

SESIÓN ACADÉMICA MULTIDISCIPLINARIA

Del Síntoma a la Intervención

Guía Clínica de Nutrición Oncológica para el Especialista No Nutricionista

1. El Reto de la Desnutrición Oncológica: ¿Por qué es un factor pronóstico?

La desnutrición en el paciente con cáncer no es una simple consecuencia pasiva de la enfermedad; es un factor pronóstico independiente y modificable que altera significativamente los resultados clínicos. El impacto metabólico de los tumores, sumado a la toxicidad gastrointestinal de las terapias activas, compromete la supervivencia y la tolerancia al tratamiento oncológico.

CIFRAS DE ALTO IMPACTO EN ONCOLOGÍA CLÍNICA:

- **Prevalencia de desnutrición:** Varía entre el **30% y el 80%** de los pacientes según el tipo de tumor y estadio.
- **Mortalidad directa:** Entre el **10% y el 20%** de los fallecimientos en pacientes con cáncer se atribuyen directamente a las complicaciones de la desnutrición grave, no al tumor por sí mismo.
- **Consecuencias clínicas:** Mayor tasa de infecciones postoperatorias, dehiscencias de suturas, menor tasa de respuesta tumoral, suspensiones de tratamiento por toxicidad y prolongación de la estancia hospitalaria.

2. Algoritmos de Cribado Nutricional Rápido (en 2 minutos o menos)

El especialista no-nutricionista no requiere realizar una valoración nutricional profunda para iniciar el soporte. El primer paso clínico mandatorio es el **cribado rápido**. Debe seleccionarse una herramienta validada para aplicarla de forma sistemática en la primera consulta y de forma seriada en cada ciclo de tratamiento.

Herramienta	Contexto de Uso Recomendado	Criterios que Evalúa	Umbral de Riesgo Nutricional
NRS-2002 (Nutritional Risk Screening)	Pacientes hospitalizados y de cirugía oncológica mayor (Recomendado por la ESPEN).	Pérdida de peso reciente, porcentaje de reducción de ingesta, severidad de la enfermedad actual y factor corrector por edad (>70 años).	Puntaje ≥ 3: Alto riesgo. Iniciar plan de soporte formal perioperatorio de inmediato.
MST (Malnutrition Screening)	Consulta oncológica ambulatoria de flujo rápido (tiempo de aplicación < 1 min).	Basado en dos preguntas autoadministradas: pérdida involuntaria de peso reciente y disminución del apetito.	Puntaje ≥ 2: Riesgo identificado. Requiere derivación o suplementación inmediata.
MUST (Malnutrition Universal)	Ámbito de medicina interna, consulta externa y atención comunitaria.	Índice de Masa Corporal (IMC), porcentaje de pérdida de peso involuntaria en 3-6 meses y efecto de enfermedad aguda.	Puntaje ≥ 2: Alto riesgo. Requiere tratamiento nutricional activo.
PG-SGA (VGS Generada por el Paciente)	Estándar de referencia en oncología. Aplicada por nutricionistas o equipos multidisciplinares.	Combina el autoinforme del paciente (síntomas digestivos, peso, ingesta, capacidad funcional) con examen físico clínico.	Puntaje ≥ 9: Necesidad crítica de intervención nutricional intensiva y manejo sintomático.

3. Flujo Clínico: Del Síntoma a la Intervención

La toma de decisiones en la consulta de 15 minutos debe ser altamente estructurada. El soporte nutricional es ineficaz si no se trata de forma enérgica el síntoma que restringe la ingesta alimentaria. Sigue esta secuencia operativa en cada pase de visita o consulta externa:

Paso	Fase Clínica	Acción Operativa y Toma de Decisiones en Consulta
1	Cribado Rápido	Aplica el test sistemático en la primera visita del paciente. Elige MST para consulta externa o NRS-2002 para pacientes hospitalizados. Identifica si existe riesgo nutricional activo.
2	Identificación de Síntomas	Interroga activamente para descubrir el síntoma dominante que limita la ingesta calórica o proteica: anorexia, náuseas/vómitos, mucositis dolorosa, disfagia deglutoria, xerostomía o estreñimiento.
3	Intervención Sintomática	Trata el síntoma de forma específica y agresiva. El soporte no sustituye el manejo del síntoma: sincroniza la analgesia (lidocaína) 15-20 min antes de comer en mucositis; usa texturas modificadas IDDSI en disfagia.
4	Soporte Escalonado	Sigue el orden lógico de soporte: 1) Dieta oral con fortificación casera (huevo, leche en polvo). 2) Suplementación nutricional comercial (ONS) si no cubre el 60-75% de sus requerimientos por 3-5 días. 3) Sonda enteral. 4) Parenteral.
5	Reevaluación a Corto Plazo	Establece una de control obligatorio a las 1 o 2 semanas de haber iniciado la intervención. El dinamismo biológico de las terapias oncológicas exige ajustes rápidos de consistencia y dosis nutricionales.

4. Inmunonutrición Perioperatoria y Evidencia Latinoamericana

En cirugía mayor abdominal oncológica programada (gástrica, colorrectal, gineco-oncológica extensa), el soporte nutricional preoperatorio con inmunomoduladores está fuertemente recomendado por las guías ESPEN, con independencia del estado nutricional del paciente.

EVIDENCIA DEL ESTUDIO SUPREMO (Colombia, 2021-2023):

En un estudio de cohorte de **620 pacientes** de cirugía oncológica abdominal mayor, la administración preoperatoria de una fórmula de inmunonutrición completa (enriquecida con arginina, omega-3/EPA y nucleótidos) durante **5 a 7 días** demostró:

- **Reducción del 46%** de las complicaciones infecciosas intrahospitalarias postoperatorias (OR 0.54, IC95% 0.31-0.98, p=0.044).
- Disminución significativa en las tasas de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- Reducción en los días de ventilación mecánica invasiva (VMI) y necesidad de soporte vasopresor.

5. Checklist de Bolsillo para la Consulta Diaria y Pase de Visita

[]	1. ¿Se ha realizado el cribado nutricional formal en la visita de hoy? Utiliza MST para la agilidad de la consulta externa o NRS-2002 para ingresos hospitalarios.
[]	2. ¿Se ha identificado de forma unívoca el síntoma dominante que limita la ingesta calórica? Indaga activamente sobre anorexia, saciedad precoz, náuseas, mucositis dolorosa, disfagia o estreñimiento.
[]	3. ¿Se han descartado causas mecánicas (ej. obstrucción) antes de prescribir fibra o suplementos? Evaluación quirúrgica crítica para evitar el riesgo de oclusión intestinal aguda.
[]	4. ¿La ingesta oral espontánea cubre al menos el 60-75% de sus requerimientos estimados? Si la ingesta oral es deficiente por más de 3 a 5 días, activa inmediatamente la suplementación oral comercial (ONS).
[]	5. ¿El nivel de soporte actual corresponde a la fase clínica del paciente? Escalona de forma lógica: Dieta fortificada casera → Suplementación (ONS) → Inmunonutrición (cirugía) → Sonda Enteral → Parenteral.
[]	6. ¿Quedó programada la cita de reevaluación clínica nutricional en un periodo de 1 a 2 semanas? Control mandatorio corto para modificar consistencias, texturas, tolerancias e indicaciones terapéuticas.

Referencias Bibliográficas Clave (Formato Vancouver)

1. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. Clin Nutr. 2021;40(5):2898-2913.
2. Chona Chona M, López Basto LM, Pinzón Ospina C, et al. Preoperative immunonutrition and postoperative outcomes in patients with cancer undergoing major abdominal surgery: retrospective cohort study. Clin Nutr ESPEN. 2025;65:324-330.
3. Fearon K, Strasser F, Anker SD, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. Lancet Oncol. 2011;12(5):489-495.