

## Artículo

# Soporte nutricional en el paciente con neoplasia digestiva

C. Sánchez Álvarez\*, R. Nuñez Ruiz\*\* y V. Morán García\*\*\*

\*Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia. \*\*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. \*\*\*Hospital de León.

## Resumen

La desnutrición es una característica frecuente en los pacientes con neoplasia digestiva. Cuando estos pacientes se encuentran en situación crítica, como en el postoperatorio de la resección tumoral o tras la cirugía motivada por la presencia de complicaciones, el estado nutricional se deteriora aún más. La intervención nutricional debe formar parte del proceso terapéutico, iniciándose en la fase preoperatoria en los pacientes desnutridos. La nutrición enteral es la vía de elección para el aporte de nutrientes, aunque para ello es necesario considerar la inserción de sondas enterales durante el acto quirúrgico en muchas ocasiones. La nutrición enteral es una técnica segura en estos pacientes e incluso puede conllevar ventajas sobre el curso evolutivo de los mismos en comparación con la nutrición parenteral. El empleo de dietas enriquecidas en fármacos nutrientes aporta efectos beneficiosos (disminución de complicaciones infecciosas y de estancia hospitalaria) a los pacientes, si bien no se puede constatar un efecto favorable sobre la mortalidad.

(*Nutr Hosp* 2005, 20:38-40)

Palabras clave: *Neoplasia digestiva. Resección tumoral. Intervención nutricional.*

El paciente con cáncer frecuentemente está malnutrido, no sólo por efecto del tumor, sino también por los tratamientos que conlleva (cirugía, quimioterapia o radioterapia). La malnutrición predispone al paciente quirúrgico a un mayor riesgo de complicaciones postoperatorias, infecciosas y no infecciosas, condiciona menor tolerancia a la radioterapia o quimioterapia y afecta adversamente a la situación inmunológica.

Cuando los pacientes neoplásicos se encuentran en situación crítica, la depleción nutricional puede verse incrementada, lo que aumentará la morbi-mortalidad.

**Correspondencia:** Juan C. Montejo González  
Medicina Intensiva, 2ª planta  
Hospital Universitario "12 de Octubre". Madrid  
Avda. de Córdoba, s/n.  
28041 Madrid.  
E-mail: jmontejo.hdoc@salud.madrid.org

## NUTRITIONAL SUPPORT IN THE PATIENT WITH GI MALIGNANCY

### Abstract

Hyponutrition is a common feature of patients with GI malignancy. When these patients reach a critical situation, such as the postoperative period of a tumor resection or after a surgery for the presence of complications, nutritional status further deteriorates. Nutritional intervention should be part of the therapeutic process, starting at the preoperative phase in malnourished patients. Enteral nutrition is the route of choice for nutrients supply, although insertion of enteral tubes during the surgical procedure may need to be considered many times. Enteral nutrition is a safe technique in these patients and may even represent some advantages in their clinical course as compared to parenteral nutrition. The use of pharmaco-nutrients-enriched diets brings beneficial effects (decrease of infectious complications and hospital stay) to patients, although a favorable effect on mortality cannot be demonstrated.

(*Nutr Hosp* 2005, 20:38-40)

Key words: *Tumor resection. Nutritional intervention.*

### 1. ¿Es precisa la nutrición previa a la cirugía en el paciente con cáncer?

Una conferencia patrocinada por diferentes sociedades científicas estadounidenses (ASPEN, National Institute of Health American y American Society for Clinical Nutrition) revisó 33 trabajos controlados, prospectivos, randomizados, sobre 2500 pacientes para evaluar el soporte nutricional perioperatorio. Muchos de estos pacientes tenían cáncer. El panel concluyó que:

- la nutrición parenteral administrada a pacientes malnutridos con cáncer gastrointestinal 7- 10 días antes de la cirugía, disminuye las complicaciones postoperatorias en un 10% aproximadamente.
- la nutrición parenteral postoperatoria precoz, administrada a pacientes que no han recibido nutrición parenteral previa a la cirugía, incrementa las complicaciones postoperatorias en un 10% aproximadamente.

- c) la nutrición postoperatoria será necesaria en los pacientes incapaces de alimentarse por vía oral en el postoperatorio. No obstante, no se define el periodo de ayuno máximo tolerable antes de iniciar la intervención nutricional.<sup>1</sup>

El valor del soporte nutricional preoperatorio en pacientes malnutridos con neoplasia intestinal ha sido confirmado en otros estudios. En ellos se indica que las complicaciones postoperatorias son menores en el grupo que recibió nutrición parenteral<sup>2</sup>.

## 2. ¿La nutrición enteral precoz, tras la cirugía, puede ser útil en el paciente oncológico malnutrido?

Existe un metaanálisis realizado sobre estudios en pacientes sometidos a cirugía gastrointestinal, la mayoría por neoplasia, en los que se comparan los resultados de la nutrición enteral precoz frente al ayuno. Los pacientes nutridos precozmente presentaron menos complicaciones postoperatorias: disminución del riesgo de infección y disminución de la estancia hospitalaria. También se apreció una tendencia hacia un descenso en la mortalidad en el grupo tratado<sup>3</sup>.

## 3. ¿Cuál es la vía idónea para el soporte nutricional?

En diferentes trabajos se han comparado la nutrición enteral y la nutrición parenteral, aplicadas en el postoperatorio de pacientes intervenidos por neoplasias digestivas<sup>4,5,6</sup>. En ellos se concluye que ambas técnicas son similares en cuanto a seguridad (no hay aumento de complicaciones asociada a la nutrición enteral precoz). Incluso puede apreciarse en algunas publicaciones que el soporte enteral se acompaña de un descenso en las complicaciones postoperatorias y en la estancia hospitalaria. Por otro lado, el aporte de los requerimientos nutricionales parece conseguirse de manera más eficaz con la nutrición parenteral. El coste sería menor para la nutrición enteral.

## 4. ¿Son eficaces las dietas enriquecidas en fármacos nutrientes en los pacientes con cirugía por neoplasia digestiva?

En este apartado también pueden encontrarse resultados de diversas investigaciones, en las que se ha comparado la administración de dietas enriquecidas en fármacos nutrientes con dietas estándar en la fase perioperatoria (tanto antes como después de la cirugía). Las conclusiones de los metaanálisis realizados<sup>7,8,9</sup> sobre estos estudios, así como las de las conferencias de consenso llevadas a cabo sobre el tema<sup>10</sup>, concluyen que el empleo de este tipo de dietas aporta efectos beneficiosos (disminución de complicaciones infecciosas y de estancia hospitalaria) a los pacientes, si bien no se puede constatar un efecto favorable sobre la mortalidad.

## 5. ¿Cuál es el papel del soporte nutricional durante la quimioterapia o la radioterapia?

Hasta el momento, los resultados de trabajos clínicos en pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia no han podido demostrar beneficios atribuibles al soporte nutricional sobre la supervivencia, la tolerancia al tratamiento, los efectos secundarios o la respuesta del tumor a la irradiación o la quimioterapia<sup>11</sup>. El empleo del soporte nutricional en estas condiciones no disminuye las complicaciones ni la mortalidad. Incluso se ha referido un aumento de la frecuencia de infecciones asociado al empleo de nutrición parenteral<sup>12</sup>.

El empleo de suplementos de glutamina en estos pacientes cuenta con algunos resultados de interés. Tanto el aporte parenteral como la administración enteral parecen disminuir la frecuencia y la gravedad de la mucositis<sup>13,14,15,16,17</sup>, así como algunos parámetros funcionales de la barrera intestinal<sup>18</sup>.

## Recomendaciones

- Se recomienda un soporte nutricional especializado en el preoperatorio de los pacientes neoplásicos desnutridos (B).
- La nutrición enteral precoz se recomienda en el postoperatorio de los pacientes intervenidos por neoplasia gastrointestinal (C).
- Siempre que sea posible, se utilizará la vía enteral para el soporte nutricional postoperatorio de los pacientes intervenidos por neoplasia gastrointestinal (B).
- Se recomienda el empleo de dietas enriquecidas en farmaconutrientes en el postoperatorio de los pacientes intervenidos por neoplasia digestiva (B).
- El tratamiento nutricional agresivo, por vía parenteral o enteral, en los pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia, no está justificado (C).
- Se recomienda el empleo de suplementos de glutamina en los pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia, con la finalidad de disminuir la gravedad y la duración de la mucositis (B).

## Referencias

1. Klein S, Kinney J, Jeejeeboy K y cols.: Nutritional support in clinical practice: Review of published data and recommendation for future research directions. *Am J Clin Nutr* 1997, 66:683-706.
2. Bozzetti F, Gavazzi C, Miceli R y cols.: Perioperative total parenteral nutrition in malnourished gastrointestinal cancer patients: a randomized, clinical trial. *JPEN* 2000, 24:7-14.
3. Lewis SJ, Egger M, Sylvester PA, Thomas S: Early enteral feeding versus "nil by mouth" after gastrointestinal surgery: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *BMJ* 2001, 323:773-776.
4. Sand J, Luostarinen M, Matikainen M: Enteral or parenteral feeding after total gastrectomy: prospective randomised pilot study. *Eur J Surg* 1997, 10:761-766.
5. Braga M, Gianotti L, Gentilini O, Parisi V, Salis C, Di Carlo V: Early postoperative enteral nutrition improves gut oxygenation and reduces costs compared with total parenteral nutrition. *Nutrition* 2001, 17:292-299.

6. Bozzetti F, Braga M, Gianotti L, Gavazzi C, Mariani L: Postoperative enteral versus parenteral nutrition in malnourished patients with gastrointestinal cancer: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2001, 358:1487-1492.
7. Heys SD, Walker LG, Smith I, Eremin O: Enteral nutritional supplementation with key nutrients in patients with critical illness and cancer. A Meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Annals of surgery* 1999, 229:467-477.
8. Beale RJ, Bryg DJ, Bihari DJ: Immunonutrition in the critically ill: a systematic review of clinical outcome. *Critical Care Med* 1999, 27:2799-805.
9. Montejo JC, Zarazaga A, Lopez-Martinez J y cols.: Spanish Society of Intensive Care Medicine and Coronary Units. Immunonutrition in the intensive care unit. A systematic review and consensus statement. *Clin Nutr* 2003, 22:221-33.
10. Consensus Recommendations from the U.S. Summit on Immune-Enhancing Enteral Therapy. *JPEN* 2001, 25:S61-S62.
11. Wong P, Enriquez A, Barrera R: nutritional support in critically ill patients with cancer. In Groenger JS. *Critical Care Clinics: Oncology and critical care* 2001, 17:743-767.
12. Souba WW: Nutritional support. *NEJM* 1997, 336:41-48.
13. Decker-Baumann C, Buhl K, Frohmuller S, von Herbay A, Dueck M, Schlag PM: Reduction of chemotherapy-induced side-effects by parenteral glutamine supplementation in patients with metastatic colorectal cancer. *Eur J Cancer* 1999, 2:202-207.
14. Anderson PM, Schroeder G, Skubitz KM: Oral glutamine reduces the duration and severity of stomatitis after cytotoxic cancer chemotherapy. *Cancer* 1998, 83:1433-1439.
15. Skubitz KM, Anderson PM: oral glutamine to prevent chemotherapy induced stomatitis: a pilot study. *J Lab Clin Med* 1996, 127:223-228.
16. Daniele B, Perrone F, Gallo C y cols.: Oral glutamine in the prevention of fluorouracil induced intestinal toxicity: a double blind, placebo controlled, randomised trial. *Gut* 2001, 48:28-33.
17. Bozzetti F, Biganzoli L, Gavazzi C: Glutamine supplementation in cancer patients receiving chemotherapy: a double-blind randomized study. *Nutrition* 1997, 13:748-751.
18. Yoshida S, Kaibara A, Ishibasi N, Shirouzu K: Glutamine supplementation in cancer patients. *Nutrition* 2001, 17:766-768.