



Original

Factores pronóstico de desnutrición a partir de la valoración global subjetiva generada por el paciente (VGS-GP) en pacientes con cáncer de cabeza y cuello

L. Arribas^{*1}, L. Hurtós¹, R. Milà², E. Fort¹ y I. Peiró¹

¹Unidad Funcional de Nutrición Clínica, Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ²Unidad Bioestadística. Departamento Salud Pública Facultad Medicina. Universidad Barcelona.

Resumen

Introducción: La valoración global subjetiva generada por el paciente (VGS-GP) es una herramienta validada para la valoración nutricional de los pacientes oncológicos.

Objetivo: El objetivo de nuestro estudio es conocer la prevalencia de desnutrición de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello en el momento del diagnóstico y evaluar los factores pronósticos independientes de desnutrición a partir de la VGS-GP.

Material y métodos: Todos los pacientes ambulatorios que fueron evaluados por el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello para diagnóstico primario, estadiaje y decisión terapéutica fueron evaluados a través de la VGS-GP. Se excluyeron recidivas tumorales y segundas neoplasias.

Resultados: Se evaluaron 64 pacientes (55 hombres y 9 mujeres) con una edad media de 63 años y un índice de masa corporal (IMC) de 25,3 kg/m². Después de realizar la VGS-GP se observó que el 43,8% presentaban desnutrición o riesgo de padecerla. Los síntomas más frecuentes en el momento del diagnóstico fueron la disfagia (48,4%) y la anorexia (26,6%).

Dentro de la VGS-GP, los principales factores pronósticos ($p < 0,001$) fueron el porcentaje de pérdida de peso, los niveles de albúmina, el valor del IMC y la presencia de disfagia y/o anorexia.

Conclusiones: Parámetros como el IMC, la pérdida de peso y las cifras de albúmina en el momento del diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello, son factores predictivos independientes para el diagnóstico de desnutrición, así como la presencia de anorexia o disfagia.

(Nutr Hosp. 2012;28:155-163)

DOI:10.3305/nh.2013.28.1.6168

Palabras clave: Cáncer cabeza y cuello. Valoración nutricional. Malnutrición.

PREDICT FACTORS ASSOCIATED WITH MALNUTRITION FROM PATIENT GENERATED SUBJECTIVE GLOBAL ASSESSMENT (PG-SGA) IN HEAD AND NECK CANCER PATIENTS

Abstract

Introduction: Patient Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) is a validated tool for nutrition evaluation in patients with cancer.

Aim: The aim of our study was to estimate the prevalence of malnutrition in head and neck cancer patients at diagnosis and evaluate the independent prognostic factors for malnutrition from PG-SGA.

Material and methods: All outpatients attending at the Head and Neck Cancer Multidisciplinary Meeting for primary diagnosis, staging and treatment were evaluated by an oncology dietitian using the patient generated subjective global assessment (PG-SGA). Patients with recurrences or secondary tumours will be excluded.

Results: 64 patients were evaluated (55 men and 9 women) with an average age of 63 years and body mass index (BMI) of 25.3 kg/m² (SD \pm 5.18). After the nutritional assessment we observed that 43.8% of patients were malnourished or at risk of malnutrition. The most frequent symptom at diagnosis was dysphagia (48.4%) and anorexia (26.6%). From PG-SGA, the main prognostic factors ($p < 0,001$) were the percentage of weight loss, serum albumin levels, BMI and the presence of dysphagia or/and anorexia prior diagnosis.

Conclusions: Parameters as BMI, weight loss and low albumin levels at the time of diagnosis in head and neck cancer patients are independent predictors for malnutrition as well as the presence of anorexia or dysphagia.

(Nutr Hosp. 2013;28:155-163)

DOI:10.3305/nh.2013.28.1.6168

Key words: Head and neck cancer. Nutritional assessment. Malnutrition.

Correspondencia: Lorena Arribas Hortigüela.
Institut Català d'Oncologia.
08908 L'Hospitalet (Barcelona). España.
E-mail: larribas@iconcologia.net

Recibido: 12-IX-2012.
Aceptado: 04-X-2012.

Abreviaturas

VGS-GP: Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente.

IMC: índice de masa corporal.

ESPEN: European Journal of Parenteral and Enteral Nutrition.

SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica.

SEOR: Sociedad Española de Oncología Radioterápica.

SENPE: Sociedad Española de nutrición enteral y parenteral.

MST: Malnutrition Screening Tool.

MUST: Malnutrition Universal Screening Tool.

NRS: Nutritional Risk Screening.

PS: Performance status.

UFNC: Unidad Funcional de Nutrición Clínica.

UFCC: Comité de tumores de cabeza y cuello.

Introducción

En los últimos años diferentes estudios han demostrado que el soporte nutricional es indispensable en pacientes diagnosticados de cáncer, ya que un estado de desnutrición repercute de forma negativa en la evolución de la enfermedad (mayor morbimortalidad) en la tolerancia a los tratamientos oncológicos, en el cumplimiento terapéutico, la calidad de vida y en la esfera psicosocial de los pacientes y sus familiares. Los pacientes con un buen estado nutricional tienen una mayor capacidad para solventar las complicaciones derivadas de los tratamientos oncológicos¹.

Sin embargo, en muchos casos es difícil mantener un estado nutricional adecuado ya que el desarrollo de la propia enfermedad neoplásica, el tratamiento oncoespecífico que se administra y las características del paciente pueden inducir a desnutrición¹.

La desnutrición es común en los pacientes con cáncer. Las tasas de prevalencia varían en función de la localización del tumor, el estadio tumoral y el tratamiento oncoespecífico. La prevalencia puede oscilar entre el 9% en los tumores urológicos, el 46% en los tumores pulmonares y alcanzar el 86% en los tumores pancreáticos².

Una de las localizaciones tumorales que más se asocia a desnutrición son las neoplasias de cabeza y cuello. Además del estado de desnutrición en el momento del diagnóstico neoplásico que presentan alguno de estos pacientes, también pueden deteriorar de forma significativa el estado nutricional³ el propio tumor, el tratamiento y algunos factores psicosociales. El cáncer de cabeza y cuello está muy relacionado con hábitos tóxicos (alcohol y tabaco) que también contribuyen a un empeoramiento del estado nutricional⁴ especialmente deficiencias de micronutrientes. La pérdida de peso podría atribuirse principalmente a un aumento en el gasto energético y a una reducción en la ingesta⁵. La imposibilidad de mantener un aporte dietético correcto

por el propio tumor, por los tratamientos oncoespecíficos y la esfera psicosocial debe plantear la incorporación del soporte nutricional como arma terapéutica en el tratamiento oncológico activo de estos pacientes^{6,7}. Además de la anorexia y el aumento de los requerimientos energético-proteicos, la localización tumoral puede provocar odinodisfagia y obstrucción mecánica dificultando el mantenimiento o mejora del estado nutricional. Los tratamientos más empleados son la cirugía (con mutilación de ciertos órganos que dificultan una correcta deglución), radioterapia (con problemas de mucositis, xerostomía o disgeusia) y quimioterapia (náuseas, vómitos, anorexia).

La prevalencia de tumores de cabeza y cuello en la población española es de aproximadamente 35 por cada 100.000 habitantes. La mortalidad asociada a estos tumores se encuentra alrededor del 55% y una alta morbilidad está asociada a los tratamientos oncoespecíficos que reciben⁸.

Las guías de la European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN)⁸ recomiendan realizar una valoración nutricional periódica en el paciente oncológico con la intención de poder realizar una intervención nutricional precoz en aquellos pacientes en los que se detecte un déficit nutricional. La integración de un cribado nutricional en la práctica diaria de los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello es esencial para poder plantear la valoración nutricional específica y el tipo de intervención nutricional necesaria en estos pacientes⁹⁻¹¹.

El cribado nutricional ideal para el paciente oncológico no está universalmente aceptado. Recientemente la Guía Clínica sobre el manejo de la nutrición en el paciente con cáncer elaborada por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), la Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR) y la Sociedad Española de nutrición enteral y parenteral (SENPE) avala el uso del Malnutrition Screening Tool (MST) frente a otros métodos de cribado nutricional (MUST, NRS 2002) por su sencillez, fiabilidad y validez. El MST ha sido validado en los pacientes ambulatorios en tratamiento con radioterapia¹² y en los pacientes ambulatorios tratados con quimioterapia¹³. Otros grupos, sin embargo, (Oncology Nutrition Dietetic Practice Group of the American Dietetic Association) así como diversos estudios^{14, 15, 16} recomiendan como herramienta nutricional la Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente (VGS-GP) validada para el paciente oncológico.

La VGS-GP es un método de cribado que incluye datos de valoración nutricional y puede ser utilizado como valoración inicial de los pacientes diagnosticados de neoplasia de cabeza y cuello^{4, 6, 10}.

Los estudios demuestran que un soporte nutricional precoz e intensivo durante todo el proceso puede reducir la pérdida de peso antes, durante y después del tratamiento, mejorando el cumplimiento del tratamiento, la calidad de vida y el PS (performance status)^{8, 9, 20}. Según la literatura, es imprescindible que todos los pacientes

diagnosticados de neoplasia de cabeza y cuello sean visitados por el equipo de nutrición antes del tratamiento y puedan optimizar su estado nutricional a lo largo del mismo^{9,10}.

La Unidad Funcional de Nutrición Clínica (UFNC) forma parte activa del Comité de Tumores de Cabeza y Cuello (UFCC). En este comité se realiza la valoración conjunta de las pruebas clínicas y de imagen del paciente para diagnosticar y consensuar el tratamiento más adecuado entre los diferentes especialistas que integran la UFCC. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de desnutrición y los factores predictivos independientes de desnutrición de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello en el momento del diagnóstico tratados en un hospital oncológico de tercer nivel.

Material y métodos

Es un estudio observacional, no aleatorizado, y longitudinal. Desde Octubre de 2009 hasta Noviembre de 2010 todos los pacientes consecutivos diagnosticados de neoplasia primaria de cabeza y cuello y que eran valorados en el Comité de la Unidad Funcional de Cabeza y Cuello (UFCC) fueron considerados aptos para entrar en el estudio si cumplían los criterios de inclusión y ninguno de los criterios de exclusión.

Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitari de Bellvitge.

Se incluyeron todos pacientes ambulatorios mayores de 18 años valorados por el comité de tumores de cabeza y cuello (UFCC) del Hospital Universitari de Bellvitge – Institut Català d'Oncologia- con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello para su estadiaje y valoración de tratamiento. Los pacientes con recidiva locoregional o segundo tumor primario de cabeza y cuello, pacientes en situación de cuidados paliativos o tratados anteriormente en otro centro por la neoplasia primaria de cabeza y cuello fueron excluidos del estudio.

La selección de los pacientes y la valoración nutricional fueron llevados a cabo por la misma dietista - nutricionista especializada en oncología. Después de recibir la información relativa al diagnóstico oncológico y al tratamiento propuesto, la dietista - nutricionista realizó la Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente (VGS-GP). Al mismo tiempo se recogieron los siguientes datos para una valoración a lo largo del tratamiento.

- Variables demográficas: sexo, fecha de nacimiento
- Variables clínicas: localización y estadio tumoral, tratamiento propuesto, síntomas
- Variables antropométricas: talla, evolución del peso, ingesta, necesidad de soporte, cambios de composición corporal (pérdida de masa muscular, pérdida de masa grasa) e IMC.

Es importante observar que todos los pacientes tras la VGS-GP realizada por la dietista - nutricionista recibían recomendaciones dietéticas adaptadas para mantener una ingesta nutricional correcta hasta la próxima visita con nutrición, en caso necesario. Durante el periodo de seguimiento se estudió la evolución de los cambios de composición corporal y la necesidad de soporte nutricional. En aquellos casos en que fue necesario la prescripción de nutrición enteral por sonda se registró la duración de este tratamiento.

Previo al análisis de los datos, se testó la normalidad de las variables cuantitativas demográficas y clínicas mediante las pruebas de normalidad de Shapiro-Wilk y Kolmogorov-Smirnov. Todas las variables cuantitativas presentaron una distribución normal y los resultados se expresaron mediante los valores de media, desviación estándar y intervalo de confianza al 95% (IC 95%). Para realizar las comparaciones a posteriori se utilizó el test de T-student para la variable de sexo y las pruebas de análisis de la variancia (ANOVA) para las comparaciones según el estado nutricional. Para las variables cualitativas se utilizó la prueba de chi cuadrado (χ^2). El nivel de significación usado en todos los casos fue de 0,05 ($p < 0,05$). Los datos obtenidos fueron analizados con el programa estadístico SPSS v 16.0 (2008, SPSS, Inc, Chicago, IL).

Resultados

Se estudiaron 64 pacientes, de los cuales el 85,9% fueron varones ($n=55$) con una media de edad de 63 años (rango entre 30-79 años). El índice de masa corporal (IMC) medio fue de $25,3 \pm 5,18$ kg/m². Las características de la población estudiada se pueden observar en la tabla I.

Después de analizar la puntuación obtenida de la Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente a los 64 individuos se observó que el 56,2% ($n=36$) de los pacientes evaluados estaban normnutridos, un 37,5% ($n=24$) estaban en riesgo de desnutrición o desnutrición moderada y sólo el 6,3% ($n=4$) presentaba una desnutrición severa. No se detectaron diferencias significativas entre hombres y mujeres. Según el diagnóstico, los pacientes con tumores de orofaringe (17,2%) y laringe (11%) presentaron mayores porcentajes de riesgo y/o desnutrición. En el caso de tumores de origen desconocido, sólo se detectaron 2 casos (3,1%) que presentaban riesgo de desnutrición (tabla II).

Dentro de la VGS-GP uno de los parámetros más significativos fue la pérdida de peso. Se observaron diferencias significativas ($F= 44,079$; $p < 0,0001$) para esta variable en el momento del diagnóstico. Se observó que los pacientes con una desnutrición severa tenían una pérdida de peso mayor que los pacientes bien nutridos y que aquellos que estaban en riesgo de desnutrición (fig. 1).

En cuanto a la albúmina, se recogió el valor en 47 pacientes ya que no fue incluida en todas las analíticas

Tabla I
Características basales de la población estudiada

Características población		Valores
Sexo ^a	Masculino	55 (85,9%)
	Femenino	9 (14,1%)
Edad (años) ^b		63,2 (9,8)
Talla (m) ^b		1,67 (0,08)
Peso (Kg) ^b		71,30 (17,01)
IMC (Kg/m ²) ^b		25,33 (5,2)
Localización tumor ^a	Cavidad oral	9 (14,1%)
	Orofaringe	19 (29,7%)
	Hipofaringe	9 (14,1%)
	Nasofaringe	4 (6,3%)
	Parotida	2 (3,1%)
	Laringe	18 (28,1%)
	Origen desconocido	3 (4,7%)

^aNúmero de casos (porcentaje de casos)

^bMedia (± desviación estándar)

iniciales solicitadas. Aunque los valores medios de la albúmina estuvieron dentro de los valores de referencia (32 – 45 g/L) se objetivaron diferencias significativas ($F= 9,246$; $p<0,0001$) de los valores de albúmina según el estado nutricional de los pacientes. Así, a medida que su estado nutricional empeoró también lo hicieron los valores de albúmina (fig. 2).

El IMC también disminuyó de manera significativa ($F= 7,066$; $p<0,002$) a medida que el estado nutricional según la VGS-GP empeoró. Pacientes con desnutrición severa reflejaron valores de IMC en el límite inferior de los valores normales de referencia (18,5-25 kg/m²). Así mismo, los pacientes bien nutridos mostraron un IMC medio por encima del valor de referencia (fig. 3), presentado sobrepeso.

En el 35,9% de los pacientes, había reducido su ingesta oral habitual con respecto al mes anterior. El 64,1% refería mantener una dieta normal. Sin embargo,

el 62,5% (n=40) presentaba alguna dificultad para alimentarse, siendo la disfagia uno de los síntomas más frecuentes (48,4%).

Dentro de la sintomatología estudiada en estos pacientes según la VGS-GP, los síntomas más predominantes fueron la disfagia y la anorexia. Se observó que entre los pacientes con disfagia según su estado nutricional existían diferencias significativas ($\chi^2= 9,447$, p valor = 0,009). Por otro lado, la anorexia fue el segundo síntoma más común en estos pacientes. Su relación con el estado nutricional también fue significativo ($\chi^2= 12,024$, p valor = 0,002). Los pacientes con anorexia presentaron un mayor deterioro del estado nutricional en el momento del diagnóstico (fig. 4).

Un total de 54 pacientes (84,4%) evaluados en el momento del diagnóstico recibieron soporte nutricional a lo largo del tratamiento desde la unidad de nutrición clínica. De los pacientes que no recibieron soporte nutricional por no haber consultado a la UFNC durante el tratamiento oncoespecífico, el 20% (n=2) presentaron desnutrición moderada o sospecha de padecerla en el momento de realizar la VGS-GP.

A lo largo del tratamiento 36 pacientes (66,6%) de los que recibieron soporte nutricional requirieron nutrición enteral por sonda. De los 5 pacientes que llevaron sonda nasogástrica menos de 7 días, uno de ellos falleció, otro rechazó la sonda a los dos días de haberla colocado y 3 de los pacientes fueron pacientes quirúrgicos que tras la intervención iniciaron la ingesta oral de forma precoz. Solo se indicó la colocación de gastrostomía para la administración de nutrición enteral a largo plazo en el 3,2% (n=2). A pesar de que la duración media de la nutrición enteral fue mayor en los pacientes con desnutrición o riesgo de padecerla, no se observaron diferencias significativas entre grupos. En el momento del análisis estadístico 9 pacientes continuaban con nutrición enteral por sonda.

Se calculó la pérdida de peso a lo largo del tratamiento. Solo se recogieron los pacientes que habían finalizado el tratamiento oncoespecífico. Se analizaron

Tabla II
Grado de desnutrición en función del diagnóstico

		VGS-GP								
		Bien nutrido			Riesgo de malnutrición			Desnutrición severa		
		Recuento	% grupo	% del total	Recuento	% grupo	% del total	Recuento	% grupo	% del total
Diagnóstico	cavidad oral	6	66,7%	9,4%	2	22,2%	3,1%	1	11,1%	1,6%
	orofaringe	8	42,1%	12,5%	10	52,6%	15,6%	1	5,3%	1,6%
	hipofaringe	5	55,6%	7,8%	3	33,3%	4,7%	1	11,1%	1,6%
	nasofaringe	3	75,0%	4,7%	1	25,0%	1,6%	0	,0%	,0%
	laringe	11	61,1%	17,2%	6	33,3%	9,4%	1	5,6%	1,6%
	origen desconocido	1	33,3%	1,6%	2	66,7%	3,1%	0	,0%	,0%
	parotida	2	100,0%	3,1%	0	,0%	,0%	0	,0%	,0%
Total		36	56,3%	56,3%	24	37,5%	37,5%	4	6,3%	6,3%

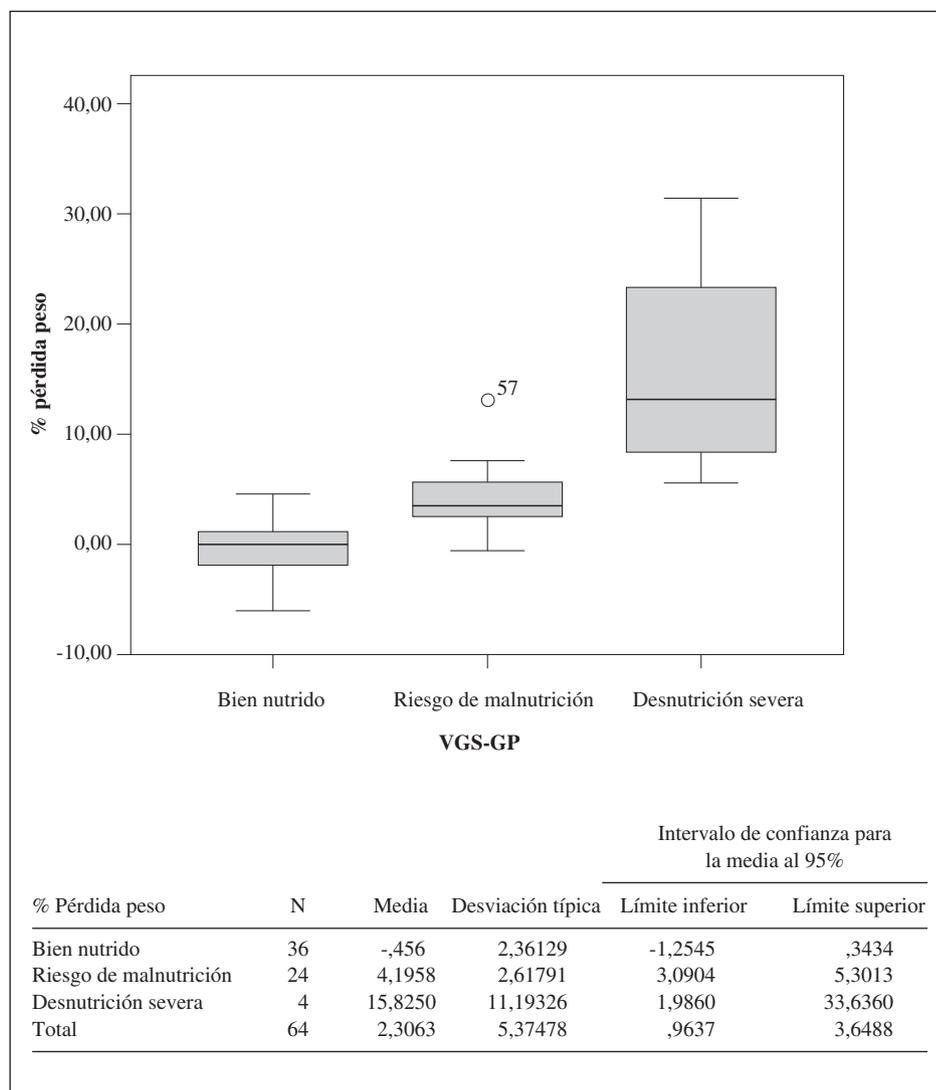


Fig. 1.—% de pérdida de peso en relación al estado nutricional de los pacientes.

30 pacientes. En la figura 5 se muestran las medidas de dispersión para la pérdida de peso de estos pacientes. La mitad de los pacientes incluidos había perdido cerca de 5 kg a lo largo del tratamiento.

Discusión

La prevalencia de desnutrición en el momento del diagnóstico del cáncer de cabeza y cuello es del 43,8% y concuerda con los datos reportados hasta el momento en la literatura que están entre el 37-60%^{9,20}. A pesar de estos datos, en muchos casos la prevalencia de desnutrición en estos pacientes varía considerablemente dependiendo del momento en el que se realice la valoración nutricional. Es decir, los datos de desnutrición de estos pacientes van en aumento a medida que avanza el tratamiento y la enfermedad.

En el momento de la valoración nutricional el 35,9% de nuestros pacientes explicó una ingesta menor de lo habitual con respecto a la del mes anterior, frente a una

cifra del 70% que explican otros estudios en la literatura⁶. Nuestra cifra más baja se puede explicar dada la valoración de la ingesta de manera precoz antes del inicio del tratamiento y otros síntomas que puedan interferir en la ingesta, siendo la anorexia el segundo síntoma más destacable presente en el 26,6% de nuestros pacientes. Además la disfagia afectaba al 48,4% de los pacientes entrevistados por lo que posiblemente los pacientes con este síntoma comían menos cantidad. El 64,1% refería mantener una dieta normal a pesar de que el 62,5% de los pacientes presentaban algún síntoma que dificultaba la ingesta. Es decir, a pesar de que los pacientes presentaban alguna dificultad para alimentarse por la enfermedad, éstos se adaptaban y conseguían mantener una ingesta y peso correctos.

A lo largo del tratamiento el 84,4% recibió soporte nutricional desde la UFNC. El 16,6% restante fueron pacientes con tumores pequeños o con ninguna implicación nutricional (parótida, tumores de origen desconocido). A pesar de que hubo 2 pacientes que en la valoración nutricional inicial se observó un riesgo de

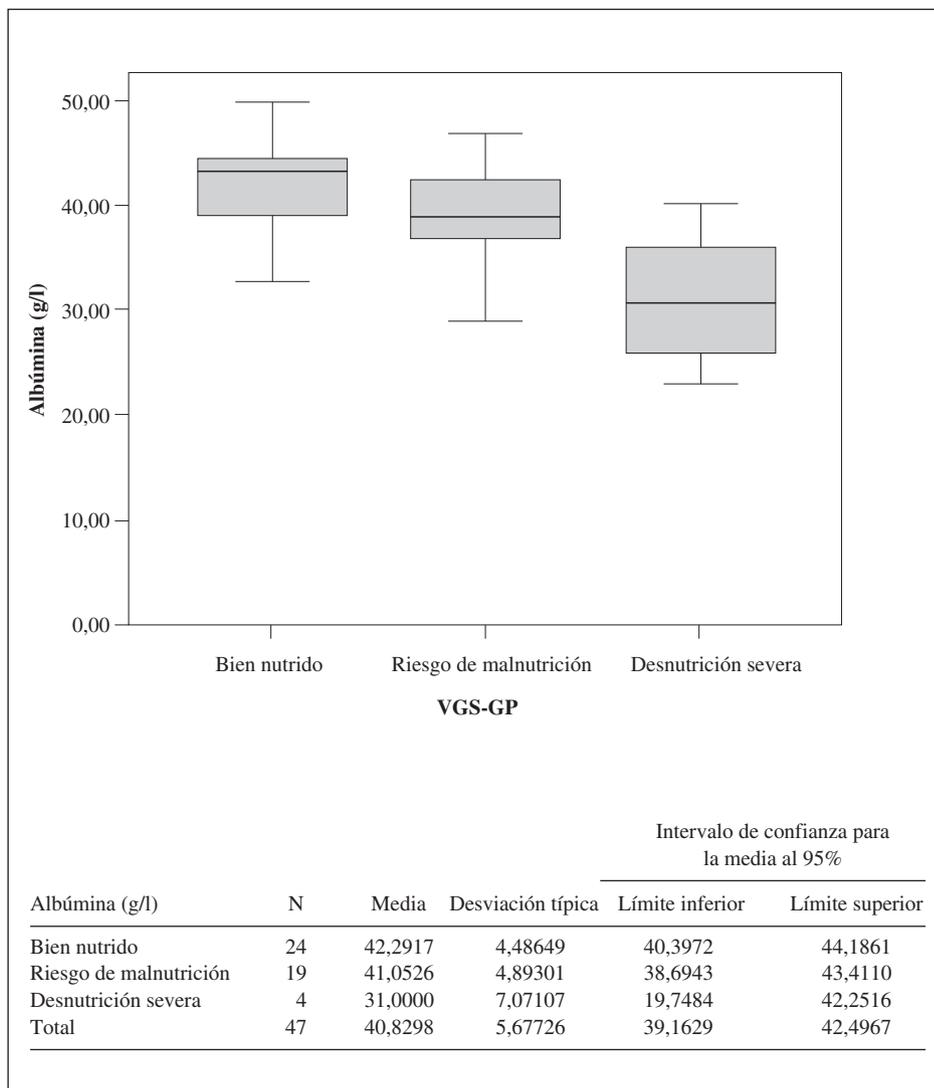


Fig. 2.—Niveles séricos de albúmina en relación al estado nutricional de los pacientes.

desnutrición, éstos fueron pacientes quirúrgicos que tras la cirugía no presentaron ninguna dificultad o riesgo nutricional. El consejo dietético que recibieron todos los pacientes en el momento de la valoración nutricional al diagnóstico fue suficiente para mantener su estado nutricional.

Síntomas como la disfagia o la anorexia condicionan el estado nutricional en el momento del diagnóstico. Valores como el peso perdido antes del diagnóstico, la albúmina o el IMC correlacionan de manera precoz el estado nutricional del paciente y un empeoramiento en estas cifras implica un deterioro nutricional.

Aproximadamente entre el 30-50% de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello pierden el 10% de su peso corporal antes de iniciar el tratamiento con radioterapia⁴. Las guías de ESPEN⁸, recomiendan realizar una valoración nutricional a todos los pacientes que inicien tratamiento con radioterapia y utilizar suplementación nutricional adaptada a las necesidades del paciente para optimizar su estado nutricional. En cuanto al uso de nutrición enteral, los resultados anali-

zados se realizaron a partir de 7 días de la prescripción, ya que en los casos con nutrición enteral durante menos de 7 días sería debatible la necesidad o no de esta medida⁸. A pesar de estas recomendaciones el uso de nutrición enteral por sonda ha sido inevitable en el 66,6% de los pacientes. La duración de nutrición enteral ha sido muy variable dependiendo del tratamiento, la localización del tumor y estado nutricional del paciente.

El uso profiláctico de gastrostomías en los pacientes con neoplasia de cabeza y cuello sometidos a tratamiento con quimio y/o radioterapia es aún un tema de debate^{22,23}. En países anglosajones la colocación de gastrostomías profilácticas a todos los pacientes diagnosticados de neoplasia de cabeza y cuello es una práctica habitual. La duración media de nutrición enteral de nuestra muestra fue de 51,5 días (aprox 7 semanas). Según las guías de ESPEN debería plantearse la colocación de ostomías de alimentación cuando la administración de nutrición enteral se prolongue más de 6 semanas. A pesar de que la colocación de gastrosto-

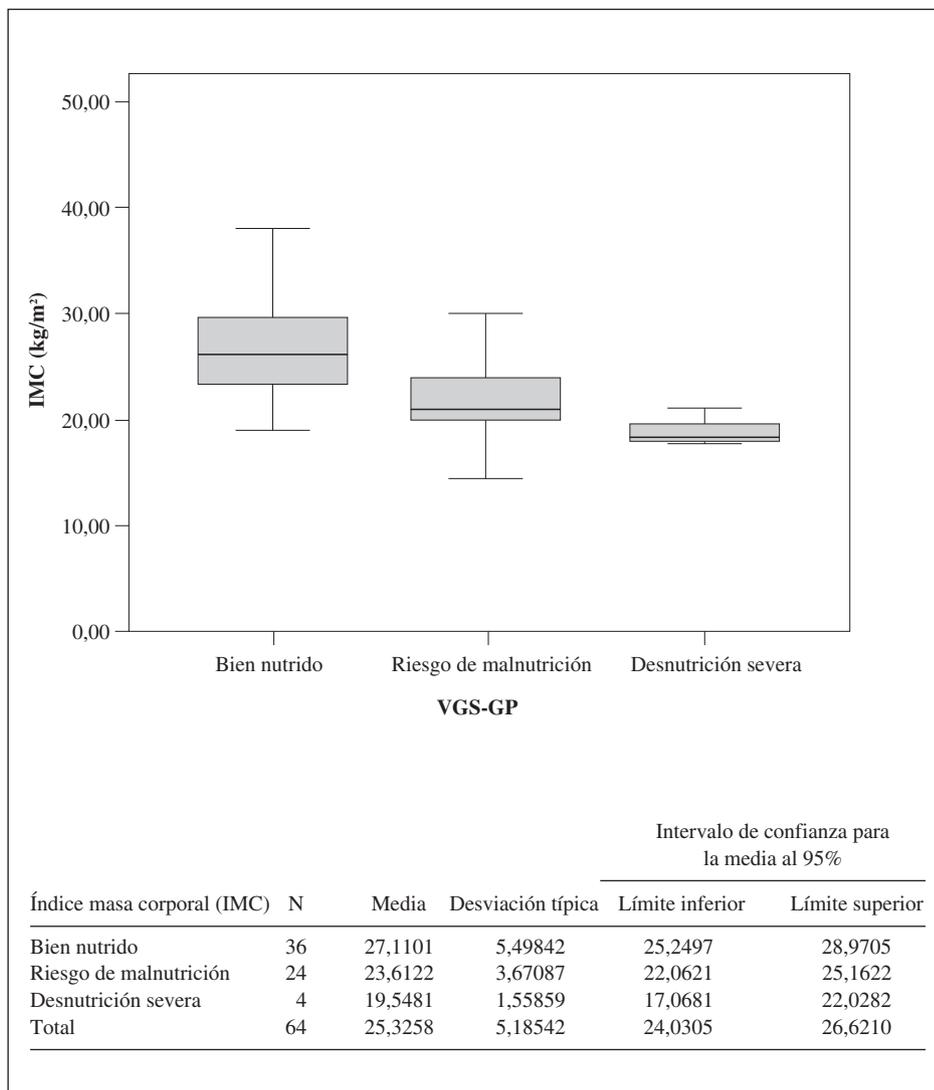


Fig. 3.—Índice de masa corporal (IMC) en relación al estado nutricional de los pacientes.

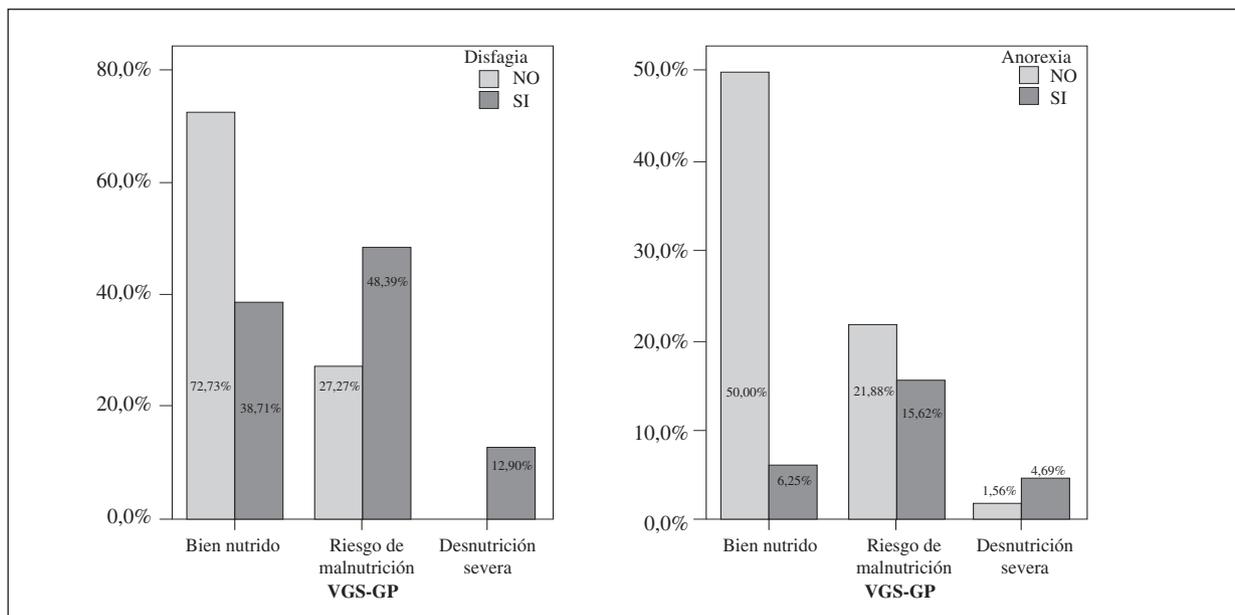


Fig. 4.—Porcentaje de disfagia y anorexia según el estado nutricional de los pacientes.

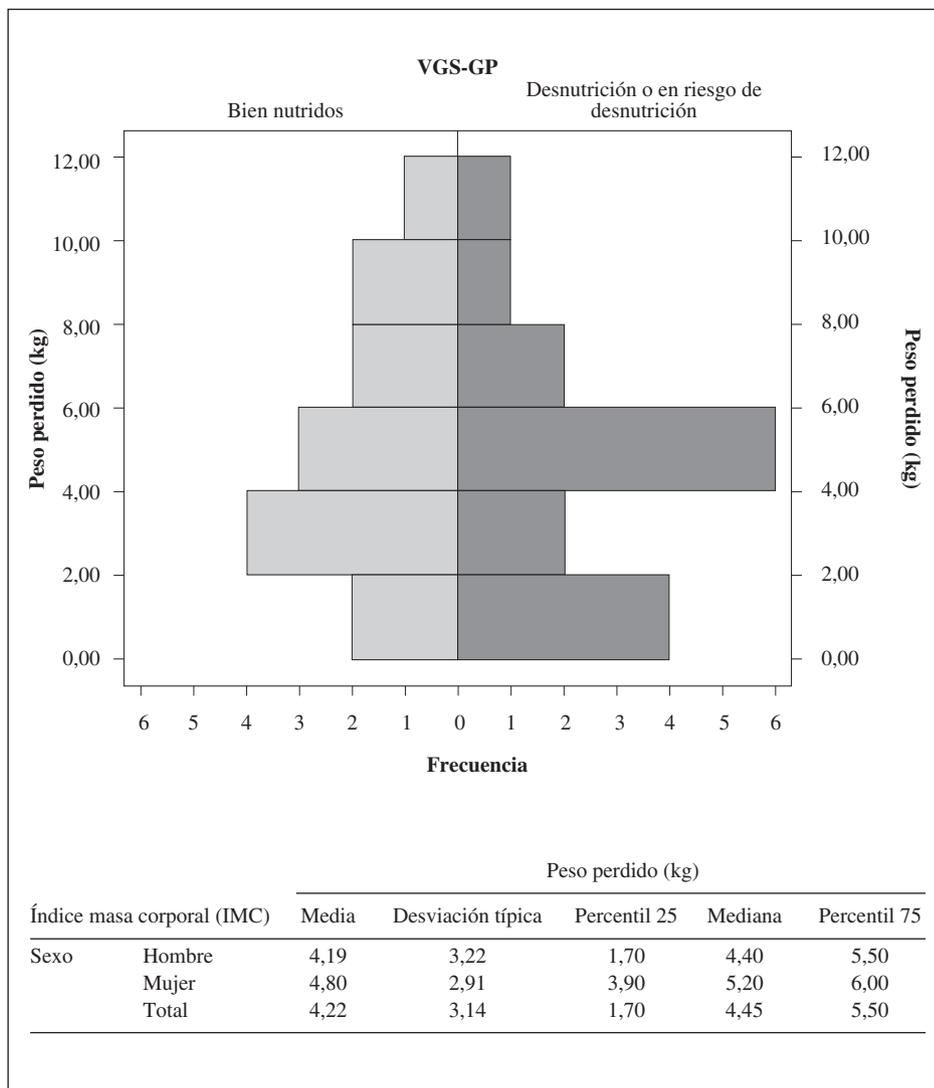


Fig. 5.—Pérdida de peso (kg) al final del tratamiento.

más es considerado un proceso relativamente seguro y con una incidencia pequeña de complicaciones, no es un procedimiento totalmente libre de riesgos. Por eso, es importante una selección cuidadosa de aquellos pacientes que puedan beneficiarse de la colocación de una gastrostomía profiláctica²⁴. La prolongación de administración de nutrición enteral por sonda en una semana no justifica la implantación de gastrostomías profilácticas de manera protocolizada. En nuestro centro, la decisión de colocación de gastrostomías profilácticas se realiza dentro del UFCC y forma parte de la toma de decisiones multidisciplinar. Es por esto, que sólo el 3,2% (n=2) de nuestros pacientes han requerido la colocación de gastrostomías profilácticas antes de iniciar tratamiento oncoespecífico. Uno de ellos fue exitus a lo largo del tratamiento y el otro paciente mantenía aún el uso de nutrición enteral a pesar de haber finalizado el tratamiento.

Según diferentes estudios, se calcula que la prevalencia de desnutrición ó pérdida de peso crítica (definida como la pérdida de peso involuntaria de >5% en

un mes) en pacientes con cáncer de cabeza y cuello estaría entre el 30-55% de estos pacientes en general, durante el tratamiento oncoespecífico^{20,24,25}.

En nuestros pacientes la pérdida de peso a lo largo del tratamiento fue muy variable. Una de las cifras más llamativas correspondió a un paciente que perdió 31 kg en los tres meses previos al inicio del tratamiento. Sin embargo, con soporte nutricional se consiguió que recuperara 24 kg. Para los pacientes sometidos a radioterapia es de especial interés el mantenimiento del peso corporal para una máxima eficacia del tratamiento. Dado el trabajo interdisciplinar que se realiza en nuestro centro con el equipo médico y de enfermería la pérdida de peso a lo largo del tratamiento se ha minimizado desde la incorporación de la unidad de nutrición clínica a la UFCC.

Es importante tener en cuenta que a pesar de los esfuerzos por parte de la UFNC y del equipo médico y de enfermería para mejorar el estado nutricional de los pacientes y mantener su peso, hay pacientes que rechazan la colocación de sondas nasogástricas, el uso de

suplementación o no acuden de forma periódica a los controles nutricionales.

La baja prevalencia de algunos síntomas que dificultan la ingesta asociados al tumor puede verse afectada por el momento en el que se realizó la valoración nutricional. La saturación de información que reciben estos pacientes en el UFCC es posible que minimice los síntomas y la valoración nutricional no resulte efectiva.

Una de las principales limitaciones del estudio es el tamaño de la muestra. En un estudio posterior con una población de mayor tamaño se podría confirmar si los factores estudiados (IMC, albúmina, evolución del peso y la presencia de anorexia o disfagia) son parámetros pronósticos independientes del estado nutricional.

En conclusión, tras recibir el diagnóstico y en espera de realizar un tratamiento, es difícil valorar el estado nutricional del paciente a pesar de tener una herramienta validada. Se debe tener en cuenta que la situación emocional en la que se encuentra el paciente y la familia no es idónea para llevar cabo una valoración nutricional completa mediante la VGS-GP. Por esto, la identificación de parámetros pronósticos independientes facilitaría la detección de pacientes en riesgo en el mismo momento del diagnóstico. Sería recomendable realizar la valoración nutricional completa en otro momento antes de iniciar el tratamiento oncoespecífico.

El enfoque multidisciplinar en el tratamiento de los pacientes diagnosticados con neoplasia de cabeza y cuello es importante para facilitar la identificación precoz de los pacientes desnutridos y de aquellos problemas nutricionales que puedan surgir a lo largo del tratamiento. El trabajo conjunto del equipo de nutrición y del equipo médico y de enfermería es fundamental para desarrollar un buen soporte nutricional y médico y mejorar la calidad de vida y tolerancia a los tratamientos antitumorales.

La participación del equipo de nutrición en los comités de tumores de cabeza y cuello permite optimizar al máximo el cuidado nutricional del paciente desde el momento del diagnóstico.

Anexos

Referencias

1. Chasen M, Ashbury F. Nutrition as supportive care in the cancer experience. *Support Care Cancer* 2010; 18 (Suppl 2): S11-S12.
2. Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. CABI Publishing, CAB International. Oxon UK 2003.
3. Chasen MR, Bhargava R. A descriptive review of the factors contributing to nutritional compromise in patients with head and neck cancer. *Support Care Cancer* 2009;17:1345-51.
4. Dingman C et al. A coordinated, multidisciplinary approach to caring for the patient with head and neck cancer. *J Support Oncol* 2008; 6:125-131.
5. García-Peris P, Lozano MA, Velasco C et al. Prospective study of resting energy expenditure changes in head and neck cancer patients treated with chemoradiotherapy measured by indirect calorimetry. *Nutrition* 2005; 21 (11-12): 1107-112.
6. Salas S, Deville JL, Giorgi R et al. Nutritional factors as predictors of response to radio-chemotherapy and survival in unresectable squamous head and neck carcinoma. *Radiother Oncol* 2008 May; 87 (2): 195-200.
7. Kubrak C, Olson K, Jha N et al. Nutrition impact symptoms: key determinants of reduced dietary intake, weight loss, and reduced functional capacity of patients with head and neck cancer before treatment. *Head Neck* 2010 Mar;32(3):290-300.
8. Garcia-Peris P Parón L, Velasco C et al. Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: Impact on quality of life. *Clin Nutr* 2007 Dec; 26(6):710-7.
9. Arends J Bodoky G, Bozzetti F et al. ESPEN Guidelines on enteral nutrition: Non-surgical oncology. *Clin Nutr* (2006) 25, 245-259.
10. Hayward MC, Shea AM. Nutritional needs of patients with malignancies of the head and neck. *Sem Oncol Nurs* 2009, 25(3): 203-211.
11. Garg S, Yoo J, Winquist E. Nutritional support for head and neck cancer patients receiving radiotherapy: a systematic review. *Support Care Cancer* 2010; 18: 667-77.
12. Ferguson M, Bauer J, Gallagher B, Capra S, Christie DRH, Marson BR. Validation of a malnutrition screening tool for patients receiving radiotherapy. *Australas Radiol* 1999; 43:325-7.
13. Insering E, Bauer J, Capra S. Nutritional intervention is beneficial in oncology outpatients receiving radiotherapy to the gastrointestinal, head or neck area. *Br J Cancer* 2004; 91: 447-52.
14. Bauer J. Use of the store Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56: 779-785.
15. T. F. Amaral. An evaluation of three nutritional screening tools in a Portuguese oncology centre. *J Hum Nutr Diet* 2008; 21, 575-583.
16. Leuenberger M, Krumann S, Stanga Z. Nutritional screening tools in daily clinical practice: the focus on cancer. *Support Care Cancer* 2010; 18 (suppl 2): S17-S27.
17. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN* 1987; 11: 8-13.
18. Ottery DF. Rethinking nutritional support of the cancer patient: the new field on nutritional oncology. *Seminars in Oncology* 1994; 21: 770-8.
19. Bauer J, Capra S, Ferguson M. Use of the Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56: 779-785.
20. Fuchs V, Barbosa V, Mendoza J et al. Evaluación del impacto de un tratamiento intensivo sobre el estado nutricional de pacientes con cáncer de cabeza y cuello en estadio III y IV. *Nutr Hosp* 2008; 23(2): 134-140.
21. Capuano G, Gentile PC, Bianciardi F, Tosti M, Palladino A, Di Palma M. Prevalence and influence of malnutrition on quality of life and performance status in patients with locally advanced head and neck cancer before treatment. *Support Care Cancer* 2010;18(4):433-7.
22. Corry J, Poon w, McPhee N et al. Randomized study of percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric tubes for enteral feeding in head and neck cancer patients treated with (chemo)radiation. *J Med Imaging Radiat Oncol* 2008; 52(5): 503-10.
23. Lawson JD, Gaultney J, Saba N, Grist W, Davis L, Johnstone PA. Percutaneous feeding tubes in patients with head and neck cancer: rethinking prophylactic placement for patients undergoing chemoradiation. *AMJOTO* 2009; 30: 244-249.
24. Cady J. Nutritional support during radiotherapy for head and neck cancer: the role of prophylactic feeding tube placement. *Clin J Oncol Nurs* 2007; 11(6): 875-880.
25. Jager-Wittenaar H, Dijkstra PU, Vissink A, Van der Laan BF, Van Oort RP, Roodenburg JL. Critical weight loss in head and neck cancer-prevalence and risk factors at diagnosis: an explorative study. *Support Care Cancer* 2007; 15: 1046-1050.