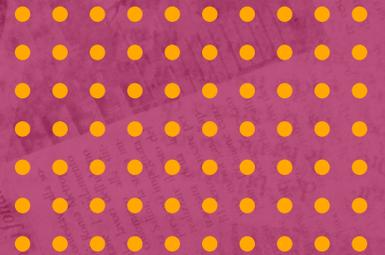




# NAES

## Nutrición y atención en salud

*Fascículo 14, marzo 2023*



## Nutrición y atención en salud (NAES)

● Fascículo 14, marzo 2023.

### *Proceso de cuidado nutricional en un programa de cuidados paliativos: la experiencia de la Unidad de cuidados paliativos Presentes IPS*

→ **Por definición “los cuidados paliativos son los apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren, además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo.** El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia”<sup>1</sup>. El incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas sin expectativa curativa derivado de la transición epidemiológica de las poblaciones ha ocasionado un gran impacto en la calidad de vida de las personas, y en respuesta a esto nace la atención paliativa.

Basado en el objetivo de los cuidados paliativos, la atención multidisciplinaria e integrada es necesaria e involucra la implementación de un proceso de cuidado nutricional (PCN), que considere no solo los aspectos clínicos de la nutrición sino las influencias culturales, religiosas, de sistemas de creencias y costumbres que intervienen en la alimentación<sup>2</sup>.

Aunado a lo anterior, la identificación de las alteraciones del estado nutricional y la sintomatología gastrointestinal adversa, cobra particular importancia por ser de las situaciones más indeseadas por los pacientes y sus familiares, siendo incluso más relevantes en comparación con otras condiciones clínicas del proceso. Por lo anterior, una adecuada atención nutricional, en cuanto a la identificación del riesgo nutricional, el correcto diagnóstico y selección de la terapia médico nutricional, así como el apoyo para el control de la sintomatología y seguimiento de la evolución clínica, tienen un impacto en la calidad de vida, pronóstico y supervivencia de los pacientes<sup>3</sup>.



**Referencias:** 1. Ministerio de salud y protección social. Ley 1733 de 2014. 2014 p. 3. 2. Muscogiuri G, Barrera L, Carignano M de los A, Ceriani FI. Nutritional recommendations in palliative care for patients with advanced diseases and at the end of life. Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo.2021;4(2).



El PCN antecedido por la identificación del riesgo nutricional contempla una valoración completa, que permita el correcto diagnóstico y la definición de una terapia nutricional que puede contemplar la dietoterapia, el soporte nutricional (vía oral, enteral o parenteral) y la alimentación del confort<sup>3,4</sup>.

La selección de la terapia dependerá de la expectativa de vida del paciente, sus necesidades y los objetivos terapéuticos que cambiarán conforme la enfermedad avanza. Por ejemplo, en los casos donde la expectativa de vida sea mayor a 3 meses todas las intervenciones nutricionales son válidas especialmente para aquellos pacientes con tratamiento médico activo (p.ej. terapia contra el cáncer)<sup>5</sup>. Por otro lado, en los pacientes con expectativa de vida menor a 3 meses con posibilidad para la vía oral se ajustará un plan de alimentación según las preferencias del paciente, y en caso de no poder garantizar el cumplimiento de este plan, se optará por la alimentación de confort, y se contraindica el inicio del soporte nutricional enteral y parenteral<sup>6</sup>.

Entendiendo la importancia del abordaje nutricional como parte de los cuidados paliativos, el presente texto pretende describir los hallazgos más relevantes en térmi-

nos de efectividad en nutrición y costo directo de la terapia, en una experiencia asistencial realizada en la Unidad de cuidados paliativos Presentes, en acompañamiento técnico por el Centro Latinoamericano de Nutrición (CELAN). La primera, es una Institución Prestadora de Salud (IPS), que fundamenta su atención en el cuidado integral de pacientes en cuidados paliativos y manejo de dolor. Esta experiencia permitió documentar resultados desde el punto de vista clínico y nutricional, que favorecieron la gestión clínica de los usuarios y del recurso destinado a la financiación del soporte nutricional prescrito.

Lo anterior tuvo lugar, con la implementación de un PCN estandarizado basado en las recomendaciones de la American Society Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN), y la European Society Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN)<sup>7-9</sup>, mediante un esquema de valoración y seguimientos nutricionales mensuales presenciales, durante un plazo de 4 meses, en una cohorte de 33 pacientes en atención paliativa con diferentes condiciones clínicas y requerimiento de soporte nutricional (vía oral). Los hallazgos más relevantes serán descritos a continuación y son el resultado del análisis descriptivo de la información recolectada durante la implementación del esquema.

**Referencias:** 3. Gómez C, Alonso A. Guía clínica de soporte nutricional en cuidados paliativos. Madrid, Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2015 p. 1-40. 4. Arends J, Strasser F, Gonella S, Solheim T, Madeddu C, Ravasco P. Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. ESMO Open. 2021;6(3):100092. 5. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr. 2017;36(1):11-48. 6. Vallejo Martínez M, Baque Hidalgo JE. Alimentación y cuidados paliativos en el paciente oncológico terminal. Rev Nutr Clin Metab. 15 de mayo de 2021;4(2):71-7. 7. Swan WI, Vivanti A, Hakel-Smith NA, Hotson B, Orrevall Y, Trostler N, et al. Nutrition Care Process and Model Update: Toward Realizing People-Centered Care and Outcomes Management. J Acad Nutr Diet. 2017;117(12):2003-14. 8. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. Clin Nutr. 2017;36(1):49-64. 9. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr. 2019;38(1):1-9. 10. Cereda E, Turri A, Klersy C, Cappello S, Ferrari A, Filippi AR, et al. Whey protein isolate supplementation improves body composition, muscle strength, and treatment tolerance in malnourished advanced cancer patients undergoing chemotherapy. Cancer Med. 2019;8(16):6923-32.

## Caracterización demográfica y clínica

La cohorte intervenida fue en un 75,7 % adultos con una edad media de 52,3 años (Desviación estándar [DE]: 17,8 años) siendo el sexo femenino el más prevalente (69.7 % Vs 30.3%). En cuanto a las características clínicas, se identificó que los diagnósticos de salud más prevalentes fueron las enfermedades oncológicas (cáncer de mama, gástrico, colorectal principalmente) con una proporción del 88 %, seguido por enfermedades crónicas no transmisibles y reumatológicas.

### Resultados de evolución nutricional

De las variables nutricionales evaluadas, se destaca la reducción de la proporción de pacientes con pérdida de peso significativa, que paso del 51 % al 6 % (tabla 1), con una reducción en la media porcentaje de pérdida de peso de -4,2% a -0,2% al final de la intervención, lo cual se relaciona con la detención del deterioro de estado nutricional.

Grado de severidad de pérdida de peso	Valoración Inicial	Último seguimiento
No significativa	48 %	94 %
Pérdida moderada	39 %	3 %
Pérdida severa	12 %	3 %

**Tabla 1. Pérdida de peso a lo largo de la intervención.**

Fuente: elaboración propia

Por otra parte, hay parámetros que mostraron evolución hacia la recuperación nutricional. Por ejemplo, el aumento de la proporción de pacientes sin depleción de masa muscular evaluada por examen físico del 27 % al 48 % y el aumento promedio de la funcionalidad para ambos sexos evaluado a través de la fuerza de agarre para ambos brazos entre 1,54 Kg y 1,79 kg (tabla 2).

Con relación a los síntomas gastrointestinales referidos, se observó una reducción de la prevalencia de todos los síntomas para el último seguimiento, presentando una mayor reducción la proporción de pacientes que refieren distensión abdominal, estreñimiento, reflujo y diarrea (tabla 3).

Fuerza de agarre	Valoración inicial	
	Masculino	Femenino
Derecha (kg)	24,80	17,18
Izquierda (kg)	21,70	16,51

Fuerza de agarre	Último seguimiento	
	Masculino	Femenino
Derecha (kg)	26,59	18,84
Izquierda (kg)	23,24	18,10

Fuerza de agarre	Diferencia	
	Masculino	Femenino
Derecha (kg)	+ 1,79	+ 1,66
Izquierda (kg)	+ 1,54	+ 1,59

**Tabla 2. Fuerza de agarre a lo largo de la intervención.**

Fuente: elaboración propia

Con respecto al análisis de la ingesta de alimentos se identificó que, para valoración inicial solo el 30% (n=10) de los pacientes presentó una ingesta superior al 75 % de sus requerimientos nutricionales, mientras que al finalizar la intervención esta proporción incremento al 55% (n=18), reflejando una mejoría en la capacidad de ingesta de los pacientes y la adherencia a recomendaciones sobre alimentación y a la educación nutricional brindada a lo largo de la intervención.

Síntoma	Evaluación inicial	Último seguimiento
Distensión abdominal	51, 5%	15%
Estreñimiento	39,3%	18%
Nauseas	33,3%	30,3%
Reflujo gastroesofágico	39,3%	21%
Diarrea	18%	9%
Vómito	3%	0%

**Tabla 3. Síntomas gastrointestinales**

Fuente: elaboración propia

El diagnóstico nutricional fue determinado mediante los criterios GLIM, en valoración inicial se evidenció que el 73% (n = 24) de los pacientes presentaban desnutrición, con una mayor proporción en la clasificación de desnutrición moderada 60,6 %. Para el último seguimiento, se observó una reducción de 21,3 puntos porcentuales en el diagnóstico de desnutrición.

Diagnóstico nutricional	Valoración Inicial	Último seguimiento
Sin desnutrición	27,2 %	48,4%
Desnutrición moderada	60,6 %	39,3%
Desnutrición severa	12,1%	12,1%

**Tabla 5. Diagnóstico nutricional**

Fuente: elaboración propia

Posterior al diagnóstico nutricional se define la intervención, que para todos los casos contempló manejo dieto-terapéutico y educación nutricional, y en los casos de desnutrición se indicó la prescripción de un Alimento para Propósito Médico Especial (APME). Para el caso de esta experiencia asistencial, en donde casi el 90% de la población presenta diagnósticos de enfermedad oncológica, el tipo de fórmulas se caracterizaron por tener uso exclusivo de fuente proteica de alta calidad como el aislado de proteína de suero lácteo, perfil de grasas cardioprotector, libres de azúcares lo cual se apoya la prevención de alteraciones metabólicas como la hiperglucemia y dislipidemia e ingredientes que favorecen la salud gastrointestinal y el control de síntomas, que se relaciona con la disminución del estreñimiento y diarrea.

Adicionalmente, en los pacientes con tratamiento por quimioterapia (n=25), se encontró que el 91,6% recibían suplementación con APMEs de estas características, en este grupo de pacientes se identificó un mantenimiento de la masa y funcionalidad muscular, lo anterior puede estar relacionado con el uso de APMEs con fuente exclusiva de proteína de suero lácteo que tiene la mejor uti-

lización proteica neta con respecto a otras fuentes y se ha documentado que incrementa la síntesis de proteínas musculares, además este tipo de proteína se caracteriza por ser alta en cisteína, un aminoácido limitante para la síntesis de la producción intracelular del glutatión lo que representa un alto beneficio en inmunidad para los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia (10). Finalmente se resalta que 54% de los pacientes con quimioterapia recibieron un APME específico para enfermedad oncológica, que además de contar con los beneficios ya descritos, destacan por su contenido de ingredientes estimuladores de la respuesta antiinflamatoria como el Omega 3 (EPA-DHA), recomendados por ESPEN por su impacto favorable en el apetito, la ingesta de alimentos, la masa magra y el peso corporal, lo anterior sigue apoyando los resultados clínicos descritos<sup>5</sup>.

### **Uso de APME: impacto en el costo**

Los cambios en cuanto al uso y prescripción de APME, representaron un impacto directo en los costos; antes de iniciar el esquema de atención nutricional estandarizada el 39,4 % (n=13) de los pacientes tenía algún tipo de soporte nutricional y durante la valoración inicial se indicó terapia nutricional con APME al 75,8% (n=25) de la cohorte, lo que muestra que sin una atención nutricional oportuna se puede retrasar la identificación de las alteraciones del estado nutricional y el establecimiento de un plan de tratamiento para abordarlas, subestimando la necesidad del soporte nutricional y su impacto positivo en el estado nutricional.

Al finalizar la intervención, posterior a las modificaciones y/o suspensiones en términos de dosis y tipo de fórmula (tabla 6), al 51,5 % (n=17) la cohorte se le indica terapia nutricional con APME, **reduciendo en 24 puntos el porcentaje pacientes con requerimiento de soporte**, relacionado con la mejoría en varios indicadores nutricionales evaluados en la intervención.

Tipo de fórmula nutricional	Antes de iniciar	Valoración inicial	Último seguimiento
Oncológica	5	8	7
Hiperclórica	3	5	8
Modular	2	4	1
Estándar	1	3	1
Diabetes	1	2	0
Hidrolizada	1	1	0
Pulmonares	0	1	0
Renal	0	1	0
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>25</b>	<b>17</b>

**Tabla 6. Caracterización tipo de APME comparativo al final de la intervención.**

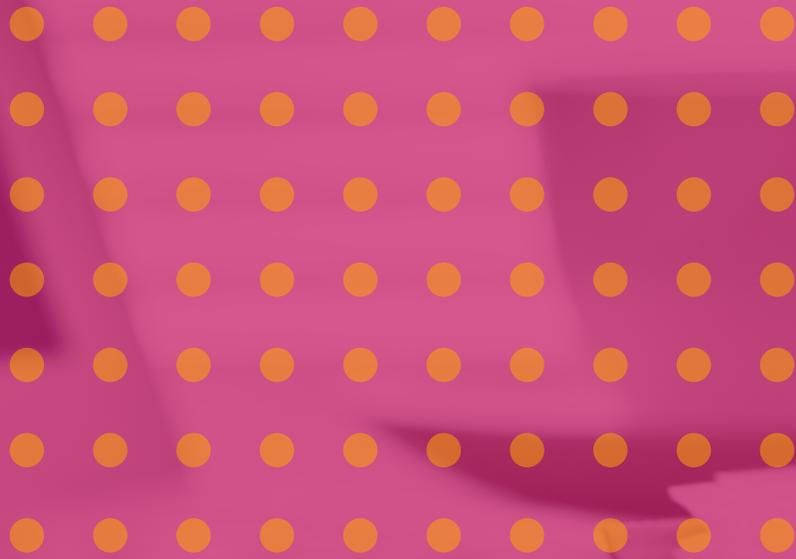
Fuente: elaboración propia

El resultado en términos económicos de realizar una prescripción de APME pertinente y mejorar la dosificación y selección de fórmulas, es una reducción del 36 % de los costos directos del soporte nutricional con respecto al valor de este antes de iniciar el esquema de PCN estandarizado, a pesar de que el número de usuarios de soporte sea mayor, representando una diferencia de \$2,134,473 COP mensual. Esto es consecuencia de la integralidad de las intervenciones nutricionales, basadas en un adecuado PCN, en el establecimiento de objetivos nutricionales medibles y en la instauración de terapias con fortalecimiento de la educación alimentaria y nutricional al paciente.



## Puntos Clave

- **Los pacientes en cuidado paliativo se benefician de un adecuado proceso de cuidado nutricional** pues permite alcanzar objetivos puntuales que apoyan la mejoría o mantenimiento del estado de salud y favorecen la calidad de vida.
- **Una terapia nutricional que incluya APME muestra beneficios para los pacientes en cuidados paliativos**, bajo la premisa del uso racional que toma en cuenta el curso clínico de la enfermedad, la identificación de la necesidad y el planteamiento de un objetivo terapéutico medible.
- La organización y estandarización de los procesos de atención en cohortes con alto requerimiento de servicios en salud, así como el reconocimiento y selección de terapias costo-efectivas, **permite no solo una mejor gestión clínica de los usuarios, si no que apoya la gestión del recurso económico en salud y la sostenibilidad del sistema.**



**Nutrición moderna con  
beneficios para el afiliado y el  
sistema de salud.**

