



TOLEDO

I SIMPOSIO SEOM TOLEDO DE CUIDADOS CONTINUOS EN ONCOLOGÍA

30 de Septiembre · 1 de Octubre 2004

# PERDIDA DE PESO EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

Angel Segura Huerta  
Servicio de Oncología Médica.  
Hospital Universitario La Fe. Valencia





## SINTOMAS EN LOS PACIENTES CON CANCER

- Estudio prospectivo: 1000 paciente con cáncer en tratamiento paliativo.
- 69 % pacientes: astenia.
- 66% pacientes: anorexia.
- 50% pacientes: pérdida de peso > 50%.
- Mediana de síntomas por paciente: 11

*Walsh D: Support Care Cancer 2000*



## IMPORTANCIA DE LA MALNUTRICIÓN

- 15 - 40% en los estadios iniciales.
- 80-90% en las fases avanzadas de la enfermedad.
- Aparece en un 40% de los pacientes hospitalizados.
- Un 10% de los enfermos oncológicos presentan complicaciones por la desnutrición.



## DATOS ESPAÑOLES. Estudio NUPAC.

- Evolución del peso en las últimas 2 sem.
- 37 % pacientes: disminución.
- Porcentajes similares en distintos grupos:
  - Cáncer metastático.
  - Localmente avanzados.
  - Recaídas locorregionales.

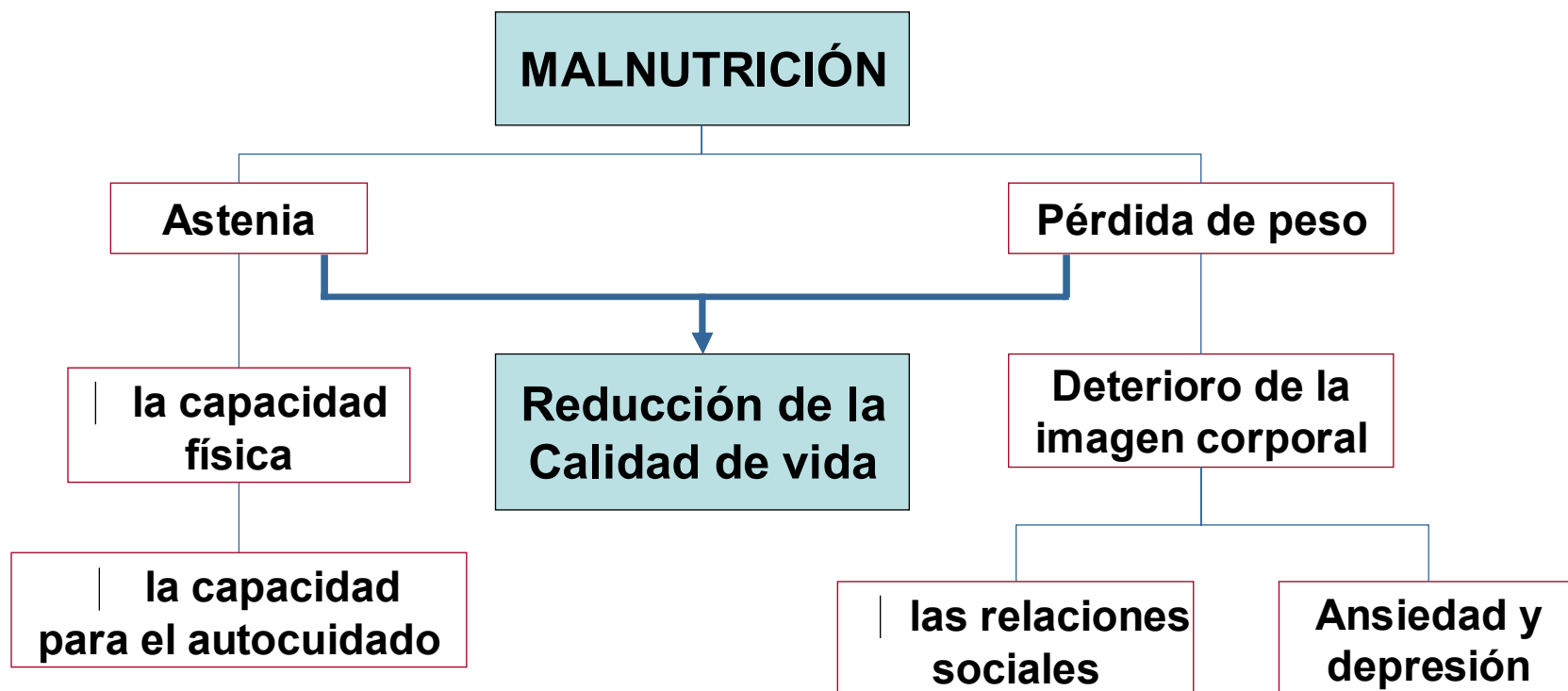


## CAUSAS DE PERDIDA DE PESO EN LOS PACIENTES ONCOLOGICOS

- ❑ **Relacionadas con el paciente.**
  
- ❑ **Relacionadas con el tumor.**
  - Anorexia-caquexia.
  - Problemas locales.
  
- ❑ **Relacionadas con el tratamiento antineoplásico.**



## PRINCIPALES CONSECUENCIAS DE LA MALNUTRICIÓN





## GRADACION DE LA PERDIDA DE PESO

### ❑ **Malnutrición inicial.**

- Anorexia.
- Problemas locales.
- Problemas socio-familiares.

### ❑ **Relacionada con un síndrome complejo.**

- SINDROME DE ANOREXIA-CAQUEXIA: AYUNO ACELERADO

### ❑ **Proceso continuo, la detección precoz es importante.**



## MEDIADORES DEL SD. ANOREXIA - CAQUEXIA

### ❑ **Citoquinas.**

- Procaquécticas: TNF, IL-6, IL-1.
- Anticaquécticas: IL-10, IL-4, IL-13.

### ❑ **Neuropéptidos.**

- Anorexígenos: Neurotensina, melanocortina, CR.
- Orexígenos: NPY, galanina, orexina, opiodes.

### ❑ **LO IMPORTANTE ES EL BALANCE DE FACTORES.**





## CONTROL CLINICO DE LA PERDIDA DE PESO.

- ❑ **Conocer la situación del paciente.**
  - Valoración oncológica.
  - Síntomas que dificultan la ingesta.
  - Valoración nutricional.
  
- ❑ **Tratamiento específico de la situación nutricional.**
  - Recomendaciones nutricionales
  - Suplementos.
  - Tratamiento farmacológico.
  - Nutriciones artificiales.



## FACTORES DE RIESGO NUTRICIONAL EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

### □ **SOMETIDOS A TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO.**

#### ▪ **Grupo de riesgo alto:**

- Trasplante de médula ósea.
- Tratamiento concomitante con QT/RT en TCC o esófago.

#### ▪ **Grupo de riesgo intermedio.**

- CDDP, Antraciclinas, 5-FU en IC, CPT-11, taxanos.

#### ▪ **Grupo de riesgo bajo.**

- Alcaloides de la vinca, 5-FU en bolus, MTX dosis bajas.



## FACTORES DE RIESGO NUTRICIONAL EN EL PACIENTE ONCOLOGICO

### □ SEGÚN LA LOCALIZACION TUMORAL.

#### ▪ Grupo de riesgo alto:

- Cabeza y cuello.
- Digestivo.
- Hematológicos que precisen trasplante de médula ósea.

#### ▪ Grupo de riesgo intermedio.

- Cabeza y cuello: parótidas y maxilares.
- Abdomen y pelvis: hepático, biliar, renal, ovario, vejiga.

#### ▪ Grupo de riesgo bajo.

- Pulmón, mama, SNC, óseos y musculares, próstata.





## EVALUACION NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLOGICO

### □ Valoración nutricional.

- Antropometría.
- Índice de masa corporal:  $IMC = \text{peso} / \text{talla}^2$  (<20%)
- Medición de proteínas plasmáticas: albúmina, transferrina, prealbúmina, proteína ligadora del retinol.
- Índice creatinina- altura:  $(\text{creat (orina 24 h)} / \text{aclaramiento}) \times 100$ .
- Balance nitrogenado.
- Índice pronóstico nutricional: Índice quirúrgico: Buzby y cols.



## EVALUACION NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLOGICO

### ❑ VALORACION GLOBAL SUBJETIVA:

- Desarrollada por el Dr. Ottery (Sem in Oncol. 1995)
- Validada:
  - Asociación Americana de dietética.
  - Sociedad Americana de Enfermería Oncológica.
  - Traducida al castellano por el autor.

### **SUBJETIVA** -----> 2 partes:

- Respuesta por parte del paciente de cuestiones relativas a peso, ingesta, síntomas y capacidad funcional.
- Datos relativos a la enfermedad, demanda metabólica y examen físico respondidos por el médico.



### Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente (VGS-GP)

#### HISTORIAL

**1. Peso:** *(ver Tabla 1 al dorso)*

Consideraciones sobre mi peso actual y sobre la evolución de mi peso en las últimas semanas:

En la actualidad peso alrededor de \_\_\_\_\_ kilos  
Mido aproximadamente \_\_\_\_\_ cm

Hace un mes pesaba alrededor de \_\_\_\_\_ kilos  
Hace seis meses pesaba alrededor de \_\_\_\_\_ kilos

Durante las dos últimas semanas mi peso:

ha disminuido<sup>(1)</sup>  no ha cambiado<sup>(0)</sup>  ha aumentado<sup>(0)</sup>

Identificación del paciente:

**2. Ingesta:** en comparación con mi estado habitual, calificaría a mi alimentación durante el último mes de:

sin cambios<sup>(0)</sup>  
 mayor de lo habitual  
 menor de lo habitual<sup>(1)</sup>

Ahora como:

alimentos normales pero en menor cantidad de lo habitual<sup>(1)</sup>  
 pocos alimentos sólidos<sup>(2)</sup>  
 solamente líquidos<sup>(2)</sup>  
 solamente suplementos nutricionales<sup>(3)</sup>   
 muy poco<sup>(4)</sup>  
 solamente alimentación por sonda ó intravenosa<sup>(0)</sup>

**3. Síntomas:** he tenido los siguientes problemas que me han impedido comer lo suficiente durante las últimas dos semanas (marcar según corresponda):

no tengo problemas con la alimentación<sup>(0)</sup>  
 falta de apetito; no tenía ganas de comer<sup>(3)</sup>  
 náusea<sup>(1)</sup>  vómitos<sup>(3)</sup>  
 estreñimiento<sup>(1)</sup>  diarrea<sup>(3)</sup>  
 llagas en la boca<sup>(2)</sup>  sequedad de boca<sup>(1)</sup>  
 los alimentos me saben raros ó no me saben a nada<sup>(1)</sup>  
 problemas al tragar<sup>(2)</sup>  los olores me desagradan<sup>(1)</sup>  
 me siento lleno/a enseguida<sup>(1)</sup>  
 dolor; dónde?<sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_  
 otros factores\*\*<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_  
 \*\* como: depresión, problemas dentales, económicos

**4. Capacidad Funcional:** en el curso del último mes calificaría mi actividad, en general, como:

normal y sin limitaciones<sup>(0)</sup>  
 no totalmente normal, pero capaz de mantenerme activo y llevar a cabo actividades bastante normales<sup>(1)</sup>  
 sin ganas de hacer la mayoría de las cosas, pero paso menos de la mitad del día en la cama ó sentado/a<sup>(2)</sup>  
 capaz de realizar pequeñas actividades y paso la mayor parte del día en la cama ó sentado/a<sup>(3)</sup>  
 encamado/a, raramente estoy fuera de la cama<sup>(3)</sup>

**Suma de las Puntuaciones:** 1+2+3+4 =  A





### El resto de este formulario será completado por su médico. Gracias.

#### 1. Enfermedad y su relación con los requerimientos nutricionales

(ver Tabla 2 al dorso)

Diagnóstico principal (especificar) \_\_\_\_\_

Estadio de la enfermedad (indicar el estadio si se conoce ó el más próximo a él): I II III IV Otro: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

#### 2. Demanda Metabólica (ver Tabla 3 al dorso)

- sin estrés metabólico       estrés metabólico leve
- estrés metabólico moderado       estrés metabólico elevado

Puntuación Numérica Tabla 2 =  B

Puntuación Numérica Tabla 3 =  C

Puntuación Numérica Tabla 4 =  D

#### 7. Evaluación física (ver Tabla 4 al dorso)

#### Evaluación Global (VGS A, B ó C) (ver Tabla 5 al dorso)

- Bien nutrido
- Moderadamente ó sospechosamente mal nutrido
- Severamente mal nutrido

Puntuación Numérica Total: A+B+C+D  
(ver recomendaciones abajo)

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Recomendaciones Nutricionales:** La valoración cuantitativa del estado nutricional del paciente sirve para definir en que casos se recomienda intervención nutricional incluyendo: educación nutricional del paciente y familiares, manejo de síntomas, intervención farmacológica, e intervención nutricional apropiada. Una apropiada intervención nutricional requiere un apropiado manejo de los síntomas del paciente.

- 0-1** No requiere intervención nutricional en este momento. Volver a valorar durante el tratamiento.
- 2-3** Paciente y familiares requieren educación nutricional por parte de especialista en nutrición ú otro clínico, con intervención farmacológica según los síntomas (recuadro 3) y la analítica del paciente.
- 4-8** Requiere intervención de un especialista en nutrición junto con su médico/oncólogo según los síntomas indicados en el recuadro 3
- ≥ 9** Indica una necesidad crítica de mejorar el manejo de los síntomas del paciente e intervención nutricional





## Evaluación global VGS. Estudio NUPAC

### ❑ VALORACION GLOBAL SUBJETIVA:

- Bien nutrido: 48%.
- Moderadamente mal nutrido: 40%.
- Severamente mal nutrido: 12%.

El 52% de los pacientes presenta un compromiso nutricional importante.



TOLEDO

I SIMPOSIO SEOM TOLEDO DE CUIDADOS CONTINUOS EN ONCOLOGÍA

30 de Septiembre · 1 de Octubre 2004

# TRATAMIENTO DE LA DESNUTRICIÓN





## TRATAMIENTO DE LA DESNUTRICIÓN: POSIBLES BENEFICIOS

- ❑ **Mejorar la calidad de vida del paciente:**
  - Aumentar la sensación de bienestar
  - Recuperar la imagen corporal del paciente
  - Disminuir la astenia y mejorar la resistencia al ejercicio
- ❑ **Corregir o prevenir las deficiencias nutricionales.**
- ❑ **Mejorar la tolerancia a los tratamientos**
- ❑ **Reducir las complicaciones derivadas del deterioro del sistema inmune**



## TRATAMIENTO DEL PACIENTE EN RIESGO DE MALNUTRICION / PERDIDA DE PESO

### □ Tratamiento específico de la situación nutricional.

- Recomendaciones nutricionales básicas.
- Soporte con suplementos alimenticios.
- Nutriciones artificiales, enteral o parenteral.
- Tratamiento farmacológico.



TOLEDO

## TRATAMIENTO DEL PACIENTE EN RIESGO DE MALNUTRICION / PERDIDA DE PESO

### □ Tratamiento específico de la situación nutricional.

- **Recomendaciones nutricionales básicas.**
- Soporte con suplementos alimenticios.
- Nutriciones artificiales, enteral o parenteral.
- Tratamiento farmacológico.



## RECOMENDACIONES NUTRICIONALES BASICAS

- Adaptarse a las diferentes situaciones (disgeusia, emesis, disfagia)
- Alimentación diaria fraccionada, poco volumen, textura blanda, poco condimentada.
- 20% aporte de energía con proteínas, 25% lípidos.
- Aportar unos 40ml/kg de peso/día de líquidos.
- Ambiente adecuado, planificación horarios.



## TRATAMIENTO DEL PACIENTE EN RIESGO DE MALNUTRICION / PERDIDA DE PESO

### □ Tratamiento específico de la situación nutricional.

- Recomendaciones nutricionales básicas.
- **Soporte con suplementos alimenticios.**
- Nutriciones artificiales, enteral o parenteral.
- Tratamiento farmacológico.



TOLEDO

## FACTORES QUE INDICAN LA NECESIDAD DE SOPORTE NUTRICIONAL

- Pérdida de peso mayor del 10% en corto periodo de tiempo.
- Peso actual menor del 80% del estimado.
- Alteración en los parámetros antropométricos.
- Albúmina menor de 3 gr/ dl.
- Resultados de la VGS.

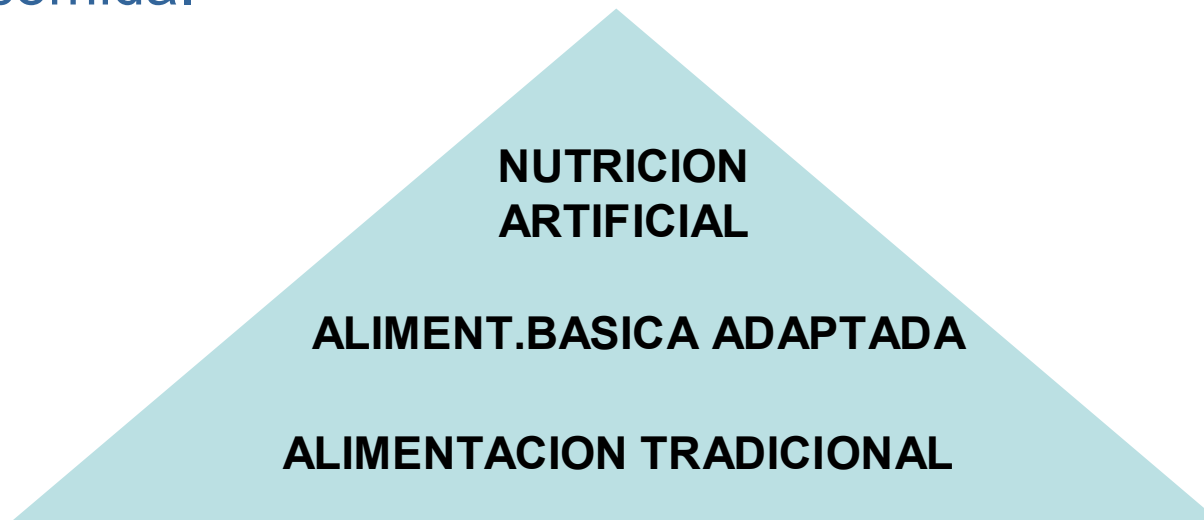




## SOPORTE CON SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS

- **ALIMENTACIÓN BÁSICA ADAPTADA**

Concepto nuevo. Dietas trituradas de alto valor nutricional. Intentan nutrir y mantener el placer de la comida.





## ALIMENTACION BASICA ADAPTADA

- ❑ **Dietas trituradas de alto valor nutricional.**
- ❑ **Enriquecedores de la dieta.**
  - Alimentos.
  - Módulos de nutrientes: proteínas, carbohidratos, grasa, vitaminas, oligoelementos.
- ❑ **Modificadores de textura:**
  - Espesantes.
  - Agua gelificada.
  - Bebidas espesas.



# TOLEDO

## ABA. NORMAS DE UTILIZACIÓN

- Paciente con dieta oral pero ingesta incompleta por problemas de masticación, deglución...
- Cálculo de necesidades y conocimiento previo de la ingesta real.
- Elección del suplemento adecuado.
- Educación del entorno familiar.
- Valoración de los resultados.

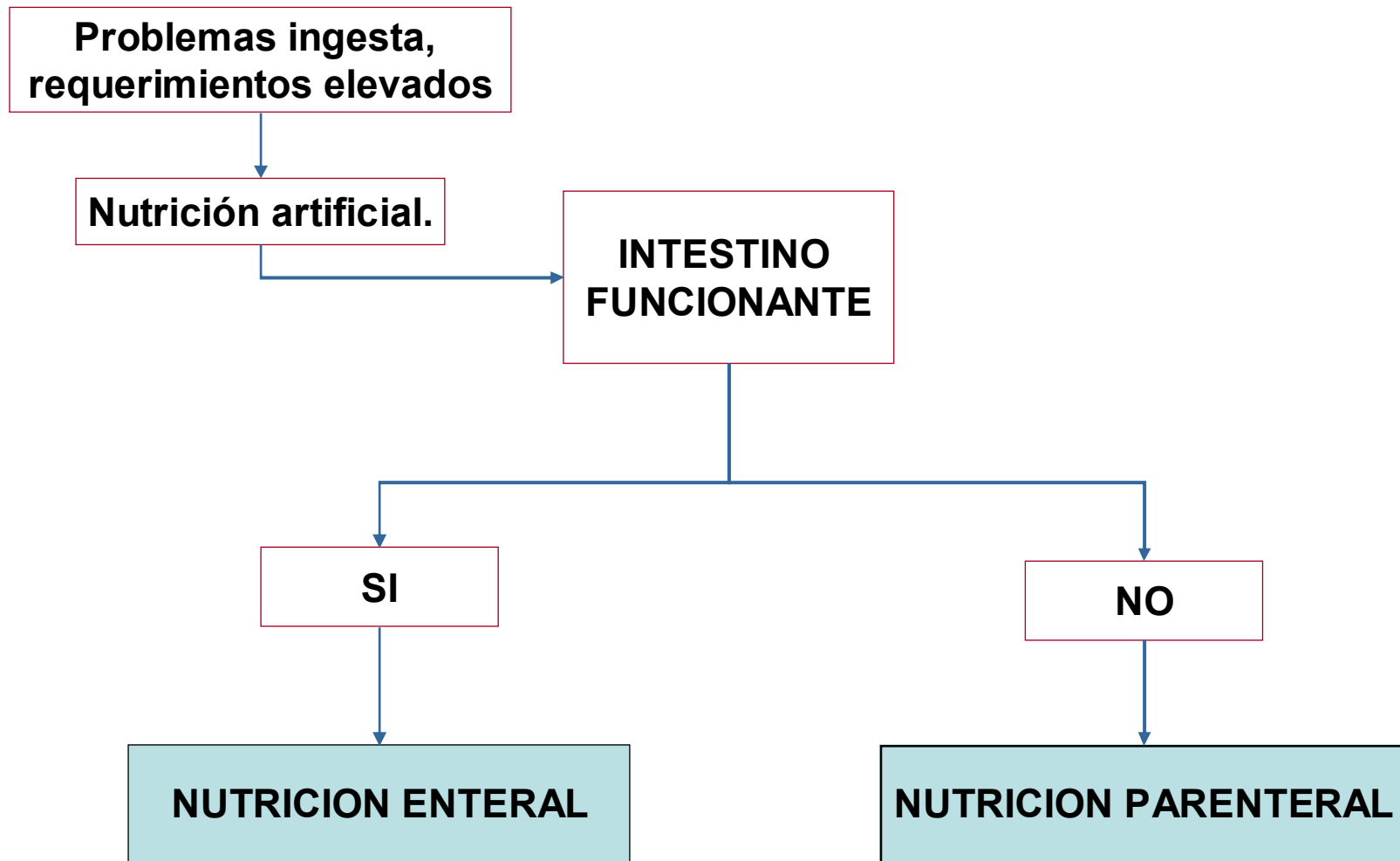


TOLEDO

## TRATAMIENTO DEL PACIENTE EN RIESGO DE MALNUTRICION / PERDIDA DE PESO

### □ Tratamiento específico de la situación nutricional.

- Recomendaciones nutricionales básicas.
- Soporte con suplementos alimenticios.
- **Nutriciones artificiales, enteral o parenteral.**
- Tratamiento farmacológico.





## NUTRICIÓN ENTERAL

- Ausencia de ingesta oral.
- Incapacidad de aportar todo lo necesario de forma tradicional.
- Pacientes con tumores de cabeza y cuello, esófago, tratamientos con QT/RT concomitante.
- Selección de la vía: sonda frente a ostomías.
- Contraindicada sólo si se precisa reposo digestivo.
- Complicaciones leves: mecánicas, diarrea, estreñimiento, hiperglucemia, hipokalemia...



**Indicación de nutrición enteral**

**¿Existe maladigestión/  
malabsorción severa?**

**SI**

**FORMULA OLIGOMÉRICA**

**NO**

**FORMULA  
POLIMÉRICA**

Necesidades  
proteicas elevadas

**HIPERPROTEICA**

Requerimientos energéticos  
elevados con tolerancia  
reducida al aporte hídrico

**ENERGÉTICA**

**SI**

Patología concomitante  
susceptible de soporte  
nutricional específico

**ESPECÍFICA**

**NO**

Caquexia tunoral

**ESPECÍFICA  
PARA CAQUEXIA**

**NORMOPROTEICA**



## NUTRICIÓN PARENTERAL

- Técnica cara, con carga asistencial y coste elevado.
- El beneficio en los pacientes oncológicos es dudoso.
- Debe valorarse si:
  - Situación oncológica no terminal.
  - Tracto digestivo no funcionando.
  - Desnutrición impte que pronostica una morbilidad elevada.





## PLANTEAMIENTO PRACTICO DE LA NUTRICION PARENTERAL

### □ Sentar un indicación correcta.

- Conseguir una vía adecuada.
- Calcular los requerimientos.
- Elegir los preparados adecuados.
- Preparar la mezcla correcta.
- Perfundirla de forma correcta.
- Practicar los controles clínicos necesarios.
- Reevaluar de forma periódica la necesidad de la NPT.
- Vigilar y tratar las complicaciones.
- Inicio de la dieta oral y retirada progresiva de la NPT.



## TRATAMIENTO DEL PACIENTE EN RIESGO DE MALNUTRICION / PERDIDA DE PESO

### □ Tratamiento específico de la situación nutricional.

- Recomendaciones nutricionales básicas.
- Soporte con suplementos alimenticios.
- Nutriciones artificiales, enteral o parenteral.
- **Tratamiento farmacológico.**



## Tipo de tratamiento farmacológico actual con repercusión nutricional ( $\leq 1$ mes)

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Acetato de megestrol</b>	127	16'26
<b>Corticoesteroides</b>	248	31'75
<b>Psicofármacos</b>	96	12'29
<b>Fluoxetina</b>	23	24'21
<b>Otros</b>	71	74'74
<b>Nutrición artificial</b>	114	14'6
<b>Suplementos (&lt;1000 Kcal y/o 40 g prots.)</b>	85	74'56
<b>Nutrición enteral (&gt; 1000 Kcal y/o 40 g prots.)</b>	22	19'3
<b>Nutrición parenteral</b>	7	6'14

Aproximadamente el 50% de los pacientes reciben tratamiento con Acetato de megestrol o corticoesteroides al cumplimentar el CRD



## TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

### ❑ **Estimuladores del apetito.**

Corticoides, acetato megestrol, dronabinol.

### ❑ **Inhibidores metabólicos y de citokinas.**

Acido eicosapentanoico, pentoxifilina, talidomida.

### ❑ **Agentes anabólicos.**

Andrógenos.

Hormona del crecimiento humana.

### ❑ **Miscelánea.**



## ESTIMULADORES DEL APETITO

### ❑ CORTICOIDES.

Eficacia comprobada: dexametosa, prednisolona, metil-prednisolona.

Mecanismo de acción: efecto antiinflamatorio, estimulación hormonas orexígenas.

### ❑ PROGESTAGENOS.

Eficacia comprobada: frente a placebo y dexametosa, prednisolona, metil-prednisolona.

Dosis no aclarada: 160 - 800 mg/ día.

### ❑ DRONABINOL.

Efecto inferior a los progestágenos.



## INHIBIDORES DE LAS CITOKINAS

### ❑ ACIDO EICOSAPENTANOICO.

Eficacia no claramente comprobada: inferior al acetato megestrol.

Mecanismo de acción: inhibe la lipólisis y la activación de la adenilato ciclasa.

### ❑ TALIDOMIDA.

Inhibidor del TNF-alfa.

Efecto en pacientes VIH y con TBC.

Resultados preliminares en pacs con cáncer.

### ❑ PENTOXIFILINA, SULFATO DE HIDRAZINA.

No son eficaces.



## AGENTES ANABOLICOS Y MISCELANEA

- ❑ **OXANDROLONA:** Resultados prometedores.
- ❑ **HORMONA DEL CRECIMIENTO:** Ningún papel.
- ❑ **INFUSIONES DE ATP:** Resultados preliminares en pacientes con cáncer de pulmón.
- ❑ **MELATONINA:** Inhibe la producción del TNF.

Resultados buenos en pacs con CPNCP en curso de QT.

No incrementa la ingesta pero detiene la pérdida de peso.

- ❑ **ANTAGONISTAS DE LA SEROTONINA.**





## CONCLUSIONES

- ❑ La malnutrición es frecuente en los pacientes con cáncer.
- ❑ Esta situación es causa de complicaciones y requiere un correcto manejo.
- ❑ El oncólogo debe ser capaz de realizar valoraciones nutricionales básicas.
- ❑ El tratamiento farmacológico es sólo una parte mínima de la atención que hemos de dar a nuestros enfermos.
- ❑ Es imprescindible una Unidad de Dietética que colabore en el tratamiento de estos pacientes.