

Hacia la actualización de los lineamientos clínicos nacionales: una propuesta para fortalecer el abordaje nutricional integral de las pacientes ambulatorias con cáncer de mama en México



**Nathassja Isaetel Guadalupe Piña
Martínez**
CEMUADY
nathassjam@gmail.com

El cáncer de mama (CM) es un problema de salud pública mundial y constituye la neoplasia maligna más frecuente en mujeres, siendo una de las principales causas de mortalidad en países en desarrollo como México. Su progresión depende de alteraciones metabólicas, funcionales y de la presencia de comorbilidades, lo que complica el pronóstico. Por ello, el abordaje nutricional es fundamental para la prevención y manejo de la desnutrición, condición asociada con peores probabilidades de supervivencia. No obstante, este suele limitarse al monitoreo del peso corporal, el Índice de Masa Corporal (IMC) y la prescripción de dietas generales, dejando de lado parámetros decisivos.

Si bien existen normativas para la atención del CM, la evidencia científica nos muestra que existe una necesidad de fortalecer y actualizar las recomendaciones relacionadas con la evaluación e intervención nutricional durante la atención ambulatoria.

Sesgos en el IMC: obesidad sarcopénica y caquexia neoplásica

Uno de los principales problemas en la práctica clínica en México es la dependencia del IMC como criterio central para evaluar el estado nutricional. Las Oncoguías, la Guía de Práctica Clínica (GPC)

del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), los Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAM) y el Consenso de Colima promueven un abordaje integral y multidisciplinario para la atención de las personas con CM; sin embargo, las recomendaciones relacionadas con el abordaje nutricional se limitan al control del peso, con IMC como el principal indicador (1,2,3,4). Sin embargo el IMC resulta insuficiente en el contexto oncológico, ya que no distingue entre masa grasa y masa libre de grasa. Permitiendo que dos condiciones metabólicas de alto riesgo se oculten: la obesidad sarcopénica y la caquexia neoplásica (5,6).

La obesidad sarcopénica se define como la coexistencia de un exceso de grasa corporal a la par de una reducción significativa de la masa muscular esquelética, acompañada de una disminución en su funcionalidad (5). Este fenómeno es particularmente engañoso, ya que las pacientes pueden presentar un peso estable o incluso elevado mientras atraviesan un proceso de catabolismo proteico severo, lo cual impacta negativamente en la tolerancia al tratamiento y en la supervivencia global (5,7). Por otro lado, la caquexia neoplásica es un síndrome caracterizado por una pérdida progresiva de masa muscular, con o sin pérdida de grasa corporal, que no puede ser revertida totalmente mediante el

soporte nutricional convencional, ya que implica un gasto energético elevado y un estado inflamatorio sistémico que acelera el deterioro funcional (6).

Resulta entonces indispensable realizar una evaluación integral del estado nutricional, ya que un diagnóstico nutricional certero es determinante para asegurar una evolución clínica favorable. De hecho, organismos internacionales como la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (por sus siglas en inglés, ESPEN) y su homóloga americana, la Asociación Americana de Nutrición Enteral y Parenteral (por sus siglas en inglés, ASPEN) recomiendan el uso de los criterios de la Iniciativa Global de Liderazgo en Desnutrición (por sus siglas en inglés, GLIM). Justificando la necesidad de evaluar múltiples parámetros, estableciendo que la desnutrición no debe diagnosticarse mediante un solo indicador, sino que requiere la presencia de al menos un criterio fenotípico (como pérdida ponderal involuntaria, bajo IMC o reducción de la masa muscular), junto con un criterio etiológico, entre los que destacan la disminución de la ingesta alimentaria y la carga inflamatoria de la enfermedad (8,9).

Evaluación integral del estado nutricional

En México, la evaluación del estado nutricional se basa en la metodología conocida como el ABCD de la nutrición. Este acrónimo se deriva de los cuatro parámetros fundamentales que integra: Antropométricos, Bioquímicos, Clínicos y Dietéticos (10).

Antropométricos

En el ámbito ambulatorio, uno de los primeros datos que debe vigilarse es la pérdida ponderal involuntaria, más allá del peso aislado y del IMC registrados el día de la consulta. Los criterios GLIM consideran el porcentaje de pérdida de peso calculado a partir de la diferencia entre el peso habitual y el peso actual. Una disminución de entre 5 y 10% en un periodo de 6 meses, o de entre 10 y 20% en un lapso mayor, corresponde a desnutrición moderada. En cambio, una pérdida >10% en los últimos 6 meses, o >20% a nivel histórico, se clasifica como desnutrición grave (8).

También resulta imperativo determinar si existe una depleción de la masa muscular derivada del estado catabólico de la propia enfermedad. En este sentido, la bioimpedancia (BIA) complementa la valoración al ofrecer una aproximación de la composición corporal, siendo reconocida por los criterios GLIM como un método válido para documentar la reducción de la masa muscular. No obstante, el uso de la BIA exige un estricto rigor metodológico, ya que su interpretación está fuertemente condicionada por el estado de hidratación y la posible presencia de edema (8, 11).

Cuando no se dispone de un equipo de BIA de alta calidad, la valoración debe complementarse con medidas antropométricas estandarizadas (12). Los pliegues cutáneos pueden estimar el tejido adiposo subcutáneo, mientras que las circunferencias de cintura y cadera aportan información sobre la distribución de la grasa corporal (particularmente abdominal), y su riesgo cardiometabólico.

Asimismo, las circunferencias de pantorrilla y media del brazo permiten identificar posibles cambios en la masa muscular. (10) Lo anterior resalta que una evaluación nutricional integral no depende de la disponibilidad de tecnología avanzada, sino de saber integrar herramientas accesibles con un juicio clínico fundamentado.

Bioquímicos

De acuerdo con los criterios *GLIM*, no existen biomarcadores séricos únicos y específicos del estado nutricional. Proteínas como la albúmina y la prealbúmina presentan una validez limitada para diagnosticar desnutrición, dado que sus concentraciones pueden alterarse por la respuesta inflamatoria al CM. En este contexto, el uso de marcadores, particularmente la Proteína C Reactiva, puede contribuir a documentar y monitorear el criterio etiológico de inflamación crónica subyacente a la enfermedad (8).

Por lo tanto, la evaluación bioquímica no consiste en “buscar un marcador de desnutrición”, sino en integrar datos que permitan interpretar de mejor manera el entorno metabólico y catabólico de las pacientes, especialmente ante la presencia de comorbilidades como la Diabetes Mellitus.

Clínicos

El Examen Físico Centrado en la Nutrición (*por sus siglas en inglés, NFPE*) es útil para la valoración clínica de las pacientes con CM, ya que adapta los cuatro componentes clásicos de la exploración física:

inspección, palpación, percusión y auscultación.

La inspección y la palpación permiten identificar de manera temprana la pérdida de grasa subcutánea en regiones como la orbital y el tríceps, así como la depleción de masa muscular en áreas clave como sienes, clavículas, deltoides y pantorrillas. Facilitando la observación y revisión de la piel, el cabello, las uñas, las conjuntivas y las mucosas orales para detectar deficiencias específicas de micronutrientes y valorar el estado de hidratación. Finalmente, la percusión y auscultación permiten evaluar la motilidad gastrointestinal e identificar disfunciones que pueden comprometer la ingesta alimentaria (13).

Por otro lado, la dinamometría de mano evalúa la fuerza muscular y la capacidad funcional en las pacientes con CM. Esta herramienta no solo resulta fundamental para determinar la presencia de sarcopenia, sino también para predecir la supervivencia y el pronóstico clínico de la enfermedad (13, 14).

A esto se suma el registro sistemático de los síntomas de impacto nutricional como náuseas, vómitos, xerostomía, disgeusia, saciedad temprana, diarrea o estreñimiento, ya que estos pueden comprometer la ingesta alimentaria y dificultar el cumplimiento de los requerimientos nutricionales durante el tratamiento oncológico (15). En este contexto, herramientas como la Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente (*por sus siglas en inglés, PG-SGA*) permiten evaluar de manera estructurada el impacto

de estos síntomas sobre el estado nutricional (8, 16, 17).

Dietéticos

La evaluación dietética en las pacientes con CM requiere metodologías capaces de contextualizar la ingesta alimentaria en función de la sintomatología asociada a la enfermedad y al tratamiento (15). En este escenario, la integración del PG-SGA con herramientas orientadas a documentar la ingesta habitual permite obtener una estimación más representativa del patrón alimentario que un Recordatorio de 24 horas aislado, dado que el apetito y la tolerancia gastrointestinal fluctúan según el tratamiento y sus ciclos terapéuticos (18).

De igual forma, no solo se debe registrar qué comen las pacientes con CM, sino también qué texturas toleran mejor, en qué momentos del tratamiento disminuye su consumo y cómo se modifica su aceptación alimentaria entre ciclos terapéuticos. Esta evaluación detallada permite identificar necesidades específicas de densidad energética, distribución proteica, volumen, temperatura, consistencia y suplementación (15, 16).

Conclusión

En México, el abordaje del CM cuenta con una base normativa formal; sin embargo, el componente nutricional continúa siendo limitado, ya que el énfasis de la normativa es sobre control oncológico y atención sintomatológica, sin establecer recomendaciones específicas para el abordaje nutricional que contemplen las

diferencias según el subtipo tumoral, el estadio o el tipo de tratamiento (1, 4). Está limitada estandarización basada en evidencia refuerza la necesidad de que la intervención y el seguimiento nutricional sean conducidos de manera integral e individualizada por nutriólogos. Asimismo, es fundamental profundizar en la evaluación integral del estado nutricional, ya que un diagnóstico preciso constituye la base para establecer una intervención individualizada y un seguimiento adecuado.

REFERENCIAS

1. Bargalló Rocha JE, Esparza Arias N, Rivera D, Ramírez R, Espinosa R, García L, Cabrera Galeana P. Oncoguía de cáncer de mama 2020. *Lat Am J Clin Sci Med Technol.* 2020;2:126-44. doi:10.34141/LJCS1728869.
2. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica: tratamiento del cáncer de mama en segundo y tercer nivel de atención [Internet]. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2017 [citado 2026 Jul 27]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/232GER.pdf>
3. Consejo de Salubridad General. Protocolo Nacional de Atención Médica (PRONAM): cáncer de mama [Internet]. 1a ed. Ciudad de México: Consejo de Salubridad General; 2026 [citado 2026 Jul 27]. Disponible en: <https://pronamsalud.csg.gob.mx/pronam-cancer-de-mama.pdf>
4. Consenso Mexicano sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario. Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario 2025. Undécima actualización [Internet]. Colima (México): Consenso Mexicano sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario; 2025 [citado 2026 Jul 27]. Disponible en: https://consensocancermamario.com/documentos/FOLLETO_CONSENSO_DE_CANCER_DE_MAMA_11aRev2025a.PDF
5. Jurdana M, Cemazar M. Sarcopenic obesity in cancer. *Radiol Oncol.* 2024;58:1-8. doi:10.2478/raon-2024-0011.
6. Setiawan T, Sari IN, Wijaya YT, Julianto NM, Muhammad JA, Lee H, et al. Cancer cachexia: molecular mechanisms and treatment strategies. *J Hematol Oncol.* 2023;16:62. doi:10.1186/s13045-023-01454-0.
7. Liu C, Liu T, Deng L, Zhang Q, Song M, Shi J, et al. Sarcopenic obesity and outcomes for patients with cancer. *JAMA Netw Open.* 2024;7(6):e2417115. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.17115.
8. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Pisprasert V, et al. The GLIM consensus approach to diagnosis of malnutrition: a 5-year update. *Clin Nutr.* 2025;49:11-20. doi:10.1016/j.clnu.2025.03.018.
9. Yin L, Chong F, Huo Z, Li N, Liu J, Xu H. GLIM-defined malnutrition and overall survival in cancer patients: a meta-analysis. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2023;47(2):207-19. doi:10.1002/jpen.2463.
10. Surveza A, Haua K. El ABCD de la evaluación del estado de nutrición. 2a ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2023.

11. Branco MG, Mateus C, Capelas ML, Pimenta N, Santos T, Mäkitie A, et al. Bioelectrical impedance analysis (BIA) for the assessment of body composition in oncology: a scoping review. *Nutrients*. 2023;15(22):4792. doi:10.3390/nu15224792.
12. Barazzoni R, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Higashiguchi T, Shi HP, et al. Guidance for assessment of the muscle mass phenotypic criterion for the Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) diagnosis of malnutrition. *Clin Nutr*. 2022;41(6):1425-33. doi:10.1016/j.clnu.2022.02.001.
13. Hamilton C, editor. *Nutrition-Focused Physical Exam for Adults: An Illustrated Handbook*. 2nd ed. Silver Spring (MD): ASPEN; 2022.
14. Champ CE, Peluso C, Hilton C, Rosenberg J, Krause R, Diaz AK, et al. Grip strength as a surrogate measure of strength, functional, and metabolic parameter increases in breast cancer survivors undergoing an exercise regimen. *Sci Rep*. 2025;15:15782. doi:10.1038/s41598-025-00867-w.
15. Blaauw R, Keller H, Mills CM, Bischoff G, Compher C, Schueren MVD, et al. Guidance for the assessment of the dietary intake and gastrointestinal or nutrition impact symptoms etiologic criterion of Global Leadership Initiative on Malnutrition: a modified-Delphi study. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2026;50(5):614-24. doi:10.1002/jpen.70073.
16. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in cancer. *Clin Nutr*. 2021;40(5):2898-913. doi:10.1016/j.clnu.2021.02.005.
17. Pellegrini M, Merlo FD, Agnello E, Monge T, Devecchi A, Casalone V, et al. Dysgeusia in patients with breast cancer treated with chemotherapy: a narrative review. *Nutrients*. 2023;15(1):226. doi:10.3390/nu15010226.
18. Okada E, Nakade M, Hanzawa F, Murakami K, Matsumoto M, Sasaki S, et al. National nutrition surveys applying dietary records or 24-h dietary recalls with questionnaires: a scoping review. *Nutrients*. 2023;15(22):4739. doi:10.3390/nu15224739.



***“La vulnerabilidad no es
debilidad; es la forma
más pura de valentía”***

-Brené Brown

