

ARTÍCULOS ORIGINALES

Control nutricional en la consulta de enfermería de radioterapia.

Autores: Juan Carlos Florido Martín, Encarnación Martín Sánchez, Agustín López-Espinosa Plaza.
Enfermeros del Servicio de Oncología Radioterápica. H.R.U. Carlos Haya. Málaga.

Email: ceradioterapia.hch.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido: 23/04/2009

Aceptado: 16/11/2009

Resumen

Objetivos: Los objetivos del soporte nutricional en oncología son mejorar la tolerancia al tratamiento oncológico específico. Disminuir la incidencia de complicaciones. Aumentar el control tumoral, Y ante todo, mejorar la calidad de vida del paciente.

Material y Método: Mostramos como se realiza en nuestra consulta de enfermería la selección de pacientes por medio de Screening nutricional, Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente (VGS-GP) y seguimiento de los distintos grupos de riesgos.

Discusión: Para los pacientes que vayan a recibir tratamiento oncológico de bajo o moderado riesgo sería suficiente, en principio, con una correcta información sobre los posibles efectos secundarios del tratamiento y una serie de recomendaciones nutricionales. Este consejo dietético suele ser muy apreciado tanto por los pacientes como por los familiares, para ello la ayuda de la enfermería es inestimable. La información escrita en forma de guías o folletos puede facilitar esta tarea.

Conclusiones: La Enfermería tiene un papel fundamental en el cribado nutricional para detectar problemas nutricionales reales o potenciales en pacientes con cáncer. Establecemos un algoritmo de intervención que nos permite detectar el riesgo nutricional de nuestros pacientes.

La Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente (VGS-GP) es la herramienta más utilizada para realizar una valoración nutricional, por ser un método sencillo que tiene en cuenta los datos recogidos por profesionales y pacientes.

Los pacientes con riesgo nutricional son controlados y tratados, según su necesidad, ya sea en la consulta de Enfermería o en la de Nutrición -Endocrinología.

Palabras clave:

Nutrición, enfermería, screening, VGS-GP, Radioterapia.

Summary

Objectives: The objectives of the nutritional support in oncology are to improve the tolerance to the specific oncology treatment. To diminish the incidence of complications. To increase the control tumour. And, above all, to improve the quality of life of patients.

Material and Method: We show how is realised in our nursing consulting room the selection of patients by means of nutritional Screening, VGS-GP and control of different risk groups.

Discussion: For the patients who are going to receive oncology treatment of low or moderate risk would be sufficient, in principle, with a correct information on the possible indirect effects of the treatment and nutritional recommendations. This dietetic advice very usually is appreciated so much by patients and their relatives, for it, the nursing aid is inestimable. Information written in form of guides or pamphlets can make easier this task.

Conclusions: Nursing has a essential paper in the nutritional sifting to detect real or potential nutritional problems in patients with cancer. We establish an intervention algorithm that allows to detect the nutritional risk in our patients. The Subjective Global Valuation Generated by the Patient (VGS-GP) is the tool more used to make a nutritional valuation, for being a simple method that considers the data picked up by professionals and patients. The patients with nutritional risk are controlled and tried, according to their necessities, either in the nursing consulting room or in the Nutrition - Endocrinology one.

INTRODUCCIÓN:

En los últimos años estamos asistiendo en oncología a un creciente interés por la nutrición en general y por el soporte nutricional en particular. Esto se debe fundamentalmente a la relación que existe entre la malnutrición y un peor pronóstico de los pacientes oncológicos. La enfermedad y la nutrición están íntimamente relacionadas de modo que tanto la enfermedad puede causar desnutrición, como la desnutrición puede, a su vez, influir de forma negativa en la enfermedad.⁽¹⁾

En el enfermo oncológico existe un riesgo importante de desnutrición (40-80%) y es bien sabido que la desnutrición se asocia al aumento de las complicaciones y a su gravedad. Existe suficiente evidencia científica de que una adecuada intervención nutricional es capaz de mejorar la calidad de vida, la tolerancia y respuesta al tratamiento y acortar la estancia hospitalaria.⁽²⁾

Los efectos secundarios de la quimioterapia (náuseas, vómitos, diarreas, bajada de defensas, etc...) y la potenciación de los de la radioterapia, generan las condiciones ideales para la aparición de desnutrición. Unas relacionadas con el tumor (Alteraciones mecánicas o funcionales del aparato digestivo. Alteraciones metabólicas (glicólisis anaerobia.). Secreción de sustancias caquectizantes). Otras relacionadas con el paciente (Hábitos adquiridos, anorexia y caquexia neoplásica, junto a factores psicológicos); y por último, están las relacionadas con el tratamiento (Cirugía, Radioterapia, Quimioterapia). Por tanto, se considera prioritario establecer un protocolo de actuación que nos permita un adecuado abordaje nutricional.

Existen varios métodos de valoración nutricional, la Valoración Global subjetiva (VGS) es un método diseñado por Detsky y col. en 1987⁽³⁾ para evaluar el estado nutricional. Posteriormente, se han realizado dos modificaciones para que resulte aplicable a enfermos con cáncer (Ottery y col, Persson y cols). Thoresen y colaboradores compararon un método objetivo de evaluación nutricional con la VGS y documentaron la elevada correlación entre los dos métodos. Esto nos informa de la fiabilidad del método. Por último en la Valoración Global Subjetiva generada por el paciente (VGS-GP), que es la que utilizamos nosotros en nuestra consulta de enfermería, se involucra al paciente realizando la primera parte del cuestionario. El resto es cumplimentada por la enfermera que realiza la valoración.⁽⁴⁾

OBJETIVOS:

Por un lado se pretende mejorar la tolerancia al tratamiento oncológico específico, por otro, disminuir la incidencia de complicaciones, y sobre todo mejorar la calidad de vida de nuestro paciente.

MATERIAL Y MÉTODO:

La malnutrición conlleva una serie de alteraciones anatómicas que se caracterizan por la pérdida de peso y disminución de las medidas antropométricas. Pero también existen alteraciones funcionales como, la disminución de las defensas contra la infección, el retardo de la cicatrización, etc.

En la consulta de enfermería del HRU Carlos Haya de Málaga realizamos el primer día a todo paciente que va a empezar un tratamiento radioterápico en nuestro servicio, una serie de actividades que procedemos a describir a continuación, en primer lugar y junto a la valoración inicial realizamos un screening nutricional el cual está basado en cuatro preguntas básicas.

CRIBAJE PARA CONTROL NUTRICIONAL:

1. IMC<20.5	SI	NO
2. El paciente, durante los últimos 3 meses ¿ha perdido peso?	SI	NO
3. El paciente ha reducido la ingesta diaria de comer en la última semana	SI	NO
4.Tratamiento de Quimioterapia y Radioterapia concomitante	SI	NO

Si la respuesta es "SI" en dos o más respuestas, se ha de programar visita a la Unidad de Nutrición.

Si la respuesta es "NO" en todas las preguntas, el paciente se revalorará semanalmente.

El índice de masa corporal (IMC)⁽⁵⁾ debe de ser superior a 20.5. Este índice de masa corporal o índice de Quetelet nos define la desnutrición con valores inferiores a 19.9 Kg/m².

Desnutrición	19,9 Kg/m ²
Normal	20-24,9 Kg/m ²
Sobrepeso	25-29,9 Kg/m ²
Obesidad grado I	30-34,9 Kg/m ²
Obesidad grado II	35-39,9 Kg/m ²
Obesidad grado III	40 Kg/m ²

Otra de las preguntas se refiere a la pérdida de peso en los últimos tres meses, así, una pérdida de peso mayor del 10% del peso habitual, en poco tiempo, indica un aumento del riesgo de complicaciones. En lo referente a la ingesta, una reducción de la misma en la última semana.

na nos alerta de la aparición temprana de desnutrición. Y por último si nuestro paciente tiene tratamiento de radioterapia y quimioterapia concomitante va a tener un muy elevado riesgo de desnutrición.⁽⁶⁾

Tras la realización de este screening nutricional si dos ó más ítems son positivos pasamos al enfermo al siguiente nivel, o sea, le entregamos el formulario de V.G.S.-G.P. (valoración global subjetiva generada por el paciente) en el que le vamos a pedir que conteste a preguntas como: peso actual y hace tres meses, alimentación con respecto a hace un mes, actividad cotidiana en el último mes y dificultad para alimentarse (*Ilustración 2*) y lo citaremos para realizarle un extracción de sangre y la realización de las medidas antropométricas. En esa cita se terminará de rellenar la VGS-GP, en la cual se involucra al paciente, realizando la primera parte del cuestionario en la que pediremos a nuestro paciente que conteste un sencillo cuestionario con datos. El resto es cumplimentada por la enfermera que realiza la valoración. Tales como diagnóstico, tratamiento, otras patologías; exploración física (medidas antropométricas, edemas, UPP...) y datos de laboratorio (sobre todo, albúmina, prealbúmina.).

Ilustración 2

Tabla II

DATOS CLÍNICOS	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C
Edad	≤ 65	> 65	> 65
Pérdida de peso	< 5%	5-10%	> 10%
Alimentación	Normal	Det. leve-moderado	Deterioro grave
Deterioro actividad	No	Leve-moderado	Grave
Impedimentos para ingesta	No	Leves-moderados	Graves
Tratamiento antineoplásico	Bajo riesgo	Riesgo moderado	Alto riesgo
Pérdida adiposa	No	Leve-moderado	Elevada
Pérdida muscular	No	Leve-moderado	Elevada
Edemas/ascitis	No	Leves-moderados	Importantes
Úlceras por presión	No	No	Sí
Fiebre/corticoides	No	Leve-moderada	Elevada
Albúmina (previa a tto)	> 3,5 g/dl	3-3,5 g/dl	< 3 g/dl
Prealbúmina (tras tto)	> 18 mg/dl	15-18 mg/dl	< 15 mg/dl

Sin embargo, como hemos visto, la simple elaboración de la VGS-GP no es suficiente para determinar el estado nutricional, por lo que además debemos recurrir a un examen físico con medidas antropométricas, las que nosotros realizamos en nuestra consulta son peso y la talla (para poder determinar el IMC). El pliegue tricipital (para valorar la grasa corporal), circunferencia braquial (para valorar la masa muscular) y dinamometría de la mano (para valorar la fuerza múscu-

lo esquelética). Además estas mediciones antropométricas las relacionamos con tablas de referencia que nos dan valores medios para pacientes de la misma edad y sexo. Junto a todo esto y para terminar realizamos una analítica de control que incluye glucemia, perfil hepático, perfil lipídico y hemograma.

Cabe destacar el valor de la albúmina, esta proteína tiene un alto valor predictivo de complicaciones de desnutrición, cifras inferiores a 2.5 g/dl sugieren un elevado riesgo de complicaciones.

Los valores de prealbúmina son útiles para detectar cambios nutricionales agudos, debido a su corta vida media (2-3 días). Niveles en suero inferiores a 15 mg/dl indican alto riesgo nutricional.⁽⁷⁾

RESULTADOS

Obtenemos con todos estos parámetros la clasificación de riesgo de desnutrición y definiremos las intervenciones que se llevara a cabo en la consulta de enfermería. Para poder clasificar a nuestros pacientes en uno de los grupos de desnutrición hay algunos parámetros que tienen mayor valor predictivo y/o diagnóstico y, en caso de duda, nos ayudarán a elegir un grupo en concreto. Estos parámetros son la pérdida de peso del 10% sobre el habitual en tres meses. Los valores analíticos: albúmina, que con valores por debajo de 3g/dl, nos indica la muy probable aparición de desnutrición y prealbúmina inferior a 15 mg/dl, riesgo agudo.

Por último, en tercer lugar tenemos el tipo de tratamiento antineoplásico, pues todos los tumores y los tratamientos aplicados a ellos no tienen el mismo riesgo de desnutrición. En la tabla siguiente mostramos su clasificación: (*Tabla II y III*)^(c)

Dependiendo del grupo al que asignemos a nuestro paciente nuestra intervención será distinta.

Así para el Grupo A lo más importante es darle una serie

de recomendaciones dietéticas específicas para enriquecer la dieta, o esa, le recomendaremos una dieta hipercalórica, le enseñaremos a controlar síntomas (peso, disminución de tono muscular, falta de apetito) y lo reevaluaremos en 15 días por si empezara un deterioro físico, y precisara otro tipo de aporte nutricional.

Para el Grupo B el seguimiento será semanal en consulta de Enfermería, procediendo a la obtención de valores antropométricos, controlando posible aparición de síntomas de desnutrición, le vamos a aconsejar a estos pacientes la dieta hipercalórica y además se le va a dar para que empiecen a probar siempre después de las comidas suplementos nutricionales. Si antes o durante el tratamiento el oncólogo considera que el riesgo de desnutrición es alto procederá a la derivación de este a la consulta de nutrición de nuestro hospital en la cual el médico nutricionista le va a prescribir los soportes nutricionales necesarios y nos lo vuelve a derivar para seguir el control semanal en nuestra consulta, conjuntamente con ellos.

Al Grupo C directamente lo vamos a derivar a la consulta de nutrición, por medio de hoja de consulta realizada por el oncólogo, junto con la VGS-GP realizada en nuestra consulta y la analítica. Una vez que el médico nutricionista lo ha valorado y prescrito la dieta en nuestra consulta le vamos a realizar un control de síntomas un seguimiento semanal de valores antropométricos y un seguimiento de la dieta prescrita y derivación a la consulta de nutrición ante cualquier cambio detectado durante estas revisiones.⁽⁹⁾

RIESGO NUTRICIONAL	LOCALIZACIÓN DEL TUMOR	TRATAMIENTO QT.
ALTO	Cabeza y cuello: boca, faringe, laringe y esófago Abdominal: digestivo Hematológico: trasplantes de médula	- Radio-quimioterapia concomitante - Previos TMO
MEDIO	Cabeza y cuello: parótidas Abdominal: hepático, biliar, renal, ovario, órganos genitales y vejiga	-Tratados con altas dosis de Cisplatino -Tratados con 5-fluoracilo en infusión continua, irinotecán y docetaxel - Tratados con ifosfamida, ciclofosfamida, dacarbicina, fluoropirimidinas orales, carboplatino, paclitaxel, mitoxantrone, etc...
BAJO	Tórax: mama, pulmón Sistema nervioso central Óseos y musculares Próstata Melanoma	Pacientes que reciben derivados de la vinca, metotrexato a dosis bajas, 5-fluoracilo en bolo, Utefos, Mefalán y Clorambucil.

Tabla III

DISCUSIÓN:

Para los pacientes con buen estado nutricional al diagnóstico y que vayan a recibir tratamiento oncológico de bajo o moderado riesgo sería suficiente, en principio,

con una correcta información sobre los posibles efectos secundarios del tratamiento y una serie de recomendaciones nutricionales.

La información escrita en forma de guías o folletos puede facilitar esta tarea.

Para el segundo grupo de pacientes, aquellos bien nutridos pero que van a ser sometidos a tratamiento oncológico de alto riesgo, sería beneficioso forzar la ingesta calórica antes de iniciar el tratamiento.⁽¹⁾

La Enfermería tiene un papel fundamental en el cribado nutricional para detectar problemas nutricionales reales o potenciales en pacientes con cáncer.

El consejo dietético suele ser muy apreciado tanto por los pacientes como por los familiares, para ello la ayuda de la enfermería es inestimable.⁽¹⁰⁾

CONCLUSIONES:

Establecemos un algoritmo de intervención que nos permite detectar el riesgo nutricional de nuestros pacientes.

La Valoración Global Subjetiva (VGS-GP) es la herramienta más utilizada para realizar una valoración nutricional, por ser un método sencillo que tiene en cuenta los datos recogidos por profesionales y pacientes.

Los pacientes con riesgo nutricional son controlados y tratados, según su necesidad, ya sea en la consulta de Enfermería o en la de Nutrición-Endocrinología.

Bibliografía

1. Cerezo, L. Diagnóstico del estado nutricional y su impacto en el tratamiento del cáncer. *Oncología (Barc.)*, Mar 2005, vol.28, no.3, p.23-28. ISSN 0378-4835
2. Evaluación del estado nutricional en el paciente oncológico. C. Gómez Candela, G. Martín Peña, A.I. de Cos Blanco, C. Iglesias Rosado y R. Castillo Rabaneda Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma Madrid Unidad de Nutrición. Hospital de Móstoles. Universidad San Pablo CEU. Madrid.
3. Detsky A.S., McLaughlin J.R., Baker J.P., et al. What is subjective assessment of nutritional status?. *J.P.E.N.* 11:55-60, 1987.
4. Definition of standardized nutritional assessment and interventional pathways in oncology. *Nutrition*. 1996 Jan;12(1 Suppl):S15-9
5. Alastrue Vidal A, Sitges Serra A, Jaurrieta Mas E, Sitges Creus A [Anthropometric parameters for a Spanish population (author's transl)]. *Med Clin (Barc)* 1982; 78(10):407-15.
6. Langer CJ, Hoffman JP, Ottery FD. Clinical significance of weight loss in cancer patients: rationale for the use of anabolic agents in the treatment of cancer-related cachexia. *Nutrition* 2001; 17 (Suppl1):S1-20.
7. Marín Caro M. M., Gómez Candela C., Castillo Rabaneda R., Lourenço Nogueira T., García Huerta M., Loria Kohen V. et al. Evaluación del riesgo nutricional e instauración de soporte nutricional en pacientes oncológicos, según el protocolo del grupo español de Nutrición y Cáncer. *Nutr. Hosp.* ISSN 0212-1611
8. Ottery FD. Oncology patient-generated SGA of nutritional status. *Nutr Oncol* 1994; 1(2):9.
9. Luengo LM. Valoración del estado nutricional del paciente oncológico. *Rev Oncol* 2004; 6 (Supl 1): 11-18.
10. Ferro, T. Rol de la enfermería en el cuidado del estado nutricional del paciente: Intervención precoz. *Revista SEEO*. 4º Trimestre. 2004