

# I CONGRESO DE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

## EL DIETISTA-NUTRICIONISTA: PRO-MOTOR DE SALUD PÚBLICA



ACADEMIA  
ESPAÑOLA DE  
NUTRICIÓN  
Y DIETÉTICA



Colegio Profesional de  
Dietistas-Nutricionistas  
de Aragón



www.renhyd.org

## RESÚMENES DE PONENCIAS

11 de noviembre de 2017 | MESA REDONDA

Actualización en el abordaje dietético y nutricional en situaciones específicas

Ponencia 3

Soporte nutricional en el paciente con cáncer esófago-gástrico

María Teresa Colomar Ferrer<sup>1,\*</sup>, Rosa Ruiz López<sup>1</sup>, Sandra Suliman Saenz de Navarrete<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Nutrición y Dietética del Hospital Universitario Son Espases, Islas Baleares, España.

\*namaite@hotmail.com



Las opciones terapéuticas en el cáncer esófago-gástrico (CEG) incluyen cirugía, quimioterapia, radioterapia y la combinación multimodal. Las decisiones de tratamiento deben tomarse en el contexto multidisciplinar teniendo en cuenta: localización del tumor, estadio clínico, tipo histológico, comorbilidades, estado nutricional y preferencias del paciente<sup>1</sup>. Los pacientes con CEG presentan graves problemas nutricionales debido a la localización anatómica del cáncer, el proceso de la enfermedad y los tratamientos médicos. La prevalencia de malnutrición ronda el 60–80%<sup>2,3</sup> y está fuertemente asociada a un peor pronóstico<sup>4</sup>.

El cribado nutricional debe realizarse en el momento del diagnóstico y repetirse frecuentemente durante las etapas del tratamiento<sup>4,5</sup>. Los pacientes de riesgo precisarán de una valoración y soporte nutricional individualizado por lo que se recomienda derivar a un dietista-nutricionista (D-N)<sup>6</sup>. La primera vía de actuación nutricional consiste en el consejo dietético personalizado y el uso de suplementos nutricionales orales si es necesario<sup>4</sup>. Mantener o aumentar el nivel de actividad física junto con el soporte nutricional está altamente recomendado para conservar la masa muscular y el patrón metabólico<sup>4</sup>. Ciertos tratamientos farmacológicos pueden ser útiles para controlar determinados síntomas y mejorar la ingesta: antieméticos, analgesia, saliva artificial, laxantes, antidiarreicos, antidepresivos, estimulantes del apetito o procinéticos<sup>4</sup>.

La nutrición enteral por sonda de alimentación debe considerarse si la capacidad para alimentarse se ve altamente comprometida y la ingesta oral es insuficiente. La elección del tipo de sonda (yeyunostomía, gastrostomía o sonda nasointestinal) dependerá de las características del paciente, tratamientos y tipo de cirugía realizada o prevista<sup>4</sup>. Respecto de las necesidades nutricionales en el paciente oncológico, se recomienda iniciar con una estimación energética igual que la población sana, un aporte proteico superior (1,5g/kg) y aumentar el ratio de grasa:carbohidrato, en caso de pérdida de peso con resistencia a la insulina. La suplementación con vitaminas y minerales puede tener consecuencias negativas durante la quimio-radioterapia (QRT), por lo que sólo se recomiendan si hay déficit<sup>4</sup>.

El soporte nutricional pre-quirúrgico, mínimo 10 días antes de la intervención, está indicado si se detecta malnutrición<sup>4</sup>. Con el fin de mantener el estado nutricional y reducir las complicaciones posoperatorias, está indicado seguir el protocolo perioperatorio de cuidados ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*)<sup>2,4</sup>. Los aspectos nutricionales del ERAS incluyen evitar el ayuno innecesario, utilización de terapia de hidratación y carga de carbohidratos pre-quirúrgica e inicio de la vía enteral tras el primer día de la intervención si no hay contraindicación<sup>7</sup>. Para el soporte nutricional oral/enteral en el perioperatorio se recomienda el uso de fórmulas inmunomoduladoras por reducir la incidencia de

complicaciones infecciosas<sup>4</sup>. Durante la cirugía, es frecuente la colocación de una sonda de yeyunostomía (también gastrostomía o nasointestinal, según la cirugía) temporal para alimentación. Alternativamente se debe considerar la nutrición intravenosa<sup>1</sup>. La suplementación de vitamina B12 es necesaria tras gastrectomía total<sup>2</sup> y debe valorarse tras otras cirugías, así como la suplementación de hierro y vitamina D según niveles analíticos.

Durante la QRT el estado nutricional se puede deteriorar debido a los efectos secundarios del tratamiento como anorexia, disfagia, mucositis, náuseas, vómitos y diarreas. El soporte nutricional temprano e intensivo mejora la respuesta terapéutica. El contacto frecuente con el D-N durante y tras la radioterapia contribuye a una recuperación más rápida de la función y calidad de vida<sup>8</sup>. Las revisiones bibliográficas más recientes apoyan la suplementación de omega-3 mediante suplementos o fórmulas nutricionales enriquecidas si, tras haber iniciado soporte nutricional, continúa con pérdida de peso o mal manejo de síntomas<sup>4,6</sup>. Hasta la fecha, no hay suficiente evidencia para recomendar el uso de Glutamina para disminuir la mucositis, enteritis o diarrea ni el uso de probióticos para reducir la diarrea secundaria de la QRT<sup>4</sup>.

En el tratamiento paliativo del CEG la malnutrición es muy frecuente y el abordaje nutricional oral, por sonda o intravenoso puede ser beneficioso para optimizar el estado nutricional y la sintomatología. No obstante, el tratamiento dependerá del estado general, el pronóstico y las voluntades del paciente<sup>4</sup>.

El manejo nutricional del paciente con CEG es complejo y las necesidades de soporte nutricional pueden variar a lo largo de la evolución del tratamiento y la enfermedad. El D-N debe formar parte del equipo multidisciplinar para el manejo integral de estos pacientes<sup>1</sup>.

## CONFLICTO DE INTERESES ////////////////

Las autoras expresan que no hay conflictos de interés al redactar el manuscrito.

## REFERENCIAS //////////////////////////////////////

- (1) Allum WH, Blazeby JM, Griffin SM, Cunningham D, Jankowski JA, Wong R, et al. Guidelines for the management of oesophageal and gastric cancer. *Gut*. 2011; 60(11): 1449-72.
- (2) Rosania R, Chiapponi C, Malfertheiner P, Venerito M. Nutrition in Patients with Gastric Cancer: An Update. *Gastrointest Tumors*. 2016; 2(4): 178-87.
- (3) Hebuterne X, Lemaire E, Michallet M, de Montreuil CB, Schneider SM, Goldwasser F. Prevalence of malnutrition and current use of nutrition support in patients with cancer. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2014; 38(2): 196-204.
- (4) Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2017; 36(1): 11-48.
- (5) Lordick F, Mariette C, Haustermans K, Obermannova R, Arnold D, Committee EG. Oesophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2016; 27(suppl 5): v50-v7.
- (6) Thompson KL, Elliott L, Fuchs-Tarlovsky V, Levin RM, Voss AC, Piemonte T. Oncology Evidence-Based Nutrition Practice Guideline for Adults. *J Acad Nutr Diet*. 2017; 117(2): 297-310 e47.
- (7) Mariette C. Role of the nutritional support in the ERAS programme. *J Visc Surg*. 2015; 152 Suppl 1: S18-20.
- (8) Head and Neck Guideline Steering Committee. Evidence-based practice guidelines for the nutritional management of adult patients with head and neck cancer. Sydney: Cancer Council Australia. [<http://wiki.cancer.org.au/australiawiki/index.php?oldid=116710>, cited 2017 Jul 23]

