

ARTÍCULOS ORIGINALES

Intervención de enfermería en la desnutrición de los pacientes con tumores de ORL.

Garzón Mondéjar I.; Garzón Sanchez P.; Barón Ramirez V.; Sanchez Gonzalez B.

Unidad de Enfermería de Oncología Radioterapia.

Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid.

Recibido: 30/10/08

Aceptado: 12/12/08

Resumen

Introducción: La desnutrición en los pacientes con tumores de cabeza y cuello (ORL) tratados con radioterapia es un problema que preocupa al personal sanitario debido a la menor respuesta de los tratamientos antineoplásicos y su repercusión en la calidad de vida.

Material y Métodos: En el estudio se incluyen 27 pacientes con diferentes tumores de ORL, en el que se realiza en la consulta de enfermería un plan asistencial de valoración o diagnóstico nutricional utilizando la Valoración Global Subjetiva generada por el paciente (VGS-GP) basal y semanal.

Resultados: Se produce pérdida de peso significativa a partir de la 2ª semana de tratamiento, con una pérdida media de -4 kg durante el tratamiento, el Índice de Masa Corporal (IMC) también disminuye significativamente ($P < 0.001$) y la VGS-GP empeoró significativamente ($P < 0.005$). Los pacientes que empeoran su VGS-GP a categoría B y C, a pesar del plan asistencial nutricional continúan perdiendo peso. Los pacientes que interrumpen el tratamiento tienen una pérdida media de peso de -8,8 Kg significativamente superior a la de los que no interrumpen tratamiento -3,6 Kg ($p < 0.05$).

Conclusiones: En los pacientes con tumores de ORL que reciben tratamiento radioterápico se deteriora significativamente el estado nutricional durante el tratamiento, con las consecuencias que ello conlleva. A pesar del plan asistencial nutricional solo un 33,3% de los pacientes se mantienen con buen estado nutricional y no pierden peso significativo.

Palabras clave: cáncer, nutrición, radioterapia, suplementos nutricionales

Summary

Concern malnutrition in cancer patients treated with radiotherapy leads to a study which aims to assess whether nutritional support for Consultation Enfermería slows malnutrition in these patients and improve tolerance to treatments. We have included in the weekly monitoring of the consultation, a basic nutrition education and dietary recommendations hyperproteinic and hypercaloric, using as criteria for classification of the nutritional status-Generated Subjective Global Assessment of the patient (VGS-GP).

Introducción

Entre un 40% y 80% de los pacientes con cáncer pueden presentar algún grado de malnutrición durante el curso de su enfermedad. Como consecuencia, aparecen factores que preocupan al personal sanitario: mayor estancia hospitalaria,

menor respuesta a los tratamientos antineoplásicos, aumento de complicaciones asociadas (infecciones, depleción del sistema inmunitario y depresión), peor calidad de vida y menor supervivencia.

En un estudio epidemiológico realizado en el año 2003, en el que se incluyeron 126 pacientes diagnosticados de cáncer,

remitidos a Servicios de Oncología Radioterápica, se comprobó que un 16.1% de los pacientes con indicación de radioterapia han perdido > 5% de su peso habitual antes de iniciar el tratamiento radioterápico y un 14,5% lo pierden durante el tratamiento radioterápico. Ambas situaciones son más frecuentes en los tumores de cabeza y cuello (ORL).

En un estudio epidemiológico realizado en nuestro Servicio en el año 2005, comprobamos que los pacientes con mayor riesgo de malnutrición son los que padecen tumores de ORL. La cirugía y el tratamiento quimioterápico (QT) concomitante al tratamiento de radioterapia (RTE) en los pacientes de tumores de ORL, es una de las causas más influyentes para presentar complicaciones debido a la toxicidad de estos tratamientos. La importancia de la valoración del estado nutricional y la actuación por parte del profesional a los enfermos oncológicos, está justificada por su influencia en estas complicaciones.

La evaluación nutricional debe constituir una parte regular e integrada en la terapéutica de los pacientes con cáncer. La evaluación debe realizarse antes del tratamiento y continuar hasta que este termine. La historia clínica y el examen físico son los componentes más importantes de la evaluación del estado nutricional, se debe incluir el historial del peso (actual, ideal), la evaluación de los cambios en la ingesta oral, los síntomas que afectan a la nutrición (anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, estomatitis/mucositis, xerostomía, anomalías del gusto y del olfato y dolor), capacidad funcional y requerimientos metabólicos, en cuanto al examen físico hay que valorar la pérdida de peso, la pérdida de grasa subcutánea, el desgaste muscular, la presencia de edemas o ascitis. Detsky y col. desarrollaron y validaron criterios estandarizados de clasificación del estado nutricional a través de la historia clínica y la exploración física que se han denominado Valoración Global subjetiva generada por el paciente (VSG-GP), consta de dos partes, una que realiza el propio paciente (edad, peso actual y 3 meses antes, encuesta dietética, síntomas con impacto nutricional y capacidad funcional) y otra a cumplimentar por el personal sanitario con datos de la exploración física, datos analíticos, comorbilidad, y riesgo nutricional del tratamiento a realizar. Según estos datos los pacientes se clasifican en 3 categorías:

- Categoría A: pacientes con adecuado estado nutricional
- Categoría B: sospecha de malnutrición o malnutrición moderada
- Categoría C: malnutrición severa.

La VSG-GP ha sido validada para su uso en la evaluación del estado nutricional en el paciente oncológico.

Gómez Candela y col., publican el Soporte nutricional en el paciente oncológico y hacen referencia a la necesidad de aportar al paciente oncológico una dieta hiperproteica o suplementos alimenticios hiperproteicos para paliar de alguna manera la desnutrición severa.

Por eso hemos incluido en la consulta de enfermería, un plan

asistencial de soporte nutricional para los pacientes con tumores de ORL. El objetivo del estudio es valorar si el soporte nutricional en la Consulta de Enfermería frena la malnutrición en estos pacientes, mejora la tolerancia a los tratamientos y la calidad de vida.

Material y métodos

Previo autorización del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Central de la Defensa, hemos realizado un estudio retrospectivo en el que hemos revisado las historias clínicas de 27 pacientes con diferentes tumores de ORL, excluyendo aquellos que llevaban sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), desde enero/2005 a Agosto/2005, y en los que habíamos incorporado en la consulta de enfermería un plan asistencial de soporte nutricional. La edad media de los pacientes era de $62,67 \pm 12,0$ años (rango de 40-85 años). El tratamiento oncológico consistió en: RTE en 2 pacientes, Cirugía + RTE adyuvante en 6; Cirugía + RTE + QT concomitante en 11 y RTE + QT concomitante en 8. La dosis media de RTE fue $67,98 \pm 2,6$ Gy (rango de 60-72 Gy). El 81,5% eran fumadores y el 37% bebedores importantes.

Nuestro plan asistencial de soporte nutricional consistía en una evaluación basal y semanal de la VGS-GP. En la consulta de enfermería se realizaba una educación nutricional básica y recomendaciones dietéticas dirigidas a cambiar hábitos tóxicos y alimentarios incorrectos, para la realización de una dieta saludable hiperproteica e hipercalórica. Si el paciente presentaba buen estado nutricional (A), se le daban a él y a su cuidador unas recomendaciones dietéticas generales. Si existía una desnutrición moderada (B), se les recomendaba instrucciones generales elaborando menús ricos en proteínas e hipercalóricos, con aumento de ingesta de carne, pescado, huevos, leche y derivados, e hidratos de carbono y cuando la pérdida de peso, respecto al peso habitual era > 5%, suplementos nutricionales pautados por el médico encargado de su tratamiento. El objetivo de los suplementos era que no fueran sustitutos de las comidas, sino que sirviera como ayuda a la dieta hiperproteica e hipercalórica. En el caso de desnutrición severa (C), se valoró la pauta de suplementos alimenticios o la instauración de nutrición enteral, bien con la colocación de SNG o PEG o por vía endovenosa, en caso de precisar nutrición enteral o endovenosa los pacientes eran excluidos del estudio. Tres pacientes se retiraron del estudio (2 por exitus y uno por colocación de PEG).

El estudio estadístico ha sido realizado con el programa SPSS v12.0, se ha considerado significación estadística con una $p < 0,05$.

Resultados

Con respecto a los síntomas que afectan a la nutrición de estos pacientes: 19 tenían pérdida de apetito, 24 anemia, 24

mucositis, 23 disfagia, 24 xerostomía, 8 náuseas y vómitos, 21 dolor, y 19 depresión durante el tratamiento.

El peso basal medio era de $68,7 \pm 8,6$ Kg (rango de 53,4 - 83,5 Kg) y el peso medio final era de $64,8 \pm 10,68$ Kg (rango de 43 - 91 Kg) ($p < 0,005$). Se producía una pérdida de peso significativa a partir de la 2ª semana de tratamiento. La evolución semanal del peso durante el tratamiento radioterápico se muestra en la Tabla 1.

EL Índice de Masa Corporal (IMC) disminuye significativamente durante el tratamiento ($P < 0,001$) con un IMC medio inicial de $24,03 \pm 3,34$ (rango de 17,4 - 30,8) y un IMC medio final de $22,89 \pm 3,88$ (rango de 16,6 - 30,67).

La VGS-GP al inicio y final del tratamiento empeoró significativamente ($P < 0,005$) los cambios observados durante el tratamiento se representan en la Tabla 2. Por el deterioro del estado nutricional 19 pacientes recibieron suplementos alimentarios, el peso medio inicial en estos pacientes era $67,19 \pm 7,99$ Kg y el peso medio final $61,8 \pm 9$ Kg ($p < 0,001$), los pacientes que no necesitaron suplementos tenían un peso medio inicial de $72,6 \pm 9,36$ Kg y un peso medio final de $73,1 \pm 11,4$ Kg ($p = 0,2$), la pérdida de peso fue significativamente mayor en aquellos pacientes que recibieron suplementos alimenticios ($p < 0,05$) Fig 1.

Se analizó también la evolución de diversos parámetros analíticos durante el tratamiento, observando un descenso significativo en los niveles de albúmina y transferrina (Tabla 3).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la pérdida de peso y la aparición de anemia, el consumo de tabaco o de alcohol, los que están bien cuidados o no, o el tipo de tratamiento realizado.

No obstante los pacientes con peor peso inicial y final fueron los que recibieron tratamiento de Cirugía+RTE+QT, aunque las diferencias no fueron significativas estadísticamente. La pérdida de peso en los pacientes tratados con RTE fue -4,1 Kg, en los tratados con Cirugía+RTE -1,2 Kg, en los que recibieron Q+RTE+QT -3,3 Kg y en los tratados con RTE+QT -6,3 Kg. como muestra la tabla 4.

Los pacientes que interrumpen el tratamiento ($n=10$) tienen una pérdida media de peso de -8,8 Kg significativamente superior a la de los que no interrumpen tratamiento -3,6 Kg ($p < 0,05$).

Discusión

La incapacidad de mantener el estado nutricional es un problema particularmente frecuente entre las personas con cáncer. El proceso de la enfermedad y su tratamiento pueden llevar a la desnutrición, siendo una causa principal de morbilidad y mortalidad en éstos pacientes, que repercute en el pronóstico de su enfermedad oncológica.

DeWys y col. , examinaron la frecuencia de la pérdida de peso en 3047 pacientes con diferentes tipos de tumores, más de la mitad de los pacientes presentaban una pérdida de peso del 10% en los 6 meses previos.

Los tumores de la esfera ORL producen alteraciones de la nutri-

ción mediante un mecanismo directo, por el hecho de dificultar la masticación, la salivación o la deglución. Estos efectos pueden ser debidos al tumor o bien a los efectos secundarios provocados por los tratamientos.

En los pacientes diagnosticados de tumores de ORL, el 57% presentan pérdida de peso antes de iniciar el tratamiento radioterápico, la pérdida media de peso es de -6,5 kg. Dado que el tratamiento radioterápico en estos pacientes va a producir efectos secundarios importantes que van a afectar a la alimentación, es imprescindible incorporar al plan terapéutico un seguimiento de su situación nutricional y una intervención dietética.

En un estudio retrospectivo de 150 pacientes con tumores de ORL tratados con RTE, analizan los factores que influyen en la pérdida de peso durante el tratamiento RTE, los factores significativos fueron: bajo Karnofsky inicial ($p < 0,001$), el uso de radioquimioterapia ($p < 0,001$) y una dosis total > 60 Gy ($p = 0,04$). En nuestro estudio hemos comprobado que los pacientes con peor peso inicial y final fueron los que recibieron tratamiento de Cirugía+RTE+QT, aunque las diferencias no fueron significativas estadísticamente, dado el pequeño tamaño de la serie.

Van den Berg, y col. han publicado los resultados de un estudio prospectivo en el que analizan la pérdida de peso de 47 pacientes con tumores de ORL que reciben diversos tratamientos, la pérdida media de peso en los pacientes tratados con sólo con Cirugía fue -1,5 Kg, en los pacientes tratados con RTE -3,3 Kg, los tratados con Cirugía+RTE -3,6 Kg y los tratados con RTE+QT -10,5 Kg. En nuestro estudio, todos los pacientes recibieron RTE, la pérdida media de peso en los pacientes tratados con RTE fue -4,1 Kg, en los tratados con Cirugía+RTE -1,2 Kg, en los que recibieron Cirugía+RTE+QT -3,3 Kg y en los tratados con RTE+QT -6,3 Kg.

Este estudio demuestra como es muy difícil poner freno al estado nutricional de los pacientes con tumores de cabeza y cuello, a pesar de las recomendaciones dietéticas durante todo el tratamiento y los suplementos alimentarios tomados, una vez se han desnutrido.

No obstante, hay pacientes (33%) que mantienen su peso y no se desnutren durante el tratamiento de radioterapia, por lo que podemos deducir que nuestra intervención de enfermería y el protocolo de soporte nutricional puede contribuir a las expectativas de mejorar la calidad de vida de estos pacientes y al cumplimiento del plan de tratamiento, como refiere Lamelo Alfonsín F. aunque éste sea un tema controvertido ya que existen resultados dispares en los diversos estudios clínicos.

En conclusión: los pacientes con tumores de ORL tratados con RTE con intención radical pierden peso significativamente a partir de la 2ª semana. El IMC disminuye significativamente. Los pacientes con buen estado nutricional empeoran significativamente durante el tratamiento, con las consecuencias que ello conlleva. Los pacientes que con recomendaciones

nutricionales empeoran e inician suplementos nutricionales, continúan perdiendo peso. Un 33,3% de los pacientes se mantienen con buen estado nutricional con recomendaciones nutricionales y no pierden peso significativo.

Ya que la mayoría de los pacientes siguen desnutriéndose a pesar de la intervención de enfermería, hemos puesto en marcha en nuestra unidad un estudio prospectivo que incluya una prevención nutricional.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Peso Inicial	27	53,40	86,50	68,7963	8,61847
Peso 1ª Semana	26	50,30	91,70	67,6692	9,87987
Peso 2ª Semana	26	48,30	91,00	67,6885	9,44671
Peso 3ª Semana	26	47,70	91,40	67,0000	9,78059
Peso 4ª Semana	24	44,50	93,50	65,5250	10,58445
Peso 5ª Semana	24	45,50	92,30	65,6125	10,96664
Peso 6ª Semana	24	43,20	91,50	65,0417	11,10021
Peso 7ª Semana	23	43,00	91,00	64,8130	10,68620

Tabla 1.- Evolución del peso medio durante el estudio.

VGS-GP	INICIO TTO. N (%)	FINAL TTO. N (%)
VGS A	18 (66,7%)	9 (33,3%)
VGS B	6 (22,2%)	12 (44,4%)
VGS C	3 (11,1%)	3 (11,1%)

Tabla 2.- Evolución de la Valoración Global Subjetiva generada por el paciente (VGS-GP) durante el tratamiento.

PARÁMETROS ANALÍTICOS	VALOR MEDIO INICIAL	VALOR MEDIO FINAL	p
HEMOGLOBINA	13,0	12,8	n.s.
HIERRO	85,1	78,4	n.s.
ALBÚMINA	3,7	3,6	< 0.05
PREALBÚMINA	20,4	19,5	n.s.
TRANSFERRINA	218,9	201,7	< 0.05

Tabla 3. Parámetros analíticos

Tipo de Tto.	N	Peso inicial		Peso final		Diferencia
		Media	Desviación típica	Media	Desviación típica	
RTEXT Sólo	2	69,1500	,07071	65,0500	6,85894	- 4,1
Cirugía+RTEXT	6	71,7167	9,62734	70,5200	9,77839	-1,2
Cirugía+RTEXT+QT	11	64,5909	9,61420	61,1700	13,92839	-3,3
RTEXT+QT	8	72,3000	5,33586	66,0500	2,52646	-6,3
Total	27	68,7963	8,61847	64,8130	10,68620	-3,9

Tabla 4. Evolución del peso (Kg) según el tipo de tratamiento realizado.

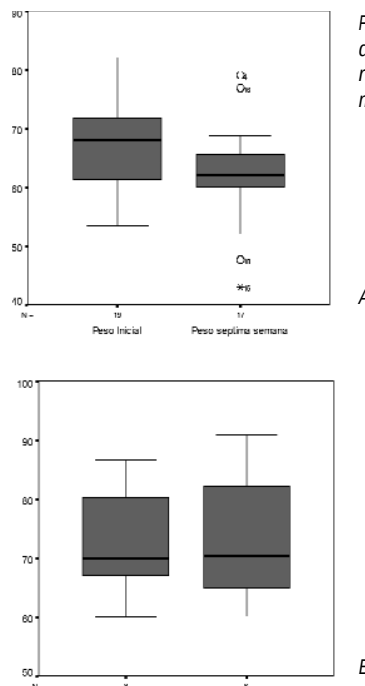


Fig 1. Evolución del peso durante el tratamiento según reciban (A) o no (B) suplementos alimentarios.

Bibliografía

- 1- R. K. Chandra., Nutrición y Sistema Inmunológico. Memorial University of Newfoundland. St. John's, Newfoundland, Canadá.
- 2- Simón C., Diario Médico SEME (Sociedad Española de Medicina Estética). La desnutrición provoca el 25% de los fallecimientos en los pacientes oncológicos. 2004.
- 3- Rodríguez Pérez, A.; Sánchez Santos, M.E.; Pérez Casas, A.; Beltrán García, C.: Estudio epidemiológico de radioterapia y nutrición. Resultados preliminares. Rev Oncología. 2003; 5 (supl 4): 65.
- 4- Garzón Mondejar I.; Hevías Ortiz M.T.; Sanchez Gonzalez B.; Garzón Sanchez P.; Barón Ramiro V. .Estudio epidemiológico de Radioterapia y nutrición. Clin.transl.Oncol. 2005; 7(suppl2).
- 5- Kostler WJ, Hejna M, Wenzel C, and Zielinski CC. Oral mucositis complicating Chemotherapy and/or Radiotherapy: options for prevention and treatment. CA Cancer J Clin 2001; 51:290
- 6- Luego Pérez LM y Grupo de trabajo de Nutrición y Cáncer SENBA. Valoración del estado nutricional del paciente oncológico. Rev Oncol 2004; 6 (supl 1):11-18.
- 7- Detsky, A.S.; McLaughlin, J.R.; Baker, J.P.; et al.: What is subjective global assessment of nutritional status? J Parent Ent Nutrition, 1987; 11 (1): 8-13.
- 8- C., Gómez Candela y A., Sastre Gallego. Soporte nutricional en el paciente oncológico. Segunda edición.2004. En complicaciones debidas al tratamiento oncológico que afectan a la nutrición. 183-233.
- 9- Barber MD. Cancer cachexia and its treatment with fish oil enriched with nutritional supplementation. Nutrition 2001;17:751-755.
- 10- Rodríguez Pérez, A.; Samper Ots, P.M.; Vallejo Ocaña, C.; et al.: Importancia del estado nutricional en el paciente con cáncer. Oncología, 2003; 26 (8): 223-237.
- 11- De Wys, W.D.; Begg, C.; Lavin, P.T.; et al.: Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Am J Med, 1980; 69 (4): 491-497.
- 12- Gómez Candela, C.; Rodríguez Suárez, L.; Luengo Pérez, L.M.; et al.: Intervención nutricional en el paciente oncológico. Ed. Glosa. Barcelona, 2003.
- 13- Lees, J.: Incidence of weight loss in head and neck cancer patients on commencing radiotherapy treatment at a regional oncology centre. Eur J Cancer Care, 1999; 8 (3): 133-136.
- 14- Munshi, A.; Pandey, M.B.; Durga, T.; et al.: Weight loss during radiotherapy for head and neck malignancies : what factors impact it? Nutr Cancer, 2003; 47(2): 136-140.
- 15- Van de Berg, M.G.A.; Rasmussen-Conrad, E.L.; Gwasara, G.M.; et al.: A prospective study on weight loss and energy intake in patients with head and neck cancer, during diagnosis, treatment and revalidation. Clin Nutrition, 2006; 25: 765-772.
- 16- Fernando Lamelo A.; García Campelo R.; Nutrición en el paciente con cáncer. Guías Clínicas 2006;6(14).www.fisterra.com