

Estado nutricional en pacientes que reciben quimioterapia en un hospital de Morelia, México.

Laura Patricia Gutiérrez Ortiz¹; Juan Carlos de la Cruz Castillo Pineda²; Benigno Figueroa Núñez³; Carlos Gómez Alonso⁴; Javier Ruiz García¹; María Teresa Zaragoza Punzo¹ y Alain R. Rodríguez-Orozco⁵.

1 MÉDICO FAMILIAR. MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO

2 MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA. MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO

3 MAESTRO EN CIENCIAS. MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

4 MATEMÁTICO. CENTRO DE INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS DE MICHOACÁN. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

5 DOCTOR EN CIENCIAS. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR. IGNACIO CHÁVEZ". UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO. MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Alain Rodríguez Orozco. e-mail: rodriguez.orozco.ar.2011@gmail.com

Cad Aten Primaria
Año 2018
Volume 24 (1)
Páx. 59 - 60

INTRODUCCIÓN

SR EDITOR. La malnutrición en los pacientes con neoplasias está asociada a pérdida de peso y depleción de proteínas somáticas y viscerales lo cual conduce a cambios estructurales y en el funcionamiento de los órganos. Hace más de tres décadas se ha establecido que el inicio de la quimioterapia en pacientes malnutridos resulta en un peor pronóstico para estos respecto los pacientes que la inician con un buen estado nutricional.¹

Entre los factores de riesgo para malnutrición en los enfermos con cáncer, se encuentran algunos que pueden ser detectados y tratados en la atención primaria como la depresión, la ansiedad, el dolor crónico, la angustia ante el pronóstico, la sensación de abandono familiar y de minusvalía, la creencia de que representa una carga para la familia y el seguimiento de consejos nutricionales inadecuados. Entonces el consejo profesional en la atención primaria debe ir encaminado a reconocer el impacto que estos factores tienen sobre el enfermo y a ofrecer una nueva interpretación de la enfermedad hasta conseguir disminuir la ansiedad del enfermo y establecer la confianza en el equipo de salud.

El acompañamiento y apoyo emocional que puede brindar el médico familiar aun cuando el paciente con cáncer sea incorporado a tratamiento hospitalario suelen ser jamás olvidados por el paciente y su familia. Este recurso ha sido insuficientemente aprovechado en la atención primaria.

El objetivo de este trabajo fue evaluar el estado nutricional de un grupo de pacientes con diagnósticos de neoplasias sometidos a quimioterapia en un hospital regional del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se diseñó un estudio transversal en el que se consideraron para inclusión a los pacientes mayores de 17 años de edad con diagnóstico confirmado de cáncer y que recibían quimioterapia en el Hospital Regional No 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Morelia, México en Octubre y Noviembre del año 2006, que no tuvieran otras enfermedades crónicas excepto hipertensión controlada y que hubieran aceptado participar tras la firma del consentimiento informado. Partiendo de un total de 136, se incluyeron 111, el resto no cumplió los criterios de inclusión.

El promedio de edad fue de 49.3 ± 15.0 años. El 32.4% fueron hombres y el 67.6% mujeres. La escolaridad encontrada en la población estudiada fue sin primaria terminada el 14.4%, primaria 31.6%, secundaria 19.8%, bachillerato 17.1% y profesional el 17.1%. Más de la mitad de los pacientes se dedicaban al hogar, eran obreros o desempleados. Por

frecuencia de tumores malignos se encontraron ginecológicos 56%, hematológicos 26%, 10% aparato digestivo, 5% partes blandas, 2% células germinales y 1% tórax y mediastino.

El promedio de peso habitual de los pacientes, antes de comenzar la quimioterapia fue de 71.33 ± 15.09 y el peso concluida la quimioterapia fue de 66.19 ± 15.87 . Cuando se contrastaron diferencias con *t de Student* se encontró una diferencias de promedios promedios de -5.13 ($t = -6.264$; $p < 0.0001$).

La Evaluación Nutricional Global Subjetiva (ENGS)² mostró que 39% padecía obesidad, 32% estaban bien nutridos y 29 % tenían desnutrición moderada a severa. Según el índice de masa corporal (IMC) se clasificaron como sigue IMC < 18.5 (11.71%), de 18.6 a 25 (36.04%), de 25.6 a 30 (24.32%) y >30 (27.93%).

Ni los niveles bajos de albúmina ni la disminución del conteo total de leucocitos se asociaron a desnutrición, sin embargo encontrar niveles de colesterol sérico inferiores a 130 mg/dl fue más frecuente en el grupo con desnutrición, ($p < 0.001$) que en el grupo de pacientes con obesidad y bien nutridos. Es conocido que los niveles bajos de albúmina se relacionan con aspectos como la respuesta deficiente a quimioterapia y con reacciones adversas por esta 3 y que el bajo conteo de linfocitos puede atribuirse a la quimioterapia, lo cual no sucedió en este estudio. Para explicar estos hallazgos vale la pena investigar en estudios posteriores la contribución de otras variables como tipo de tumor, tiempo y combinación de la quimioterapia, uso de suplementos alimentarios y de inmunomoduladores como factores estimulantes de colonias de granulocitos y macrófagos en estos pacientes. Sin embargo se encontró que en desnutridos los niveles séricos bajos de colesterol fueron frecuentes. Aunque no está claro si bajos niveles de colesterol conducen a un riesgo elevado de cáncer y en este estudio no se conoce si la hipocolesterolemia precedió a la quimioterapia o al diagnóstico de la enfermedad neoplásica, se ha apuntado que puede existir una asociación entre ambas variables.⁴

El bajo índice de desnutrición reportado en este trabajo está en relación con la baja frecuencia de neoplasias como las del aparato digestivo, en las que la pérdida de peso suele ser más severa que en pacientes con malignidades hematológicas y ginecológicas las cuales fueron padecidas por el 82% de los pacientes incluidos. Entre las mujeres con neoplasias ginecológicas se identificó la mayor cifra de adultos obesos y con sobrepeso, lo cual es un factor de riesgo para algunas de estas enfermedades. En estudios posteriores consideraremos la variabilidad en el estado nutricional de este grupo en relación con la respuesta a la quimioterapia.

Los pacientes desnutridos presentaron mayor frecuencia de efectos adversos a la quimioterapia que los bien nutridos y obesos y por tanto menor tolerancia a la terapia antineoplásica ($p=0.002$). En estos fue más frecuente la debilidad muscular y la intensidad de la astenia. Estos hallazgos fueron esperados. Se ha referido que el síndrome de caquexia asociado al cáncer puede afectar del 50 al 80 % de los pacientes con cáncer y está relacionado con el 20% de las muertes y este incluye sarcopenia es su fenotipo más frecuente⁵. La malnutrición, la pérdida de peso y la debilidad muscular son frecuentes en pacientes con cáncer y la pérdida de masa muscular se ha relacionado con menor sobrevida en pacientes que reciben quimioterapia⁶ y también con mayor número de efectos adversos a esta, en parte porque muchas proteínas son importantes componentes estructurales y/o están asociadas a la respuesta a fármacos.

La evaluación del estado nutricional antes y después de la quimioterapia es importante para establecer en forma temprana un grupo de medidas que coadyuven al éxito de la quimioterapia. Debe investigarse el papel de la hipocolesterolemia en estos pacientes y su contribución como marcador asociado a desnutrición a través de un estudio más amplio del metabolismo lipídico.

Deben estudiarse los factores de riesgo para malnutrición y evaluar el estado nutricional en el paciente con cáncer en la atención primaria. Estos repercuten en el éxito de la quimioterapia. Un acercamiento del médico de primer contacto al enfermo y a su familia puede propiciar la detección de estos factores de riesgo y facilitar el ofrecer consejo para su modificación.

Conflicto de intereses. Ninguno que declarar.

El proyecto fue aprobado por el comité local de investigación en salud del Instituto Mexicano del Seguro Social con registro CLIS: 2007.1602.006, el cual revisó el cumplimiento de las normativas éticas en acuerdo con la convención de Helsinki y la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

REFERENCIAS

1. van Eys J. Effect of nutritional status on responses to therapy. *Cancer Res.* 1982;42(2 Suppl):747s-753s.
2. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, Jeejeebhoy KN. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN* 1987; 11(1):8-13.
3. Deme D, Telekes A. Prognostic importance of albumin in oncology. *Orv Hetil.* 2018 Jan;159(3):96-106. doi: 10.1556/650.2018.30885.
4. American College of Cardiology.(Marzo 25, 2012). Low LDL cholesterol is related to cáncer risk. Disponible en http://www.acc.org/about-acc/press-releases/2012/03/25/15/15/ldl_cancer. Consultado, 28 de Enero del 2018.
5. Ryan AM, Power DG, Daly L, Cushen SJ, Ní Bhuachalla É, Prado CM. Cancer-associated malnutrition, cachexia and sarcopenia: the skeleton in the hospital closet 40 years later. *Proc Nutr Soc.* 2016 May;75(2):199-211. doi: 10.1017/S002966511500419X.
6. Daly LE, Ní Bhuachalla ÉB, Power DG, Cushen SJ, James K, Ryan AM. Loss of skeletal muscle during systemic chemotherapy is prognostic of poor survival in patients with foregut cancer. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 2018 Jan 9. doi: 10.1002/jcsm.12267.