



**FRESENIUS
KABI**

caring for life

BiblioM@il ONCOLOGÍA

Resumen de las últimas publicaciones destacadas sobre el soporte nutricional enteral del **paciente oncológico**

Dra. Paula Jimenez-Fonseca

Sección Tumores Digestivos y Endocrinos. Departamento de Oncología Médica Hospital Universitario Central de Asturias

| Septiembre / Octubre de 2021





ÍNDICE

- ● ● 1. Modification of systemic anti-cancer therapies and weight loss, a population-level real-world evidence study **3**
- ● ● 2. Nutritional support during the hospital stay reduces mortality in patients with different types of cancers: secondary analysis of a prospective randomized trial. **5**



1. Modification of systemic anti-cancer therapies and weight loss, a population-level real-world evidence study

Shaw C, Starling N, Reich A, Wilkes E, White R, Shepelev J, Narduzzi S. Modification of systemic anti-cancer therapies and weight loss, a population-level real-world evidence study. *Ther Adv Med Oncol*. 2020 Dec 26;12:1758835920982805. doi: 10.1177/1758835920982805.

INTRODUCCIÓN

La pérdida de peso involuntaria es común en pacientes con cáncer, es un factor pronóstico adverso y se asocia con un empeoramiento de los resultados del tratamiento y una menor tolerancia a las terapias sistémicas contra el cáncer.

La pérdida de peso y el índice de masa corporal del paciente antes del inicio del tratamiento antineoplásico son indicadores estándar del riesgo de desnutrición.

En pacientes oncológicos con alto riesgo de desnutrición, las guías clínicas internacionales recomiendan un plan de apoyo nutricional. Sin embargo, este asesoramiento puede variar en función de los conocimientos clínicos sobre la gestión de la pérdida de peso de los profesionales y según el contexto sanitario. Más aun, la pérdida de peso suele estar infratratada en los pacientes con cáncer, en particular cuando los cambios de peso son menos evidentes por ser progresivos pero pequeños o en pacientes obesos.

Dada la influencia del estado nutricional en la tolerancia a los tratamientos del cáncer es necesario realizar investigaciones de vida real sobre las asociaciones entre la pérdida de peso y la modificación del plan terapéutico en los distintos tipos de cáncer para identificar lagunas o prioridades de actuación.

El objetivo de este estudio fue identificar los tipos de cáncer susceptibles de sufrir modificaciones en el tratamiento asociadas a la pérdida de peso que podrían ser prioritarios para la intervención nutricional.

MÉTODO

Este estudio utilizó los datos del registro de cáncer de Inglaterra y seleccionó pacientes con 18 tipos de cáncer que recibieron terapia antitumoral entre 2014 y 2018 y de los que se disponía de al menos dos registros consecutivos de peso corporal.

Las modificaciones del tratamiento oncológico se agruparon en reducciones de dosis, retrasos o suspensión del esquema/fármaco.

Se empleó el sistema de clasificación de Martin et al. (grados 0-4) para definir el porcentaje de pérdida de peso utilizando el cambio de peso más negativo de los pacientes con respecto al inicio en porcentaje y el IMC.

Se evaluó la capacidad para identificar la probabilidad de que los pacientes experimentasen modificaciones en el tratamiento en función de la pérdida de peso.

RESULTADOS

Se incluyeron 200.536 pacientes. El 28% experimentó pérdida de peso durante el tratamiento del cáncer. Los cánceres con mayor porcentaje de pacientes con pérdida de peso fueron la leucemia (39%) y los cánceres de esófago (43%), páncreas (42%) sarcoma (44%) y la neoplasia de estómago (44%).

Los pacientes con pérdida de peso frente a aquellos sin pérdida de peso eran más propensos a tener múltiples tipos de modificaciones de tratamiento en todos los tipos de cáncer: mama (17% frente al 10%), colon (28% frente a 21%), páncreas (27% frente a 18%), tracto gastrointestinal inferior (26% frente a 18%), mieloma (30% frente a 20%) y cánceres del tracto gastrointestinal superior (22% frente a 16%), respectivamente.

En el análisis de regresión y tras ajustar por factores de confusión, la pérdida de peso se asoció ($p < 0,05$) con una mayor probabilidad de modificación del tratamiento en los siguientes tumores: colon [Odds Ratio (OR) 1,72, intervalo de confianza (IC) del 95%, 1,42-2,07]; ginecológico (excluyendo el ovario) (OR 1,48, IC 95%, 1,08-2,01); estómago (OR 1,6, IC 95%, 1,04-2,06); pulmón (OR 1,38, IC 95%: 1,21-1,58); leucemia (OR 1,30, IC 95%: 1,09-1,55); cabeza y cuello (OR 1,30, IC 95%, 1,02-1,65) y esófago (OR 1,29; IC del 95%: 1,01-1,64).

En los cánceres de pulmón, colon y gastrointestinales incluyendo colon, la asociación entre la pérdida de peso y la modificación del tratamiento aumentó a mayor pérdida de peso. En estos cánceres, los pacientes con un IMC-WLG ≥ 2 tenían un 35% más de probabilidades de sufrir una modificación del tratamiento durante el tiempo antineoplásico en comparación con pacientes con un IMC-WLG de 0.

COMENTARIO DEL EXPERTO

En los pacientes oncológicos que sufren pérdida de peso existe mayor riesgo de modificaciones en el tratamiento antineoplásico que pueden comprometer su cumplimiento y eficacia.

Los resultados de este estudio del registro inglés de cáncer muestran una frecuencia de pérdida de peso en pacientes con cáncer durante el tratamiento antineoplásico superior al 30% en cánceres del tracto digestivo, leucemia y sarcoma. En cáncer de colon, tumores ginecológicos excepto ovario, cáncer gástrico, de pulmón, cabeza y cuello, esófago y en leucemia la pérdida de peso se asoció con una modificación del esquema de tratamiento.

Estos datos identifican los cánceres que son propensos a las modificaciones del tratamiento asociadas a la pérdida de peso y ponen de manifiesto que una población más amplia de lo esperado de pacientes con cáncer es vulnerable a la modificación del tratamiento asociadas a la pérdida de peso. En estos, la detección temprana de la pérdida de peso involuntaria y la intervención nutricional podrían causar un beneficio en los resultados del tratamiento antitumoral.

Sin embargo, la mayor limitación de este estudio es que no evaluó el estado nutricional sino la pérdida de peso y que no tuvo recogido si se llevaron a cabo intervenciones como la suplementación nutricional o adaptación de la dieta. Por ello, se requiere ir un paso más allá y llevar a cabo futuros estudios que confirmen el papel beneficioso de la estabilidad ponderal y de las intervenciones nutricionales en la eficacia de los tratamientos antineoplásicos.



2. Nutritional support during the hospital stay reduces mortality in patients with different types of cancers: secondary analysis of a prospective randomized trial.

Bargetzi L, Brack C, Herrmann J, Bargetzi A, Hersberger L, Bargetzi M, Kaegi-Braun N, Tribolet P, Gomes F, Hoess C, Pavlicek V, Bilz S, Sigrist S, Brändle M, Henzen C, Thomann R, Rutishauser J, Aujesky D, Rodondi N, Donzé J, Laviano A, Stanga Z, Mueller B, Schuetz P. Nutritional support during the hospital stay reduces mortality in patients with different types of cancers: secondary analysis of a prospective randomized trial. *Ann Oncol.* 2021;32(8):1025-1033. doi: 10.1016/j.annonc.2021.05.793.

INTRODUCCIÓN

Las estrategias terapéuticas en pacientes con cáncer se basan en una combinación de terapias modificadoras de la enfermedad (cirugía, quimioterapia, radioterapia) y tratamientos sintomáticos o paliativos que aborden el dolor, la alimentación y el malestar psicológico entre otros. Este manejo integral mejora la calidad de vida y la evolución del cáncer.

La malnutrición afecta al 30% de los pacientes con cáncer, a más de un 60% en estadios avanzados y a más de un 80% de aquellos con cáncer de cabeza y cuello, esófago, estómago o páncreas. La malnutrición asociada al cáncer incrementa la mortalidad, causa deterioro del estado funcional y estancias hospitalarias más prolongada.

Una vez ingresados en el hospital, los pacientes con cáncer corren un alto riesgo de deterioro del estado nutricional debido al ayuno para estudios diagnósticos, los efectos secundarios del tratamiento y un manejo nutricional subóptimo.

Para prevenir los resultados clínicos adversos asociados a la desnutrición, la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN) recomienda identificar a los pacientes con cáncer en riesgo de desnutrición mediante un cribado temprano, seguido de asesoramiento y apoyo nutricional. Dado que existe poca evidencia respecto a esta recomendación para pacientes oncológicos hospitalizados y puesto que los datos de los ensayos anteriores no son concluyentes se llevó a cabo

un análisis preespecificado en pacientes ingresados con cáncer dentro del **ensayo clínico aleatorizado sueco EFFORT** (*Effect of early nutritional support on Frailty, Functional Outcomes and Recovery of malnourished medical inpatients Trial*), NCT02517476.

Se reporta aquí un análisis preespecificado del efecto en mortalidad y otros resultados clínicos del apoyo nutricional en comparación con la alimentación hospitalaria habitual en pacientes con cáncer hospitalizados.

MÉTODO

Se reclutaron 506 pacientes adultos con cáncer hospitalizados en ocho centros de Suecia que al ingreso tenían una puntuación mediante el método de cribado Nutritional Risk Screening (NRS 2002) >2 (desnutrición) y una duración prevista de la estancia hospitalaria >4 días.

Los pacientes fueron asignados aleatoriamente 1 a 1 al grupo de intervención que recibía apoyo nutricional individualizado según un protocolo de aplicación o al grupo de control que recibía alimentación hospitalaria habitual sin apoyo nutricional. Este plan nutricional individualizado en el grupo de intervención se basaba en nutrición oral proporcionada por la cocina del hospital de acuerdo con las preferencias de los pacientes, con enriquecimiento de los alimentos mediante la adición de proteínas en polvo y proporcionando a los pacientes tomas adicionales entre

comidas además de suplementos nutricionales orales. Se asoció alimentación enteral o parenteral si no se alcanzaba el 75% de los objetivos de energía y proteínas con la alimentación oral a los 5 días. La ingesta nutricional fue reevaluada en este grupo cada 24-48 horas por un dietista basándose en los registros diarios de alimentos de cada paciente. Tras el alta, los pacientes recibieron asesoramiento dietético y, si estaba indicado, una prescripción de suplementos nutricionales orales en el ámbito ambulatorio.

RESULTADOS

Los pacientes tenían cáncer de pulmón (n =113), tumores gastrointestinales (n =84), neoplasias hematológicas (n =108) y otros tipos de cáncer (n =201).

El apoyo nutricional individualizado redujo el riesgo de mortalidad en comparación con la alimentación hospitalaria estándar y también mejoró significativamente los resultados funcionales y la calidad de vida.

El riesgo nutricional basado en el cuestionario NRS 2002 fue un predictor independiente de la mortalidad a lo largo de 180 días, con una HR ajustada por edad, sexo, centro, tipo de cáncer y tratamiento de 1,29 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,09-1,54; p =0,004) por cada punto de aumento del NRS. No se encontraron diferencias significativas en la mortalidad entre los tipos de cáncer.

En el período de seguimiento de 30 días, 50 pacientes (19,9%) murieron en el grupo control en comparación con 36 (14,1%) en el grupo de intervención, lo que dio lugar a una odds ratio (OR) ajustada de 0,57 (IC 95%, 0,35-0,94; p =0,027).

COMENTARIO BIBLI@EXPERTO

En los pacientes con cáncer que ingresan se recomiendan diferentes herramientas de cribado nutricional, entre ellas el NRS 2002 y un abordaje nutricional precoz, aunque el nivel de evidencia sobre esta actuación es escaso. Mientras que algunos estudios sobre pacientes con cáncer colorrectal encontraron una mejora de los resultados asociada a las intervenciones de apoyo nutricional, otros estudios no han aportado pruebas a favor del uso de intervenciones nutricionales. Por lo tanto, se ha cuestionado si la desnutrición es realmente un factor de riesgo modificable y si mejora con las intervenciones nutricionales.

El análisis secundario preespecificado de los pacientes con cáncer incluidos en el estudio EFFORT ha confirmado que el apoyo nutricional individualizado reduce la mortalidad a 30 días y mejora otros resultados clínicos como la calidad de vida y la funcionalidad. El riesgo de desnutrición determinado mediante el NRS 2002 en pacientes con cáncer fue un indicador pronóstico independiente respecto a la mortalidad a los 6 meses.

Los resultados del estudio apoyan la recomendación del cribado nutricional en pacientes con cáncer en el momento del ingreso hospitalario, seguido de una estrategia de apoyo nutricional individualizado en esta población de pacientes vulnerables. Los datos del estudio refuerzan la evidencia a favor de una atención nutricional integrada en el abordaje multidisciplinar y holístico del paciente oncológico ingresado.

En cuanto a las limitaciones a considerar: 1) la muestra de pacientes representa un amplio espectro de localizaciones tumorales, tipos de tratamiento y gravedad de la enfermedad que impide conocer el efecto en cada uno de ellos, 2) existe una variabilidad en la consecución de los objetivos calóricos y proteicos individualizados que pudo haber modificado el resultado final, 3) el apoyo nutricional solo abarcó el periodo de ingreso por lo que no se conoce el impacto real de una intervención nutricional mantenida en el entorno ambulatorio y 4) se excluyeron pacientes hospitalizados para cirugía oncológica por lo que se requieren futuros estudios en dicha población.