



TOLEDO

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.



TOLEDO

CAUSAS DE PERDIDA DE PESO EN LOS PACIENTES ONCOLOGICOS

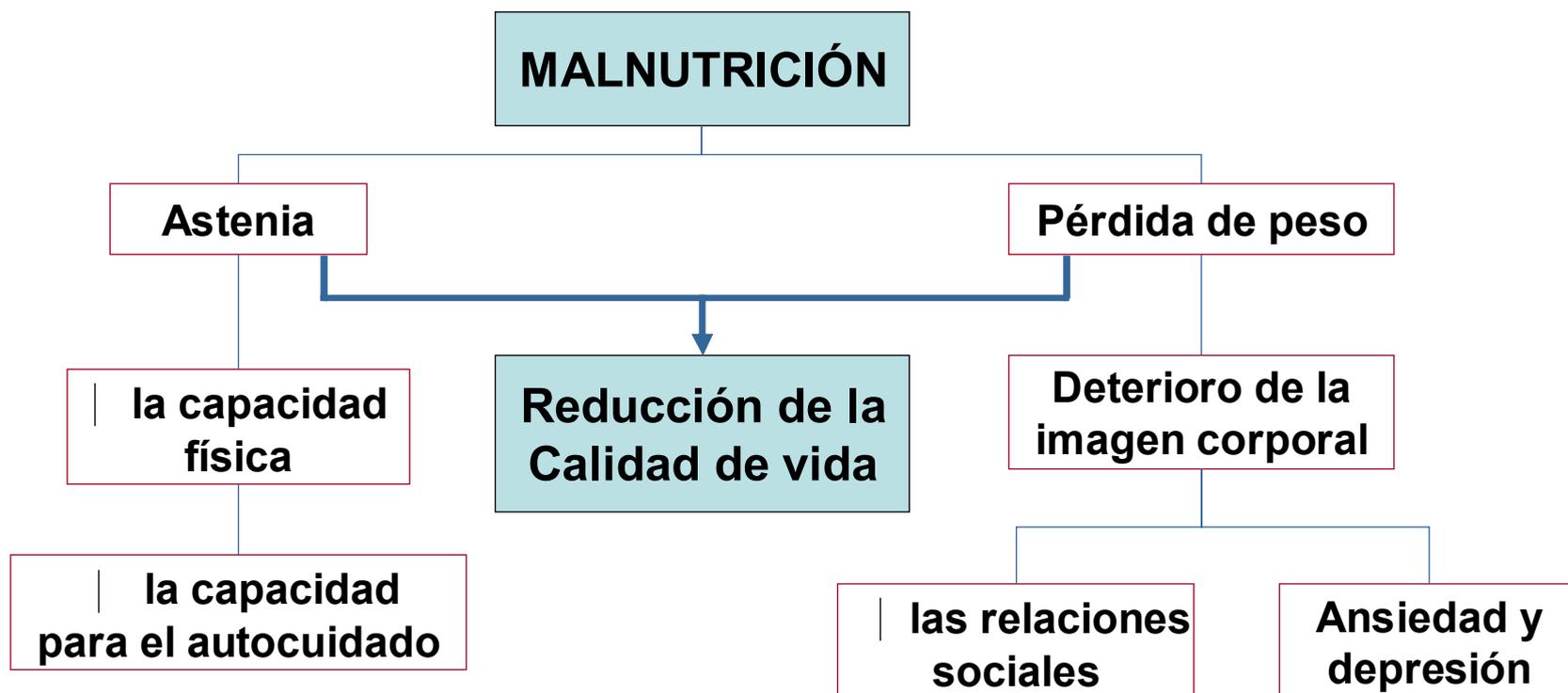
- ❑ **Relacionadas con el paciente.**

- ❑ **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.**

- Procaquéticas: TNF, IL-6, IL-1.
- Anticaquéticas: 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⁽¹⁾ no ha cambiado⁽⁰⁾ ha aumentado⁽⁰⁾

Identificación del paciente:

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

sin cambios⁽⁰⁾
 mayor de lo habitual
 menor de lo habitual⁽¹⁾

Ahora como:

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

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

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

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

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**



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.



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.



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.



FACTORES QUE INDICAN LA NECESIDAD DE SOPORTE NUTRICIONAL

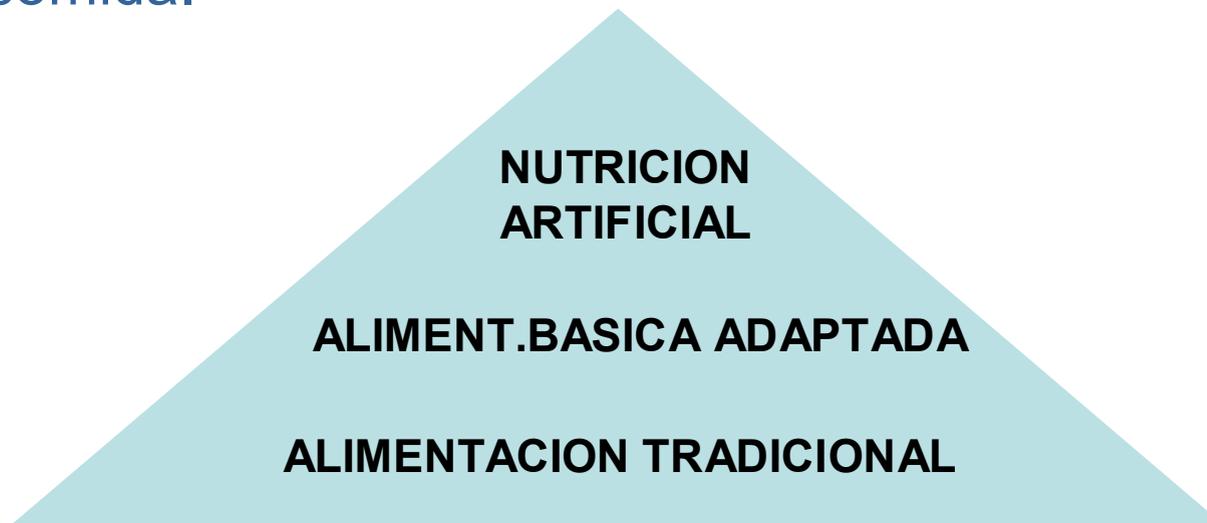
- Pérdida de peso mayor del 10% en corto periodo de tiempo.
- Peso actual menor del 80% del estimado.
- Alteración en los parámetros antropométricos.
- Albúmina menor de 3 gr/ dl.
- Resultados de la VGS.



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.



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.

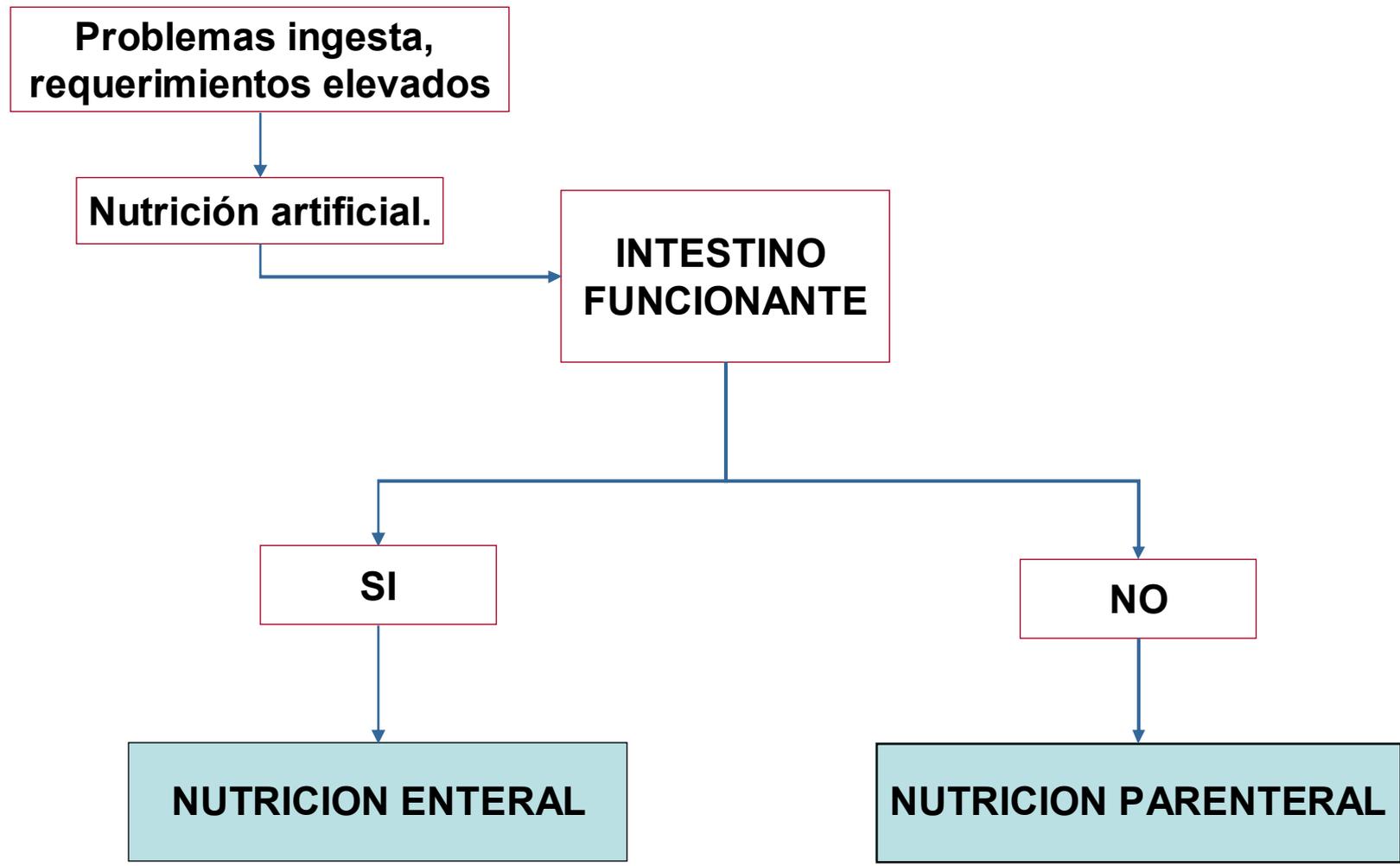


TOLEDO

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 (≤ 1 mes)

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