



Del síntoma a la intervención:

decisiones nutricionales prácticas
en el paciente oncológico

Cómo identificar, priorizar y tratar los problemas
nutricionales que modifican la tolerancia al tratamiento
y la recuperación.

Del síntoma a la intervención

Decisiones nutricionales prácticas
en el paciente oncológico

Dra. Flor Cuéllar

Cirujana Oncóloga | Postgrado en Nutrición Oncológica

10-20%

de las muertes en pacientes oncológicos se atribuyen a la desnutrición, no al tumor.

El estado nutricional define la tolerancia a la cirugía, quimioterapia y radioterapia



Cribado rápido
(≤ 2 minutos)



Priorización de síntomas



Escalonamiento terapéutico seguro

Distinción clínica fundamental

Desnutrición Simple

Mecanismo:

Inanición (falta de aporte).

Metabolismo:

Conservado o basal reducido.

Solución:

Revertible incrementando aporte calórico y proteico.

Caquexia Oncológica

Mecanismo:

Inflamación sistémica y factores tumorales (citoquinas proinflamatorias).

Metabolismo:

Resistencia anabólica, hipercatabolismo, resistencia a la insulina.

Solución:

Requerimiento multimodal (nutrición + antiinflamatorios + ejercicio). Alimentar es necesario, pero insuficiente por sí solo.

Cribado nutricional en menos de 2 minutos

Herramientas validadas según el contexto clínico

Hospitalización / Cirugía

NRS-2002

Foco: Riesgo agudo y quirúrgico

Ambulatorio / Oncología Médica

MST o MUST

Foco: Pérdida de peso reciente y apetito

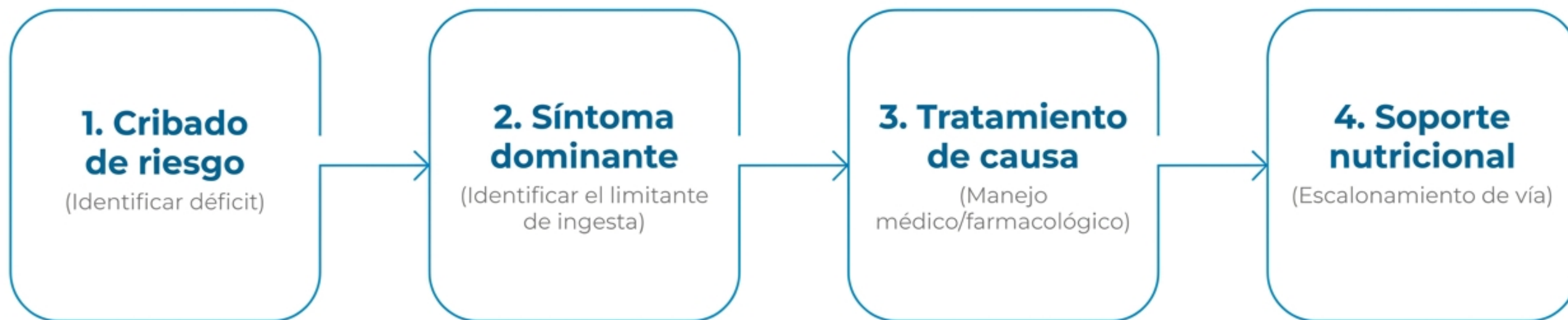
Equipo Multidisciplinario /
Nutrición

PG-SGA

Foco: Específico en oncología, alta precisión

**La clave no es qué herramienta usar,
sino usarla de forma sistemática en cada visita.**

El algoritmo de decisión clínica



El soporte nutricional nunca sustituye el manejo del síntoma causal.

Abordaje clínico: Tracto Digestivo Superior

Anorexia y Saciedad Precoz

Diferenciación: ¿Es falta de apetito o intolerancia al volumen?

Acción: Fortificación sin volumen, fraccionamiento (5-6 tomas), evitar líquidos periprandiales.

Farmacología: Megestrol / corticoides dosis bajas (uso puntual).

Náuseas y Vómitos

Descarte primario: Excluir causas orgánicas y obstructivas antes de escalar antieméticos.

Acción dietética: Alimentos fríos, texturas secas, jengibre coadyuvante.

Abordaje clínico: Cavidad Oral y Deglución



Mucositis

Sincronización analgésica previa a comidas. Texturas blandas/frías. En radioterapia, anticipar necesidad de soporte enteral.



Disfagia

Clasificación estandarizada IDDSI (niveles de espesantes y texturas). Reevaluación fonaudiológica.



Xerostomía

Salivares artificiales, modificación de humedad en alimentos (salsas/caldos), estricta higiene bucal.



Alteraciones del Gusto

Evitar metales (usar plástico). Potenciar saborizadores aromáticos, priorizar proteínas alternativas a la carne roja.

Abordaje clínico: Tracto Digestivo Inferior e Interacciones

Estreñimiento vs. Diarrea

Estreñimiento: Regla de oro quirúrgica: descartar obstrucción parcial mecánica antes de indicar suplementos de fibra.

Diarrea: Diferenciar etiología (Toxicidad actínica/quimioterapia vs. Dumping post-gastrectomía). Ajustar osmolaridad y lactosa.

Interacciones Fármaco-Nutriente

Alerta Naranja: El paciente oncológico frecuentemente omite reportar suplementos "naturales".

Toronja (Pomelo): Inhibición del citocromo CYP3A4 (altera inhibidores de tirosina-quinasa).

Antioxidantes: Evitar megadosis durante quimioterapia activa.

Terapéutica dirigida en Caquexia Oncológica

Evidencia en modulación inflamatoria y preservación muscular

Omega-3 / EPA



Mecanismo:

Modulación de citoquinas proinflamatorias y vía ubiquitina-proteasoma.



Impacto clínico: **Mayor**

consistencia en **conservación de peso** en pacientes vulnerables (**≥ 67 años, ≤ 60 kg**) y tumores específicos (cabeza y cuello).

HMB + Arginina + Glutamina



Mecanismo:

Reducción de proteólisis (HMB) y soporte inmunomodulador.



Impacto clínico:

Herramienta complementaria en el manejo multimodal para función física y masa muscular. Individualizar uso.

Inmunonutrición Perioperatoria en Cirugía Oncológica

Integración en protocolos ERAS (5 a 7 días preoperatorios)



Evidencia LATAM - Estudio SUPREMO, Colombia 2025

Cohorte: 620 pacientes, cirugía abdominal oncológica mayor.

Resultados: El régimen preoperatorio (arginina, omega-3, nucleótidos) se asoció significativamente a:

- Menor ingreso a UCI.
- Menor necesidad de ventilación mecánica y vasopresores.
- Reducción de complicaciones infecciosas intrahospitalarias.

Escalonamiento del soporte: Vía Oral

Dieta Fortificada - Casera



Optimización de densidad calórica sin incrementar volumen (ej. aceites, leche en polvo, huevo). Válido y necesario necesario como primera línea.

Suplementación Oral Comercial - ONS

Criterio de indicación clínico: Si el paciente no alcanza el 60-75% de sus requerimientos en 3 a 5 días con dieta optimizada.

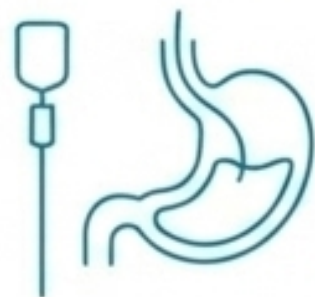


Perfil: Fórmulas poliméricas hiperproteicas, módulos específicos, o presentaciones de textura modificada (ej. proteínas en gel para disfagia). Complementan, no sustituyen.

Escalonamiento del soporte: Soporte Invasivo

3

Nutrición Enteral - Sonda/Ostomía



Regla clínica fundamental: "Si el intestino funciona, úsalo."

Indicaciones: Disfagia severa, mucositis grave >7 días, ingesta insuficiente prolongada. Considerar gastrostomía profiláctica en radio-oncología.

4

Nutrición Parenteral

Indicaciones estrictas:

Obstrucción intestinal irresecable, intestino corto, fístulas de alto gasto, íleo prolongado.



Alerta Clínica: No indicar en anorexia con tracto digestivo funcional. La NPT es un soporte, no el tratamiento de un síntoma no resuelto.

Aplicación clínica por especialidad

Radio-Oncología: Mucositis Actínica

Escenario: Ca. Orofaringe, mucositis G3, pérdida de peso 8%.

Ruta clínica: Analgesia + textura modificada → **Si <60% de ingesta en 72h → Sonda temprana.**

Regla: **No interrumpir radioterapia por causas nutricionales evitables.**

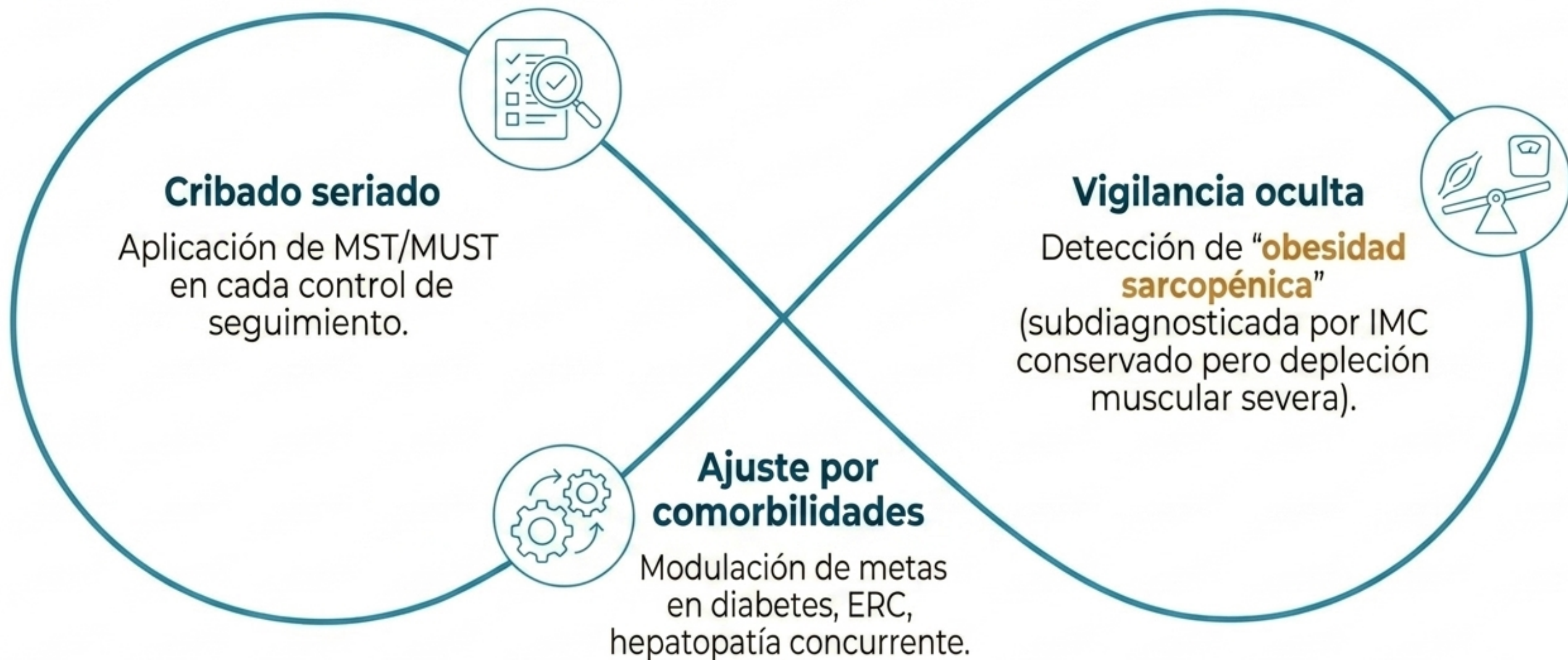
Gineco-Oncología: Exenteración Pélvica

Escenario: Post-quirúrgico complejo, ostomía de alto gasto.

Ruta clínica: **Enfoque cambia de aporte a absorción. Manejo de gasto de estoma,** rehidratación estricta con electrolitos, progresión dietética controlada.

El Rol del médico no nutriólogo: **Vigilancia longitudinal**

Detección temprana en el paciente ambulatorio estable



Microbiota y tumores sólidos: Evidencia emergente

Un modulador de riesgo y respuesta al tratamiento



Cáncer de Mama

El Estroboloma: Bacterias intestinales que reactivan estrógenos conjugados, relevante en tumores receptor hormonal positivo.



Cáncer Colorrectal

Fusobacterium nucleatum: Enriquecido en tejido tumoral, asociado a peor pronóstico y evasión inmune.



Cáncer de Próstata

Eje intestino-próstata: Influencia bacteriana en el metabolismo de andrógenos/testosterona.

Modulación de la microbiota en la práctica actual

¿Qué podemos hacer hoy de forma segura?

Acción Recomendada

Uso estrictamente racional de antibióticos de amplio espectro.



La disbiosis inducida por antibióticos se asocia a peor respuesta a la inmunoterapia. Mantener el ecosistema intacto.

Precaución Clínica

Evitar el uso indiscriminado de probióticos en pacientes inmunosuprimidos, con neutropenia severa o accesos venosos centrales.



Riesgo teórico de bacteriemia; la intervención estándar aún no está consolidada en guías.

Síntesis operativa para la consulta (15 min)



Checklist de bolsillo para el pase de visita

- ☐ ¿Se realizó el cribado nutricional (NRS-2002/MST) hoy?
- ☐ ¿Está claramente documentado el síntoma limitante de la ingesta?
- ☐ ¿Se descartó una causa obstructiva mecánica antes de iniciar manejo dietético?
- ☐ ¿El paciente logra cubrir el 60-75% de sus requerimientos?
- ☐ ¿Es el nivel de soporte el adecuado (ONS, inmunonutrición preoperatoria, Sonda, NPT)?
- ☐ ¿Está agendada la reevaluación nutricional en 1 a 2 semanas?

Referencias Bibliográficas (1/2)

1. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. Clin Nutr. 2021;40(5):2898-2913.
2. Arends J, Bachmann P, Baracos V, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr. 2017;36(1):11-48.
3. Roeland EJ, Bohlke K, Baracos VE, et al. Management of Cancer Cachexia: ASCO Guideline. J Clin Oncol. 2020.
4. Elad S, Cheng KKF, et al. MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis. Cancer. 2020.
5. International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI). Complete IDDSI Framework. 2019.
6. Weimann A, Braga M, Carli F, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. Clin Nutr. 2021.
7. Chona Chona M, López Basto LM, et al. Preoperative immunonutrition and postoperative outcomes... (Cohorte LATAM SUPREMO). Clin Nutr ESPEN. 2025.
8. Fearon K, Strasser F, Anker SD, et al. Definition and classification of cancer cachexia... Lancet Oncol. 2011.
9. Baracos VE, Martin L, Korc M, et al. Cancer-associated cachexia. Nat Rev Dis Primers. 2018.
10. Prado CM, Purcell SA, Laviano A. Nutrition interventions to treat low muscle mass in cancer. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2020.

Referencias Bibliográficas (2/2)

11. Braga M, Gianotti L, Vignali A, Di Carlo V. Preoperative oral arginine and n-3 fatty acid supplementation... Surgery. 2002.
12. Mu J, Tu G, Xie Y, et al. Multimodal prehabilitation enhances perioperative outcomes... Front Nutr. 2026.
13. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, et al. Nutritional risk screening (NRS 2002). Clin Nutr. 2003.
14. Pressoir M, Desné S, Berchery D, et al. Prevalence, risk factors and clinical implications of malnutrition... Br J Cancer. 2010.
15. Hesketh PJ, Kris MG, Basch E, et al. Antiemetics: ASCO Guideline Update. J Clin Oncol. 2020.
16. Baldwin C, Spiro A, Ahern R, Emery PW. Oral nutritional interventions in malnourished patients with cancer... J Natl Cancer Inst. 2012.
17. Bozzetti F, Arends J, Lundholm K, et al. ESPEN guidelines on parenteral nutrition: non-surgical oncology. Clin Nutr. 2009.
18. Routy B, Le Chatelier E, Derosa L, et al. Gut microbiome influences efficacy of PD-1-based immunotherapy... Science. 2018.
19. Parida S, Sharma D. The Microbiome-Estrogen Connection and Breast Cancer Risk. Cells. 2019.
20. Matsushita M, Fujita K, Hatano K, et al. Emerging relationship between the gut microbiome and prostate cancer. World J Mens Health. 2023.