



Estado nutricional de pacientes con cáncer colorrectal en tratamiento con quimioterapia

M. Heredia, S. Canales, C. Sáez y M. Testillano

Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España.

Resumen

Objetivo: Determinar el estado nutricional de los pacientes con cáncer colorrectal en tratamiento con quimioterapia y valorar cuántos pacientes podrían beneficiarse de recomendaciones nutricionales.

Método: Se incluyeron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, con cáncer colorrectal que estaban recibiendo quimioterapia entre marzo y abril de 2005. Se valoró su estado nutricional mediante el método "Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente (PG-SGA)". Según este cuestionario, los pacientes fueron clasificados en uno de los cuatro niveles de intervención: a) no requiere intervención; b) educación nutricional; c) intervención nutricional, y d) intervención crítica y en uno de los tres estados de nutrición (bien nutrido, moderadamente malnutrido o severamente malnutrido).

Resultados: Se valoraron todos los pacientes con cáncer colorrectal que recibieron quimioterapia en los dos meses señalados (33 pacientes): el 9,1% presentaba estadio II de la enfermedad; el 21,2%, estadio III, y el 69,7%, estadio IV; el 69,7% estaba recibiendo citostáticos asociados con riesgo moderado de desnutrición mientras que el 30,3% recibía quimioterapia de bajo riesgo. El 57,6% de los pacientes se encontraba bien nutrido. No obstante, la intervención fue crítica en el 42,4% de los pacientes.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes estudiados requieren algún tipo de actuación nutricional, aunque no todos presentan malnutrición.

Palabras clave: Valoración global subjetiva generada por el paciente. Valoración nutricional. Malnutrición y cáncer. Malnutrición oncológica. Valoración del estado nutricional oncológico.

The nutritional status of patients with colorectal cancer undergoing chemotherapy

Objective: Determine the nutritional status of patients with colorectal cancer undergoing chemotherapy and assess how many patients could benefit from nutrition facts.

Method: Patients of both sexes aged over the age of 18 with colorectal cancer who were receiving chemotherapy between March and April 2005 were included. The nutritional status of these patients was evaluated using the method "Patient-Generated Subjective Global Assessment" (PG-SGA). According to this questionnaire, the patients were classified in one of four levels of intervention (a) no intervention required; b) nutrition education; c) nutritional intervention; d) critical intervention) and into one of three nutritional status (well-nourished, moderately malnourished or severely malnourished).

Results: All the patients with colorectal cancer receiving chemotherapy during the two months indicated (33 patients): 9.1% were in stage II of the disease, 21.2% in stage III and 69.7% in stage IV. The 69.7% was receiving cytostatics associated with moderate risk of malnutrition while 30.3% received low-risk chemotherapy. 57.6% of the patients were well-nourished. However, the intervention was critical in 42.4% of the patients.

Conclusions: The majority of the patients studied require some type of nutritional act, although not all of them suffer from malnutrition.

Key words: Subjective global assessment. Nutrition assessment. Malnutrition and cancer. Oncological malnutrition. Oncological nutritional status assessment.

Correspondencia: Miriam Heredia.
Hospital General de Guadalajara.
C/ Donantes de Sangre, s/n. 19002 Guadalajara. España.
Correo electrónico: Herediamiriam@hotmail.com

Recibido: 15-09-06 *Aceptado:* 10-07-07

INTRODUCCIÓN

La incapacidad para mantener un buen estado nutricional es un problema muy frecuente en pacientes oncológicos, que generalmente desemboca en una malnutrición¹. El examen y evaluación nutricional precoz puede identificar problemas para ayudar al paciente a aumentar o mantener el peso, mejorar la respuesta al tratamiento y reducir las complicaciones^{1,2}.

Un cuidado nutricional óptimo requiere un trabajo multidisciplinar en el seno de un programa terapéutico protocolizado. La valoración del estado nutricional debe llevarse a cabo en cada paciente al inicio y durante el tratamiento³.

El objetivo de este trabajo es determinar el porcentaje de pacientes con cáncer colorrectal en tratamiento con quimioterapia que se encuentran desnutridos y valorar cuántos pacientes podrían beneficiarse de recomendaciones nutricionales.

MÉTODO

Se identificaron todos los pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal que estaban recibiendo quimioterapia (estadios II, III y IV) durante los meses de marzo y abril de 2005. Se seleccionaron pacientes de ambos sexos y mayores de 18 años, excluyendo aquellos con imposibilidad o negativa a responder a un cuestionario con respuestas subjetivas.

A los pacientes se les realizó una valoración nutricional completa mediante el método "Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente" (PG-SGA) de Ottery⁴, el cual consiste en un cuestionario multiparamétrico que correlaciona bien con los resultados que se obtendrían en una valoración nutricional reglada. Este método consiste en un formulario que incluye un *examen físico* (medición de los datos antropométricos y presencia o ausencia de edemas o ascitis), *datos médicos*, (estadio de la enfermedad, demanda metabólica y enfermedades concomitantes) y una *valoración personal del paciente*. Esta valoración incluye: evolución del peso del paciente en las últimas semanas y meses, cambios en la ingesta y tipo de alimentos, síntomas relacionados con la alimentación y variaciones en la capacidad funcional.

Los cuestionarios de VGS-GP fueron realizados por los farmacéuticos e iban dirigidos tanto a los pacientes como al médico. El cuestionario consta de varias opciones de respuesta y cada una de ellas lleva asociada una puntuación concreta. Tras obtener la puntuación total, se sitúa al paciente en uno de los 4 niveles de intervención nutricional: 0-2 puntos: no requiere intervención; 2-3 puntos: requiere educación nutricional; 4-8 puntos: requiere intervención nutricional; ≥ 9 puntos: necesidad crítica de mejorar el manejo de los síntomas.

Al terminar la valoración, a partir de los datos sobre el estado general y signos de enfermedad, se asignó a cada paciente un grado de desnutrición¹ (bien nutrido, moderadamente malnutrido y severamente malnutrido) y en función de ello se decidió la necesidad de soporte nutricional y el tipo de nutrición a utilizar, oral o artificial.

RESULTADOS

Ningún paciente identificado rehusó responder el cuestionario. Se analizaron 33 pacientes, de los cuales un 48,5% eran mujeres. La mediana de edad fue de 69 años (intervalo intercuartil 25 de 57,5 años y 75 de 76 años). Se analizaron los factores de riesgo⁵

implicados en la desnutrición: fase de la enfermedad y tratamiento administrado. Ningún paciente recibió quimioterapia de alto riesgo: trasplante de médula ósea, radio-quimioterapia concomitante por cánceres de cabeza-cuello y esófago. El 69,7% de los pacientes estaba recibiendo citostáticos asociados con riesgo moderado de malnutrición: derivados de platino, derivados del podofilino, antraciclinas, dacarbacina, ciclofosfamida, ifosfamida, irinotecán, topotecán, taxanos, 5-fluorouracilo en infusión. El 30,3% de los pacientes recibía quimioterapia de bajo riesgo: derivados de la vinca, metotrexate a bajas dosis, 5-fluorouracilo en bolo, tegafur, melfalán, clorambucil, gemcitabina, temozolamida. El 9,1% de los pacientes presentaba estadio II de la enfermedad; el 21,2%, estadio III, y el 69,7%, estadio IV. El 57,6% de los pacientes se encontraba bien nutrido; el 30,3%, moderadamente malnutrido, y un 12,1%, severamente malnutrido.

No requirió ningún tipo de intervención el 3% de los pacientes. A un 24,2% se les ofertó educación sanitaria. El farmacéutico realizó intervenciones nutricionales sobre 30,3% de los pacientes, que consistieron en la entrega de folletos con recomendaciones específicas para el control de los síntomas, dieta hiperproteica o suplementos. A un 42,4% se les tuvo que realizar una intervención crítica mediante la recomendación de nutrición enteral o parenteral.

DISCUSIÓN

El estudio se realiza mediante el método de la PG-SGA puesto que es un método que se correlaciona muy bien con criterios nutricionales objetivos³. Se trata de una herramienta reproducible, fácil de utilizar, barata y no invasiva⁶ y, por tanto, sería un método sencillo de instaurar en un Servicio de Oncología. Según algunos autores debería ser la herramienta de elección de valoración nutricional en pacientes con cáncer⁷. Es un buen método de cribado para detectar a los pacientes que más podrían beneficiarse de las intervenciones. Además, proporciona datos sobre las posibles causas, lo que contribuye a la elaboración de recomendaciones individualizadas⁸ por parte de una unidad multidisciplinar en la que podría formar parte un farmacéutico.

El estudio fue realizado en pacientes con cáncer colorrectal, que se trata de un tumor poco caquetizante², hecho que concuerda con el bajo número de pacientes que presentaba algún tipo de desnutrición en nuestro estudio. No obstante, como se concluye, el número de pacientes con que podrían beneficiarse de la valoración nutricional de forma rutinaria sería muy elevado.

En el estudio de Grutsch⁹ y Gupta¹⁰ se evidenció la utilidad pronóstica de la valoración SGA en pacientes con cáncer colorrectal avanzado. En este estudio se incluyen pacientes en estadio II, III y IV de la enfermedad y se plantea como forma de identificación rápida de pacientes desnutridos más que como valoración pronóstica de la enfermedad.

El número de pacientes de este estudio es bajo por lo que debería estudiarse en una población mayor y de este modo evaluar si debería realizarse de forma rutinaria a todos los pacientes con

cáncer colorrectal o si algún subgrupo de pacientes (según estadio de la enfermedad, tratamiento quimio-radioterápico recibido...) podría beneficiarse más de este tipo de intervenciones.

Sería también conveniente la valoración nutricional en otros tipos de tumores más caquetizantes así como la comparación entre tumores.

Una limitación del estudio es el corto periodo de seguimiento. Muchos de los pacientes podrían haber disminuido su peso como consecuencia del tumor y tras la cirugía estar recuperando su peso habitual. Otros factores que también podrían influir y no se tuvieron en consideración son el tiempo al que el paciente había estado sometido al tratamiento antineoplásico o tiempo desde la cirugía (por la pérdida de peso en el periodo postoperatorio). A esto cabe añadir el hecho de que, dado que el cáncer colorrectal se da con mayor frecuencia en pacientes con edad avanzada, grupo población con mayor riesgo de malnutrición, es por ello difícil de discernir la influencia de este factor en el porcentaje de pacientes desnutridos.

En el estudio de Gómez Candela y sus colaboradores, los pacientes se clasifican según el diagnóstico y tratamiento antineoplásico recibido. En los resultados, se mide el grado de desnutrición según el tipo de tratamiento (curativo o paliativo), según el riesgo nutricional por el tratamiento antineoplásico recibido y con respecto a la VGS-GP. Sin embargo, no se establece ninguna relación entre el riesgo de desnutrición asociado a cada diagnóstico¹¹.

En un estudio realizado en pacientes ambulatorios¹² que recibían tratamiento radioterápico, la GP-VGS se propone también como una medida predictiva de cambios en la calidad de vida. La revisión de Davies sugiere que podría ser una intervención coste-efectiva dado su papel en la reducción de la estancia hospitalaria. Sin embargo, deberían hacerse más estudios al respecto¹³. Sería adecuado además investigar sobre las consecuencias de la intervención nutricional realizada en estos pacientes mediante su posterior reevaluación.

Bibliografía

1. García Luna PP. Oncopacientes. Guías informativas para pacientes con cáncer. Cuidados nutricionales antes, durante y después del tratamiento oncológico. Grupo Aula Médica.
2. DeWys WD, Begg C, Lavin PT, Band PR, Bennett JM, Bertino JR, et al. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Med.* 1980;69:491-7.
3. Gómez Candela C, Luengo LM, Cos AI, Martínez-Roque V, Iglesias C, Zamora P, et al. Valoración global subjetiva en el paciente neoplásico. *Nutr Hosp.* 2003;18:353-7.
4. Ottery DF. Definition of standardized nutritional assessment and interventional pathways in oncology. *Nutrition.* 1996;12(1 Suppl):515-9.
5. Gómez Candela C, Rodríguez L, Luengo LM, Zamora P, Celaya S, Zarazaga A, et al. Intervención nutricional en el paciente oncológico adulto. Barcelona: Glosa; 2003.
6. Barbosa-Silva MC, De Barros AJ. Subjective global assessment: Part 2. Review of its adaptations and utilization in different clinical specialties. *Arq Gastroenterol.* 2002;39:248-52.
7. Read JA, Crockett N, Volker DH, MacLennan P, Choy ST, Beale P, et al. Nutritional assessment in cancer: comparing the Mini-Nutritional Assessment (MNA) with the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PGSGA). *Nutr Cancer.* 2005;53:51-6.
8. Small W, Carrara R, Danford L, Logemann JA, Cella D. Quality of life and nutrition in the patient with cancer. Integrating nutrition into your cancer program. A supplement to *Oncology Issues.* 2002;17:4-6.
9. Grutsch J, Gupta D, Lammersfeld CA, Vashi PG, Lis CG. The importance of ongoing nutritional assessment in advanced colorectal cancer. *Journal of Clinical Oncology.* 2004. ASCO Annual Meeting Proceedings (Post-Meeting Edition). Vol. 22, N.º 14S (July 15 Supplement), 2004:3691.
10. Gupta D, Lammersfeld CA, Vashi PG, Burrows J, Lis CG, Grutsch JF. Prognostic significance of Subjective Global Assessment (SGA) in advanced colorectal cancer *European Journal of Clinical Nutrition.* 2005;59:35-40.
11. Gómez Candela C, Marín M, De cos A, Muñoz E, Castillo R, Benítez S. Valoración del riesgo nutricional en pacientes oncológicos según el protocolo de intervención nutricional del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Nutrición Básica y Aplicada (SENBA).
12. Isenring E, Bauer J, Capra S. The scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) and its association with quality of life in ambulatory patients receiving radiotherapy. *Eur J Clin Nutr.* 2003;57:305-9.
13. Davies M. Nutritional screening and assessment in cancer-associated malnutrition. *Eur J Oncol Nurs.* 2005;9 Suppl 2:S64-73.