los supervivientes de cáncer deben mantener una dieta saludable caracterizada por una alta ingesta de frutas, verduras, legumbres, nueces y semillas y evitar las comidas procesadas y rápidas.
- Reconocer que muchos pacientes toleran bien el tratamiento y pueden comer "normal".
- Cambiar el estilo de vida no es fácil y puede presionar al paciente.
- Educar al paciente junto con el nutricionista con respecto a sus hábitos y encontrar cuáles son los objetivos alcanzables para el paciente.
- Brindar a las personas con cáncer consejos y apoyo para comer bien durante los tratamientos.
- Aconsejar a las personas que han sobrevivido al cáncer que sigan las recomendaciones generales para la prevención del cáncer, como las del Código Europeo contra el Cáncer.

Figura 4. Marco de la práctica de enfermería en nutrición de personas con cáncer



Notas

[illegible]

Más información

Recomendaciones de la Sociedad Americana Contra el Cáncer para una nutrición saludable

<https://www.cancer.org/healthy/eat-healthy-get-active/acs-guidelines-nutrition-physical-activity-cancer-prevention/guidelines.html>

Caquexia por cáncer en pacientes adultos: Guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Oncología Médica

[https://www.esmoopen.com/article/S2059-7029\(21\)00049-1/fulltext](https://www.esmoopen.com/article/S2059-7029(21)00049-1/fulltext)

Directrices ESPEN sobre nutrición en pacientes con cáncer

<https://www.espen.info/wp/wordpress/wp-content/uploads/2016/11/ESPEN-cancer-guidelines-2016-final-published.pdf>

Código europeo contra el cáncer

<https://www.europeancancerleagues.org/cancer-prevention-the-european-code-against-cancer/>

Macmillan - Apoyo contra el cáncer

<https://www.macmillan.org.uk>

Fondo Mundial para la Investigación contra el Cáncer

<https://www.wcrf.org> / <https://www.wcrf-uk.org/uk/here-help/eat-well-during-cancer/common-cancer-side-effects>

Fondo Mundial para la Investigación contra el Cáncer

<https://www.wcrf-uk.org/uk/preventing-cancer/cancer-prevention-recommendations>

Abreviaturas

DAB	Diarrea por ácidos biliares
IMC	Índice de masa corporal
CACS	Síndrome de caquexia-anorexia por cáncer
EFAD	Federación Europea de Asociaciones de Dietistas
NE	Nutrición Enteral
EONS	Sociedad Europea de Enfermería Oncológica
ESPEN	Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo
GLIM	Iniciativa de Liderazgo Global sobre Desnutrición
MDT	Equipo multidisciplinario
MNA	Mini Nutritional Assessment (Mini evaluación nutricional)
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool (Herramienta universal de detección de desnutrición)
SIN	Síntomas de Impacto Nutricional
NRS-2002	Nutritional Risk Screening (Identificación del riesgo nutricional)
SON	Suplementos Nutricionales Orales (Líquidos o polvos listos para beber que se pueden preparar como bebidas. Se utilizan con mayor frecuencia como complemento a los alimentos normales).
TREP	Terapia de reemplazo de enzimas pancreáticas
PG-SGA	Patient-Generated Subjective Global Assessment (Valoración global subjetiva generada por el paciente)
NP	Nutrición Parenteral
CdV	Calidad de Vida
GER	Gasto Energético en Reposo (REE)
RT	Radioterapia
SACT	Systemic AntiCancer Treatments (Tratamientos anticancerígenos sistémicos)
SNAQ	Short Nutritional Assessment Questionnaire (Cuestionario de Evaluación Nutricional Simplificado)

Fuentes

1. Muscaritoli M, et al. Prevalence of malnutrition in patients at first medical oncology visit: the PreMiO study. *Oncotarget* 2017;8:79884–79896.
2. Righini CA, et al. Assessment of nutritional status at the time of diagnosis in patients treated for head and neck cancer. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2013;130(1):8–14.
3. Muscaritoli et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clin Nutr* 2021; 5, 2898–2913.
4. Arends J, et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. *Clin Nutr* 2017;36:1187–1196.
5. Baracos VE. Cancer-associated malnutrition. *Eur. J. Clin. Nutr* 2018;72:1255–1259.
6. Zhang X, et al. Effects of nutritional support on the clinical outcomes of well-nourished patients with cancer: a meta-analysis. *Eur J Clin Nutr* 2020;13:1389–1400.
7. Tu MY, et al. Effects of an intervention on nutrition consultation for cancer patients. *Eur J Cancer Care* 2013;22: 370–376.
8. Lee JLC, et al. Nutrition intervention approaches to reduce malnutrition in oncology patients: a systematic review. *Support Care Cancer* 2016;24:469–480.
9. Witham G. Nutrition and cancer: issues related to treatment and survivorship. *Br J Community Nurs* 2013;Suppl Nutrition 20:20–24.
10. Burden S, et al. Dietary interventions for adult cancer survivors. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;11,CD011287.
11. Sierpina V, et al. Nutrition, metabolism, and integrative approaches in cancer survivors. *Semin Oncol Nurs* 2015;32: 42–52.
12. Campbell P, et al. Recognizing European cancer nursing: Protocol for a systematic review and meta-analysis of the evidence of effectiveness and value of cancer nursing. *J Adv Nurs* 2017;73:3244–3253.
13. van Veen MR, et al. Improving Oncology Nurses' Knowledge About Nutrition and Physical Activity for Cancer Survivors. *Oncol Nurs Forum* 2017;44:488–496.
14. Cederholm T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr* 2019;38:1–9.
15. Tarricone R, et al. Impact of cancer anorexia-cachexia syndrome on health-related quality of life and resource utilisation: A systematic review. *Crit Rev Oncol Hematol* 2016;99:49 – 62.
16. Cruz-Jentoft AJ, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing* 2018;48:16–32.
17. Granda-Cameron C, et al. Clinical Framework for Quality Improvement of Cancer Cachexia. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2018;5:369–376.
18. Muscaritoli M, et al. Consensus definition of sarcopenia, cachexia and pre-cachexia: joint document elaborated by Special Interest Groups (SIG) “cachexia-anorexia in chronic wasting diseases” and “nutrition in geriatrics”. *Clin Nutr* 2010;29:154–159.
19. Van Cutsem E, et al. The causes and consequences of cancer-associated malnutrition. *Eur J Oncol Nurs* 2005;9(Suppl 2):51–63.
20. Santarpia L, et al. Nutritional screening and early treatment of malnutrition in cancer patients. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2011;2:27–35.
21. Ravasco P. Nutrition in Cancer Patients. *J Clin Med* 2019;8:1211.
22. Zhang X, et al. Malnutrition and overall survival in older adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *J Geriatr Oncol* 2019;10:874–883.
23. Isenring E, et al. Updated evidence-based practice guidelines for the nutritional management of patients receiving radiation therapy and/or chemotherapy. *Nutr Diet* 2013;70:322–332.
24. Sean LC, et al. Effects of nutritional counselling on anthropometric measures in adult patients with cancer undergoing treatment and their perception and satisfaction level: a comprehensive systematic review. *JBI Libr Syst Rev* 2011;9:886–924.
25. Cederholm T, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr* 2017;36:49–64.
26. Sealy MJ, et al. Content validity across methods of malnutrition assessment in patients with cancer is limited. *J Clin Epidemiol* 2016;76:125–136.
27. Jager-Wittenaar H, et al. Assessing nutritional status in cancer: role of the Patient-Generated Subjective Global Assessment. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2017;20:322–329.
28. Bozzetti F, et al. The nutritional risk in oncology: a study of 1,453 cancer outpatients. *Support Care Cancer* 2012;20:1919–1928.
29. Gioulbasanis I, et al. Baseline nutritional evaluation in metastatic lung cancer patients: Mini Nutritional Assessment versus weight loss history. *Ann Oncol* 2011;22:835–845.
30. Boléo-Tomé C, et al. Teaching nutrition integration: MUST screening in cancer. *Oncologist* 2011;16:239–245.
31. Simcock R. Principles and guidance for prehabilitation within the management and support of people with cancer. In partnership with Acknowledgements. 2019. Disponible en https://cdn.macmillan.org.uk/dfsmedia/1a6f23537f7f4519bb0cf14c45b2a629/1532-source/prehabilitation-for-people-with-cancer-tcm9-353994?_ga=2.163223806.332547047.1614171838-1573269784.1614171838
32. Khanh-Dao Le L. Cancer Anorexia Cachexia Syndrome: Non-Pharmacological Management. Evidence Summary. The Joanna Briggs Institute EBP Database 2018;JBI@Ovid. 2019JBI21119.

33. Ukovic B, et al. Nutrition interventions to improve the appetite of adults undergoing cancer treatment: a systematic review. *Support Care Cancer* 2020;28:4575–4583.
34. de van der Schueren MAE, et al. 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;1,29:1141–1153.
35. Laviano A, et al. Targeted Medical Nutrition in Pre-Cachectic Patients with Non-Small-Cell Lung Cancer: A Subgroup Analysis. *Nutr Cancer* 2020;10:1–2.
36. Laviano A, et al. Safety and Tolerability of Targeted Medical Nutrition for Cachexia in Non-Small-Cell Lung Cancer: A Randomized, Double-Blind, Controlled Pilot Trial. *Nutr Cancer* 2020;72:439–450.
37. Mehanna HM, et al. Refeeding syndrome: what it is, and how to prevent and treat it. *BMJ* 2008;336(7659):1495-1498.
38. Greenlee H, et al. Helping Patients Eat Better During and Beyond Cancer Treatment: Continued Nutrition Management Throughout Care to Address Diet, Malnutrition, and Obesity in Cancer. *Cancer J* 2019;25:320–328.
39. Chang WP, et al. Does the Oral Administration of Ginger Reduce Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting? *Cancer Nurs* 2019;42:14–23.
40. Hug A. Oncology 2020. Available at <https://aymes.com/blogs/papers-and-articles/oncology>
41. Powell N, et al. British Society of Gastroenterology endorsed guidance for the management of immune checkpoint inhibitor-induced enterocolitis. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2020;5(7):679–697.
42. Rehwaldt M, et al. Self-care strategies to cope with taste changes after chemotherapy. *Oncol Nurs Forum* 2009;36:47-56.
43. Wedlake L, et al. Randomized controlled trial of dietary fiber for the prevention of radiation-induced gastrointestinal toxicity during pelvic radiotherapy. *Am J Clin Nutr* 2017;5:ajcn150565.
44. UKONS. Acute Oncology Initial Management Guidelines. 2020. Disponible en: https://www.ukons.org/site/assets/files/1134/oncology_haematology_24_hour_triage.pdf
45. Österlund P, et al. Lactose intolerance associated with adjuvant 5-fluorouracil-based chemotherapy for colorectal cancer. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004;2:696–703.
46. Hug, D. 2020. Nutritional care & dietetic recommendations. Presentación en el webinar de NutriCaNurse.
47. Beeken RJ, et al. What about diet? A qualitative study of cancer survivors' views on diet and cancer and their sources of information. *Eur J Cancer Care* 2016;25:774–783.
48. Erickson N, et al. Systematic review: isocaloric ketogenic dietary regimes for cancer patients. *Med Oncol* 2017;34:72.
49. Huebner J, et al. Counseling patients on cancer diets: a review of the literature and recommendations for clinical practice. *Anticancer Res* 2014;34(1):39-48.
50. Fong E. Cancer Survivor: Diet Composition. The Joanna Briggs Institute EBP Database 2019a;JBI@Ovid:JBI13265.
51. Fong E. Cancer Survivor: Dietary Supplements. The Joanna Briggs Institute EBP Database 2019b;JBI@Ovid:JBI13264.
52. Fearon K, et al. Understanding the mechanisms and treatment options in cancer cachexia. *Nat Rev Clin Oncol* 2013;10(2):90e9.
53. Donald M, Borthwick D Assessment and management of malnutrition in patients with lung cancer. *Cancer Nursing Practice* 2016;15(8):27-32.
54. DeNysschen C, Platek ME, Hemler D, Aronoff N, Zafron ML. Optimal Nutrition and Hydration Through the Surgical Treatment Trajectory. *Semin Oncol Nurs* 2017;33(1):61-73.
55. Coolbrandt A, et al. Characteristics and effectiveness of complex nursing interventions aimed at reducing symptom burden in adult patients treated with chemotherapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Nurs Stud* 2014;51(3):495-510.
56. Arends J, et al. Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. 2021; Aceptado para su publicación.
57. Murphy JL, et al. The provision of nutritional advice and care for cancer patients: a UK national survey of healthcare professionals. *Support Care Cancer* 2021;29(5):2435-2442.
58. Xu X, Parker D, Ferguson C, Hickman L. Where is the nurse in nutritional care? *Contemp Nurse* 2017;53(3):267-270.
59. Rock CL, et al. Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. *CA Cancer J Clin* 2012;62(4):243-74.
60. Kruizenga HM, et al. Development and validation of a hospital screening tool for malnutrition: the short nutritional assessment questionnaire (SNAQ). *Clin Nutr* 2005;24(1):75-82.



Esta guía forma parte del proyecto educativo NutriCaNurse de la Sociedad Europea de Enfermería Oncológica (European Oncology Nursing Society - EONS). El proyecto se ha llevado a cabo en colaboración con la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN) y la Federación Europea de Asociaciones de Dietistas (EFAD). El proyecto ha sido financiado por una beca educativa restringida de la Asociación de la Industria Internacional de Nutrición Médica (MNI por sus siglas en inglés).

