



Nutrición Hospitalaria



Paciente con enfermedad oncohematológica ¿qué nos queda por hacer en el paciente con enfermedad oncohematológica en relación al tratamiento nutricional?

El ejemplo de un modelo de atención ya instaurado

The example of a healthcare model already established

Elena González Arnáiz

Unidad de Nutrición. Hospital Universitario de León. León

Según los resultados del estudio PREDyCES, la prevalencia de la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) en el campo de la oncohematología es del 36,8 % (1). Por otra parte, se conoce el hecho de que la respuesta a los tratamientos antineoplásicos y la supervivencia disminuyen cuando hay desnutrición, y que un 20 % de los pacientes fallecen a causa de las complicaciones de esta (2).

En una investigación realizada por el Grupo de Trabajo del Hospital Universitario La Paz de Madrid, se evaluó qué importancia le otorgaban los pacientes al estado nutricional dentro del contexto de su enfermedad (3). Un 75 % respondió que consideraba “muy importante” la relación entre la patología oncohematológica y el estado nutricional. Sin embargo, solo el 54,1 % de ellos había recibido consejo dietético en algún momento de la enfermedad y únicamente tenía prescrita suplementación nutricional el 21,6 %. Por otro lado, desde el punto de vista económico, en un análisis del estudio PREDyCES (4), se constata que el coste hospitalario de los pacientes desnutridos es significativamente mayor que el de sus homólogos no desnutridos (7.085 € vs. 8.590 €), resultando esta diferencia más marcada en el subconjunto de aquellos en los que el estado nutricional empeora durante la hospitalización (13.013 € vs. 6.665 €; $p < 0,001$).

En el Hospital Universitario de León se realizó un estudio piloto durante un mes en el que se empleó la Valoración Global Subjetiva (VGS) durante las primeras 24 horas del ingreso. Se incluyeron en el estudio 53 pacientes del Servicio de Oncología y 20 del Servicio de Hematología, detectándose al ingreso que el 43,8 % presentaba desnutrición leve o moderada (VGS = B) y el 12,5 % desnutrición severa (VGS = C). Conforme a la dieta en vigor al ingresar, solo el 59,1 % y el 67,2 % veían cubiertos sus requerimientos calóricos y de proteínas, respectivamente. Más aún, a pesar de la alta prevalencia de la DRE, solo el 8,3 %

de los enfermos valorados recibieron algún tipo de tratamiento nutricional. En los pacientes que no llegaron a alcanzar el 75 % de sus requerimientos, la mortalidad fue más elevada —17,9 % frente a 2,8 % ($p = 0,040$)—, observándose además una tendencia estadísticamente no significativa hacia una mayor estancia hospitalaria —10,0 (DE 9,04) frente a 7,0 (DE 3,7) días ($p = 0,070$)— (5) (Fig. 1). El estudio mostró, por tanto, que la prevalencia de la DRE era muy alta en estos pacientes y que no se cubrían ni las necesidades calóricas ni las proteicas, lo que se asociaba a un peor pronóstico. En consecuencia, el hospital decidió cribar de manera sistemática a los pacientes e implantar una intervención nutricional adecuada.

Con la colaboración del Servicio de Hematología se instauró un método de cribado nutricional que se ha validado en la población oncológica, el *Malnutrition Screening Tool* (MST) (6). Puesto que se trata de un cuestionario autoadministrado, no supone una mayor carga de trabajo para el personal de enfermería de la planta de hospitalización. El cribado nutricional se realiza en las primeras 24 horas del ingreso y se excluye a todos aquellos pacientes cuyo ingreso esté previsto que sea menor de 24 horas y a aquellos otros en situación terminal. Los cribados son revisados a diario por la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética (UNCyD), y los pacientes con puntuación mayor o igual a 2 se valoran nutricionalmente y reciben tratamiento nutricional si lo precisan. Los pacientes con cribado negativo se reevalúan semanalmente durante la hospitalización.

Entre noviembre del año 2011 y noviembre del año 2013, 792 pacientes requirieron ingreso en la planta de hospitalización de hematología. De ellos, el 77,9 % se sometió a cribado nutricional. El 37,8 % de los pacientes cribados obtuvo resultados positivos (233 pacientes), siendo la mayoría varones (57,3 %) con una edad media de 69,37 (DE 16,36) años.

Conflicto de intereses: la autora declara no tener conflicto de interés.

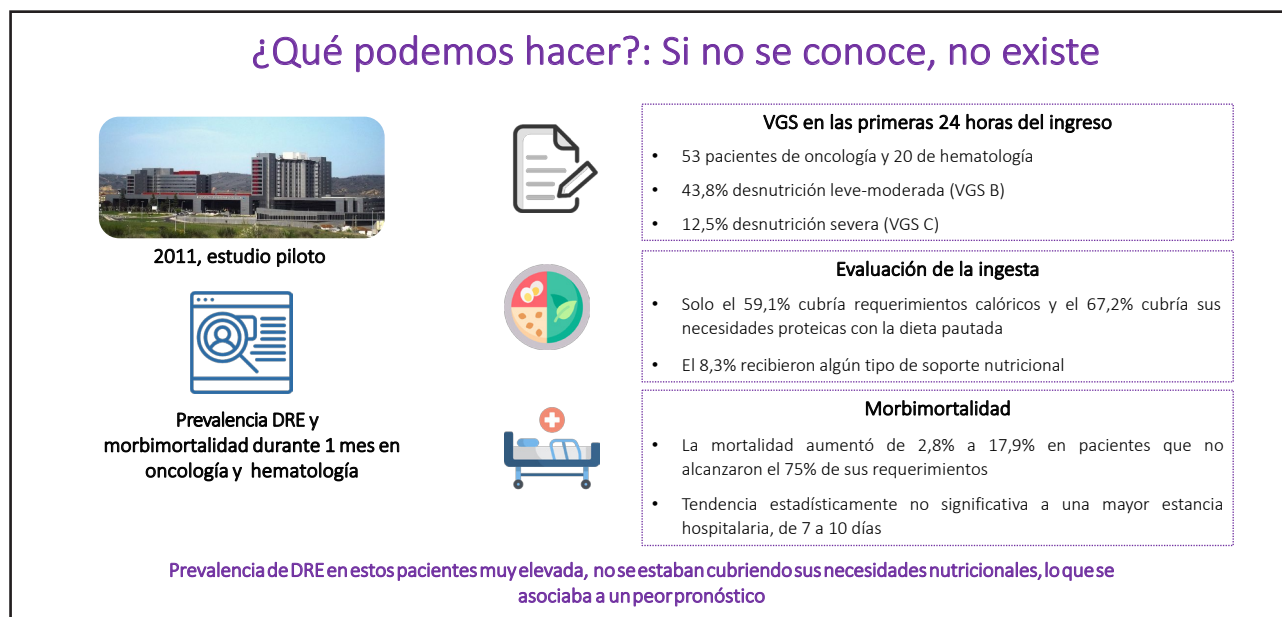
Inteligencia artificial: la autora declara no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

González Arnáiz E. El ejemplo de un modelo de atención ya instaurado. Nutr Hosp 2024;41 (N.º Extra 2):28-31

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.05305>

Correspondencia:

Elena González Arnáiz. Unidad de Nutrición. Hospital Universitario de León. C/ Altos de Nava, s/n. 24008 León
e-mail: elenagonzalezarnaiz@hotmail.com

**Figura 1.**

Estudio preliminar sobre la desnutrición relacionada con la enfermedad y el pronóstico clínico en la Unidad de Hospitalización de Hematología (DRE: desnutrición relacionada con la enfermedad; VGS: Valoración Global Subjetiva).

El 83 % de los pacientes tenía neoplasias hematológicas, el 7,8 % enfermedades autoinmunes y el 4,6 % síndromes mielodisplásicos. El motivo de ingreso más frecuente, en el 42,3 % de los casos, fue el estadiaje o el tratamiento de una neoplasia hematológica. La mediana de pérdida de peso previa a la hospitalización fue del 8 % (RIC 35,5 %) y la mortalidad intrahospitalaria resultó ser del 13,3 %. Tras la valoración nutricional un 9,2 % resultó ser falso positivo del cribado con MST; en el 36,2 % se diagnosticó desnutrición calórica; en el 14,2 % desnutrición proteica; y en el resto desnutrición mixta. Un 40,8 % presentó criterios de desnutrición grave. La intervención nutricional necesaria consistió en modificar o cambiar la dieta prescrita en el 56,8 % de los casos y dar suplementación nutricional oral en el 24,3 %. Hubo un paciente que requirió nutrición enteral y 3 que precisaron nutrición parenteral. Esta sencilla intervención nutricional temprana mediante modificaciones dietéticas supuso un incremento medio de la ingesta calórica de 407,4 (DE 679,4) kcal y un aumento medio de la proteica de 17,6 (DE 32,0) g. El porcentaje de pacientes con requerimientos calóricos cubiertos aumentó del 50,3 al 70,9 % ($p = 0,001$). En el caso de los requerimientos proteicos, el aumento fue del 44,3 al 64 % ($p = 0,016$).

Los resultados del programa de cribado nutricional se midieron al cabo de los dos primeros años y fueron positivos (7) (Fig. 2). Tanto los parámetros antropométricos como analíticos se mantenían ahora sin deterioro. Por otra parte, aunque las diferencias en la estancia media hospitalaria no alcanzaron la significación estadística, sí había tendencia a que aquella fuera mayor en los pacientes que no habían alcanzado sus requerimientos, especialmente los proteicos. En la convocatoria del año 2014, y dentro de la Estrategia de Cáncer, la experiencia en el cribado y

tratamiento nutricional precoz en el paciente oncohematológico hospitalizado del Hospital Universitario de León fue reconocida como buena práctica clínica en la I Jornada de Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud que se llevó a cabo el 16 de marzo del año 2015, siendo publicada y difundida por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Posteriormente, en el año 2016, nuestro grupo describió que el 21 % de los pacientes normonutridos al ingreso, con cribado nutricional negativo, desarrollaban desnutrición durante la hospitalización (8). Este dato resalta la necesidad de reevaluar a los pacientes periódicamente durante el ingreso para evitar la desnutrición y sus negativas consecuencias sobre el pronóstico.

Actualmente, en el hospital se utilizan los criterios GLIM — *Global Leadership Initiative on Malnutrition*— para diagnosticar el estado nutricional. Se emplean dinamometría y cintas métricas desechables para medir la pantorrilla. Se hacen registros de ingesta 2 veces por semana. Todas las dietas del centro están calibradas por los dietistas y son fiables a la hora de valorar la ingesta. En el manejo, se va de lo más fácil a lo más complejo y, en todos los casos, cuanto antes mejor. Al paciente se le informa y se le entrega un tríptico con consejos nutricionales (Fig. 3). En el tratamiento de las enfermedades oncohematológicas se deben incluir, además de los tratamientos médicos y quirúrgicos, medidas de carácter social y psicológico, pues el cáncer, por su naturaleza, afecta a todas las dimensiones de la persona. En León, una psicóloga atiende a estos pacientes y se han introducido otras medidas terapéuticas psicosociales, como la iniciativa de “Café con tu Hematólogo”, las llamadas “Salas de Respiro” para los familiares de los enfermos ingresados y la musicoterapia en las zonas de espera para tratamientos. Entre las limita-

ciones u obstáculos que interfieren con esta atención de calidad hay que señalar la inestabilidad de los cuidadores, referente a los cambios de personal; la inercia del ejercicio clínico tradicional;

la ausencia de digitalización en muchos casos, que conlleva un riesgo importante de pérdida de datos; y el *burnout* o síndrome de desgaste profesional debido a la creciente carga asistencial.

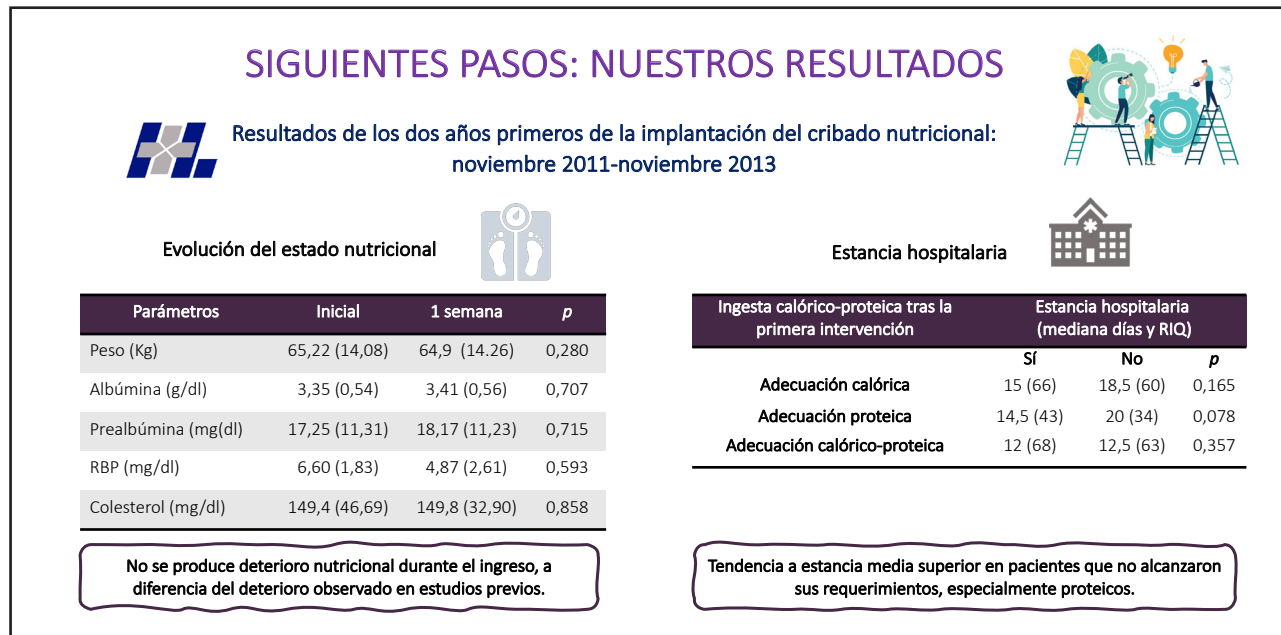


Figura 2.

Resultados tras la implantación del cribado nutricional (RBP: del inglés, *retinol binding protein* o proteína ligadora de retinol).

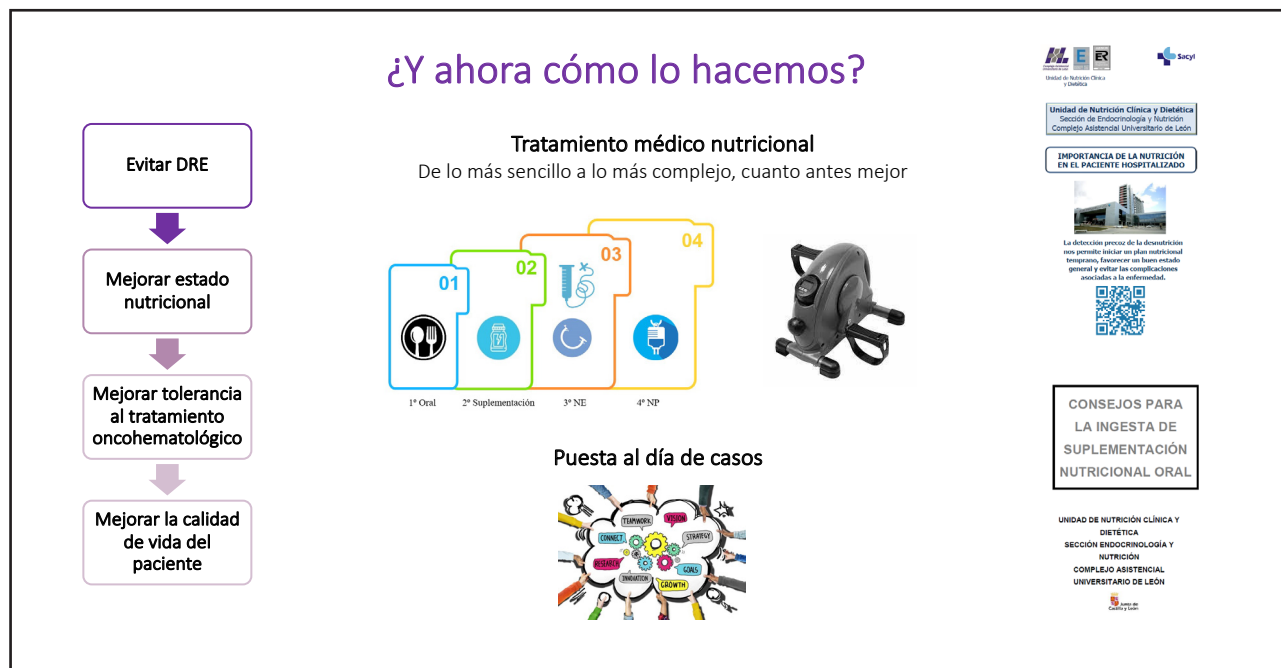


Figura 3.

Mejoras realizadas en la sistemática de atención nutricional a pacientes oncohematológicos (DRE: desnutrición relacionada con la enfermedad; NE: nutrición enteral; NP: nutrición parenteral).

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez-Hernández J, Planas Vila M, León-Sanz M, García de Lorenzo A, Celaya-Pérez S, García-Lorda P, et al; PREDyCES researchers. Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients; the PREDyCES Study. *Nutr Hosp* 2012;27(4):1049-59. DOI: 10.3305/nh.2012.27.4.5986
2. Dewys WD, Begg C, Lavin PT, Band PR, Bennett JM, Bertino JR, et al. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Med* 1980;69(4):491-7. DOI: 10.1016/s0149-2918(05)80001-3
3. Rodríguez-Durán D, Palma S, Loria-Kohen V, Villarino M, Bermejo LM, Gómez-Candela C. Percepción de la importancia de la alimentación en un grupo de pacientes con cáncer hematológico. *Nutr Hosp* 2012;27(2):663-7. DOI: 10.1590/S0212-16112012000200047
4. Planas Vila M, Álvarez Hernández J, García de Lorenzo A, Celaya Pérez S, León Sanz M, García-Lorda P, et al. The burden of hospital malnutrition in Spain: methods and development of the PREDyCES® study. *Nutr Hosp* 2010;25(6):1020-4.
5. Ballesteros-Pomar MD, Villar-Taibo R, Calleja-Fernández A, Pintor de la Maza B, Álvarez del Campo C, Vidal Casariego A, et al. Abordaje nutricional del enfermo oncohematológico. Best-practice en España. *Nutr Hosp* 2016;33(Supl. 1):58-61.
6. Castillo-Martínez L, Castro-Eguiluz D, Copca-Mendoza ET, Pérez-Camargo DA, Reyes-Torres CA, Ávila EA, et al. Nutritional Assessment Tools for the Identification of Malnutrition and Nutritional Risk Associated with Cancer Treatment. *Rev Invest Clin* 2018;70(3):121-5. DOI: 10.24875/RIC.18002524
7. Villar-Taibo R, Calleja-Fernández A, Vidal-Casariego A, Pintor-de-la-Maza B, Álvarez-del-Campo C, Arias-García R, et al. A short nutritional intervention in a cohort of hematological inpatients improves energy and protein intake and stabilizes nutritional status. *Nutr Hosp* 2016;33:1347-53. DOI: 10.20960/nh.794
8. Ramos Martínez T, Villar Taibo R, Vidal Casariego A, Pintor de la Maza B, Ramos MA, García-Pérez MP, et al. The appearance of malnutrition in hematological inpatients prolongs hospital stay: the need for nutritional surveillance during hospitalization. *Nutr Hosp* 2019;36(2):372-8. DOI: 10.20960/nh.2226