

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS QUE  
PRESENTAN SÍNDROME DE ANOREXIA – CAQUEXIA



ANA FELISA GUTIÉRREZ DÍAZ  
SANDRA LILIANA RAYO TORO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA  
BOGOTÁ D. C.  
2008

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS QUE  
PRESENTAN SÍNDROME DE ANOREXIA – CAQUEXIA



ANA FELISA GUTIÉRREZ DÍAZ  
SANDRA LILIANA RAYO TORO

BELKIS ALEJO RIVEROS  
Asesora Proyecto de Investigación  
Magíster en Investigación y Docencia Universitaria

ESPERANZA AYALA DE CALVO  
Asesora Temática  
Especialista en Enfermería Oncológica  
Magíster en Investigación y Docencia Universitaria

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA  
BOGOTÁ D. C.  
2008

## CONTENIDO

	Pág
1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. PROBLEMA .....	3
3. JUSTIFICACIÓN .....	4
4. OBJETIVOS .....	7
4.1 OBJETIVO GENERAL .....	7
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	7
5. PROPÓSITOS .....	8
6. MARCO TEÓRICO .....	9
6.1 FISIOPATOLOGIA DE LA ANOREXIA – CAQUEXIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO .....	9
6.1.1 Alteraciones Metabólicas .....	10
6.1.2 Alteración Neurohormonal .....	10
6.1.3 Citoquinas y Factores Catabólicos Derivados del Tumor .....	12
6.2 DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON ANOREXIA – CAQUEXIA .....	13
6.2.1 Valoración del estado nutricional del paciente oncológico con anorexia - caquexia .....	15
6.3 FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME ANOREXIA – CAQUEXIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO .....	22
6.3.1 Factores Psicosociales .....	22
6.3.2 Náuseas y Vómitos .....	23
6.3.3 Disfagia .....	24
6.3.4 Mucositis .....	24
6.3.5 Xerostomía .....	24
6.4 MANEJO TERAPÉUTICO DEL SÍNDROME DE ANOREXIA - CAQUEXIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO .....	25
6.4.1 Uso Clínico de la Medicación en el Paciente con Anorexia – Caquexia .....	27
6.4.2 Medicamentos con Efectos Poco Definidos en el Síndrome Anorexia - Caquexia .....	27
6.5 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON ANOREXIA - CAQUEXIA .....	28

7. DESARROLLO METODOLÓGICO.....	31
7.1 BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS .....	31
7.2 SELECCIÓN DE DOCUMENTOS.....	32
7.3 ANÁLISIS DE DOCUMENTOS SELECCIONADOS.....	32
8. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	36
8.1 PRINCIPALES FACTORES ASOCIADOS CON EL SÍNDROME DE ANOREXIA – CAQUEXIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS. ....	36
8.2 MANEJO TERAPEUTICO MÁS EFECTIVO DEL SINDROME DE ANOREXIA/ CAQUEXIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS .....	41
8.3 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL SÍNDROME ANOREXIA – CAQUEXIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.....	42
9. CONCLUSIONES .....	46
BIBLIOGRAFÍA.....	47
ANEXOS - FICHAS	

## LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla No. 1. Evaluación básica del paciente con anorexia y caquexia.....	14
Tabla No. 2. Índice de Masa Corporal (IMC). .....	17
Tabla No. 3. Determinación de proteínas plasmáticas.....	17
Tabla No. 4. Palabras claves. ....	31
Tabla No.5 Factores físicos asociados al síndrome anorexia caquexia en el paciente oncológico .....	38
Tabla No. 6 Factores Psicosociales Asociados al Síndrome de Anorexia – Caquexia en el Paciente Oncológico. ....	39
Tabla. No. 7 Factores emocionales asociados al síndrome de anorexia – caquexia en el paciente oncológico. ....	40
Tabla. No. 8. Manejo terapéutico más efectivo del síndrome anorexia – caquexia en el paciente oncológico. ....	41
Tabla No. 9. Intervención de enfermería en el manejo terapéutico de síntomas asociados al síndrome anorexia – caquexia en el paciente oncológico.....	43
Tabla No. 10. Intervención de enfermería en el manejo psicosocial de síntomas asociados al síndrome anorexia – caquexia en el paciente oncológico.....	44

## LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Alteraciones metabólicas del síndrome anorexia-caquexia.....	11
Grafica 2. Valoración Global Subjetiva del paciente. ....	20

## 1. INTRODUCCIÓN

La anorexia – caquexia afecta a un gran número de pacientes con cáncer, no sólo en etapas avanzadas sino que puede presentarse a lo largo de todo el curso evolutivo de la enfermedad. Si bien la anorexia podría definirse como la pérdida del deseo de comer, la caquexia comporta una pérdida importante y progresiva de masa muscular, y en menor medida, de masa grasa. La caquexia puede presentarse antes de que se manifieste la pérdida de peso, como consecuencia de una disminución en la ingesta de alimentos asociada a un incremento, en general, del gasto energético y a una serie de alteraciones metabólicas mediadas por el propio tumor<sup>1</sup>. Las consecuencias del síndrome de anorexia – caquexia en la mortalidad y morbilidad de los pacientes oncológicos están bien definidas y tiene un gran impacto negativo, tanto por sus implicaciones en la tolerancia y aceptación de los tratamientos anti-neoplásicos, como por el curso evolutivo posterior a las intervenciones quirúrgicas, así como afectar la calidad de vida y la supervivencia de estos pacientes.

De hecho, se asume que por lo menos en el 22% de las muertes de los pacientes oncológicos, la causa responsable final es la desnutrición producida por el síndrome<sup>2</sup>. Es por ello que la valoración nutricional, incluyendo la evaluación de la ingesta de alimentos, debe ser precoz y formar parte del plan de tratamiento de estos pacientes, incluso en aquellos que inicialmente presentan un buen estado de nutrición. Se han propuesto diversas estrategias nutritivas para intentar combatir la caquexia – anorexia y evitar la presencia de desnutrición.

La mejor manera de enfocar el tratamiento de la anorexia - caquexia del paciente oncológico debería basarse en los mecanismos patogénicos responsables. Los mecanismos responsables son multifactoriales, con un papel muy importante tanto de las citoquinas como de factores derivados del tumor y las alteraciones del metabolismo intermediario<sup>3</sup>. En los últimos años, y coincidiendo con un mejor conocimiento de la anorexia – caquexia, se han lanzado diversas hipótesis encaminadas a promover el apetito, mejorar la ingesta de comida, preservar la masa muscular y mejorar la calidad de vida del paciente, a partir de la posible acción terapéutica de algunos nutrientes que podrían revertir, en parte, algunas de las respuestas que el proceso neoplásico comporta y que afectan de manera

---

<sup>1</sup> DeWys WD: Weight loss and nutritional abnormalities in cancer patients: incidence, severity and significance. Clin Oncol. 1986; 5: 251-257.

<sup>2</sup> Inagaki J, Rodriguez V, Bodey GP: Causes of death in cancer patients. Cancer. 1974; 33: 568-673.

<sup>3</sup> Argilés, JM, Busquets S, Felipe A, López-Soriano FJ: Molecular mechanisms involved in muscle wasting in cancer and ageing: cachexia versus sarcopenia. Int j Biochem & Cell Biol 2005; 1084-1104.

primordial tanto a la falta de apetito como a la pérdida de masa magra y de masa grasa.

La presencia de este síndrome entraña un peor pronóstico, como se puede comprobar en estos pacientes, es un fenómeno del ámbito oncológico. Todo esto ha llevado a la formulación del problema ¿cuál es la intervención de la enfermera oncóloga, en pacientes oncológicos, que presentan síndrome de anorexia – caquexia?

Esta pregunta se responderá a través de una revisión documental de estudios publicados desde 1997 hasta el año 2008, cuyo objetivo es identificar las intervenciones de la enfermera oncóloga, en los cuidados de enfermería, que se manejan en pacientes con síndrome de anorexia – caquexia, para mejorar la atención y la calidad de vida, asimismo enriquecer el conocimiento de la enfermera oncóloga y de las demás disciplinas que interactúan con el paciente.

Este trabajo revisa los conocimientos actuales sobre el síndrome de anorexia – caquexia en el paciente oncológico desde el punto de vista, de la intervención de la enfermera oncóloga.

La metodología del estudio es una revisión documental de artículos en diferentes bases de datos, que responden al problema y objetivos.



## 2. PROBLEMA

En la práctica profesional diaria, es común encontrar pacientes con cáncer que presentan pérdida de peso y diversas alteraciones que le llevan a perder el apetito. Una de las principales funciones de la enfermera en servicios de oncología es identificar los principales problemas de los pacientes con cáncer que requieren atención en salud, y ayudarles a manejarlos o corregirlos, buscando siempre mejorar la calidad de vida en cuanto sea posible. No es fácil la intervención de enfermería cuando el paciente ya se encuentra en un estado de deterioro físico como ocurre en el síndrome de anorexia – caquexia en personas con cáncer. Este síndrome aumenta la mortalidad y morbilidad tanto por sus implicaciones en la tolerancia de los tratamientos, como por la afectación a la supervivencia.

Para sustentar las acciones de cuidado que puede y debe realizar la enfermera oncológica con estos pacientes, se planteó la siguiente pregunta:

¿Cuál es la intervención de enfermería en pacientes oncológicos, que presentan síndrome de anorexia – caquexia?

### 3. JUSTIFICACIÓN

El síndrome anorexia – caquexia es un cuadro paraneoplásico muy frecuente en el paciente oncológico observándose hasta en el 70% de los pacientes cuando presentan enfermedad avanzada. Hace años se creía que la anorexia – caquexia se debía al aumento del metabolismo basal que ocasionaba la presencia y consumo del cáncer. Sin embargo, hoy en día se sabe que sólo en el 25% de los casos hay un aumento basal y que este síndrome se debe a la existencia de un proceso multifactorial en el que interactúan diferentes sustancias liberadas por el tumor<sup>4</sup>. Según el Dr. Argilés define la anorexia – caquexia como un “síndrome caracterizado por marcada pérdida de peso, astenia, que lleva a la malnutrición debido a la anorexia o a la disminución de ingesta de alimentos, existiendo una competición por los nutrientes entre el tumor y el huésped y un estado hipermetabólico que lleva al paciente a un adelgazamiento acelerado”<sup>5</sup>.

Son muchos factores los que intervienen en este síndrome, desde el tratamiento con citostáticos, radioterapia, inmunoterapia o relacionadas directamente con la enfermedad presentando, náuseas, vaciamiento lento, irritación de la boca, dolor, fatiga, deshidratación, estreñimiento, hiponatremia, hipercalcemia, y, al mismo tiempo contribuyen a alterar las percepciones en el sabor y el olor, produciendo una disminución de masa muscular que conlleva a una pérdida de fuerza que tiene importantes consecuencias sobre el estado funcional del individuo, pues aumenta la dependencia de cuidados por terceros (familiares o cuidadores) y disminuye la calidad de vida. Otras causas de la anorexia – caquexia pueden estar asociados a los estados emocionales, ansiedad, depresión presente en estos pacientes.

Son muy pocos los trabajos que hacen referencia a la prevalencia o incidencia de la caquexia - anorexia a lo largo de la enfermedad neoplásica, a pesar de la gran frecuencia con que aparece este síndrome en el paciente oncológico. Los primeros estudios son los del grupo americano ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), que se llevó a cabo con más de 3000 pacientes oncológicos en los Estados Unidos (Dewis et al., 1980)<sup>6</sup>, estudiaron la pérdida de peso en pacientes oncológicos dividiéndolos en 3 grupos según la frecuencia de pérdida de peso, y aunque se le critica que no incluyeran pacientes con tumores cabeza y cuello que son de los pacientes en que la malnutrición es más frecuente. La

---

<sup>4</sup>SANZ, Jaime y col;: El síndrome anorexia–caquexia. Psicooncología. Vol. 1, Num.2-3, 2004, pág, 101 – 106.

<sup>5</sup> D., Cardona: tratamiento farmacológico de la anorexia-caquexia cancerosa.Nutrición.Hospitalaria.Vol.3, 2006, pag. 17-26.

<sup>6</sup> GARCIA-LUNA, P.P: Nutrición Hospitalaria. Causas e impacto clínico de la desnutrición y caquexia n el paciente oncológico. Vol. 21, 2006, pág.11.

prevalencia de la caquexia – anorexia se incrementa del 50% al 80% antes de la muerte, siendo la causa de la misma en más del 20% de los pacientes<sup>7</sup>. La prevalencia de la pérdida de peso es mayor en pacientes con tumores gastrointestinales que en procesos hematológicos o neoplasias mamarias. Otras entidades morbosas como el SIDA o la insuficiencia cardíaca crónica también presentan el síndrome de anorexia – caquexia.

El estudio de Padilla et al, publicado en 1983<sup>8</sup>, los pacientes oncológicos identificaron problemas relacionados con la nutrición, como el factor más importante que afectaba a su sensación de bienestar (exceptuando naturalmente el dolor y a los vómitos).

El estudio de Tcheckmedyan de 1995<sup>9</sup>, estudió los síntomas nutricionales en 644 pacientes oncológicos de consultas externas, observando que en el 54% de los pacientes había disminución del apetito y que hasta en el 74% podía aparecer pérdida de peso. Con estos datos se podría concluir que en el momento del diagnóstico más del 50% de los pacientes tienen algún problema nutricional y que más del 75% han tenido pérdida de peso.

En el reciente estudio epidemiológico, observacional y transversal NUPAC<sup>10</sup>, se efectúa una valoración del estado nutricional en 772 pacientes con cáncer avanzado o metastático, realizado en Unidades o Servicios de Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Cuidados Paliativos, durante los años 2001 – 2002 en España. Como principal test se utilizó el VSG – PG (valoración subjetiva global generada por el paciente), y los resultados mostraron que el 42,25% de los pacientes tenían anorexia – caquexia, que el 52% presentaba malnutrición severa o riesgo de padecerla y lo que tal vez sea más importante, que en el 83.6% de los pacientes con cáncer avanzado se requiere algún tipo de intervención profesional, con manejo en nutrición.

Para Argilés<sup>11</sup>, la pérdida de ingesta que se observa en la anorexia, parece ser más una consecuencia de la caquexia debido a que se puede desarrollar cuando la pérdida de peso ya ha aparecido.

Con los estudios anteriores, se identifica una serie de factores que demuestran que el síndrome de anorexia - caquexia aumenta la tasa de morbimortalidad y que

---

<sup>7</sup> BRUERA, E: palliative care. Anorexia-caquexia and nutrition. BMJ 1997; 315:1219-22.

<sup>8</sup> MASFERRER, José.: Rev. Oncol: Tratamiento radioterápico y alteraciones nutricionales. Vol. 6, 2004, pág.19

<sup>9</sup> GARCIA-LUNA, P.P: Nutrición Hospitalaria. Causas e impacto clínico de la desnutrición y caquexia en el paciente oncológico. Vol. 21, 2006, pag.11.

<sup>10</sup> SANZ, Jaime y col.; El síndrome anorexia–caquexia. Psicooncología. Vol. 1, Num.2-3, 2004, pág, 102.

<sup>11</sup> D., Cardona: tratamiento farmacológico de la anorexia-caquexia cancerosa. Nutrición Hospitalaria. ol.3, 2006, pag. 18.

la complejidad de este tipo de paciente hace necesaria una atención interdisciplinaria, donde la enfermera oncóloga desempeña un rol esencial. Hasta la fecha, los resultados del tratamiento farmacológico son poco favorables, por lo que cobra importancia el soporte nutricional, basado en el consejo para problemas concretos y los suplementos dietéticos, quedando la nutrición enteral o parenteral reservada a casos seleccionados. Otros aspectos importantes son el apoyo psicológico, el control de los síntomas asociados y la prevención y tratamiento de las complicaciones que puedan surgir. Para Kluber-Ross, unas cuantas cucharadas de sopa casera pueden hacer más bien al paciente que una infusión intravenosa suministrada en el hospital.

El manejo adecuado de la anorexia - caquexia de los pacientes oncológicos, permite no sólo satisfacer las necesidades físicas, sino también brindarles apoyo emocional y manifestar la preservación de la dignidad y de la autonomía del paciente, contribuyendo a aumentar el bienestar subjetivo de los mismos y a mantener una calidad de vida aceptable.

Es importante para la enfermera oncóloga profundizar en este tema, porque estará en capacidad de brindar atención con calidad a los pacientes oncológicos que presentan síndrome de anorexia – caquexia. Todos los elementos anteriormente expuestos, le permitirán a la enfermera oncóloga establecer intervenciones para el manejo oportuno de este síndrome, fortalecer su desempeño, justificar científicamente técnicas de uso de diferentes tratamientos, con el fin de brindarle al paciente una orientación oportuna, eficaz y así una mejor calidad de vida, además evitando que el paciente abandone el tratamiento.

Esta revisión documental contribuye al desarrollo de la línea de investigación de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, de Enfermedades prevalentes: Cáncer.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la intervención de la enfermera oncóloga, con pacientes oncológicos que presentan síndrome de anorexia – caquexia.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Establecer los principales factores asociados con el síndrome de anorexia – caquexia en pacientes oncológicos.
- Determinar los manejos terapéuticos más efectivos del síndrome anorexia – caquexia en pacientes oncológicos.
- Describir los cuidados de enfermería que se debe realizar para el manejo del síndrome de anorexia – caquexia en pacientes oncológicos.

## **5. PROPÓSITOS**

- Motivar a los profesionales de enfermería a la realización de diferentes tipos de investigación sobre los cuidados más efectivos para el manejo de pacientes oncológicos con síndrome de anorexia – caquexia con el fin de contribuir a la mejor calidad de vida de los pacientes.
- Motivar el autocuidado de los pacientes oncológicos, ampliando sus conocimientos sobre el manejo del síndrome de anorexia – caquexia, interviniendo en los factores psico – sociales, para mejorar su calidad de vida.

## **6. MARCO TEÓRICO**

Existe una relación estrecha entre el cáncer y la desnutrición, y los límites entre la clínica de ambas patologías, se difuminan originando un síndrome común, la caquexia – anorexia, en el que se entremezclan las consecuencias de la falta de aporte energético con las alteraciones metabólicas que origina el cáncer.

El síndrome anorexia – caquexia en el cáncer, además de ser una consecuencia de la enfermedad o de su tratamiento, repercute intensamente sobre el curso de la misma, aumentando la mortalidad y morbilidad, lo que a su vez desemboca en una mala calidad de vida para el paciente.

Dentro del contexto señalado de la especialidad se define el síndrome de anorexia – caquexia como un cuadro paraneoplásico muy frecuente en el paciente oncológico, caracterizado por un deterioro nutricional progresivo observado en el paciente que acompaña a determinadas patologías como el cáncer.

Este síndrome engloba un amplio componente de alteraciones hormonales y metabólicas, así como cambios en los procesos de síntesis y eliminación de determinados mediadores celulares como las citoquinas. El resultado final es el desarrollo de un síndrome de consunción, donde la ingesta forzada de aportes calóricos no resuelve la existencia de la sintomatología. Aunque no existe un criterio definido para identificar la presencia de este cuadro, sus principales manifestaciones clínicas se corresponden con la existencia de saciedad, pérdida marcada y progresiva de peso corporal, grasa y masa muscular (esquelética y cardiaca), debilidad, fatiga, afectación rápida del estado general (rostro emaciado, piel pálida, rugosa, sin elasticidad, pérdida del vello), alteraciones metabólicas (anemia, edemas, déficit de vitaminas, alteración hidroelectrolítica) y déficit inmunológico (mayor tendencia a infecciones).

### **6.1 FISIOPATOLOGIA DE LA ANOREXIA – CAQUEXIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO**

El desarrollo del síndrome, puede presentarse durante las primeras fases de la enfermedad o durante el transcurso de la misma. La etiología y los mecanismos responsables, han sido estudiados en profundidad en los últimos años, a pesar de lo cual el conocimiento sigue siendo muy limitado y desafortunadamente basado en modelos animales. Hasta hace poco tiempo se concebía la caquexia como el resultado de un excesivo metabolismo del tumor que usaría en su provecho los escasos nutrientes que ingeriera el paciente que casi de modo constante experimentaba repulsión por la comida. Hoy se sabe y se ha comprobado que el

soporte nutricional agresivo no revierte la caquexia asociada al SIDA<sup>12</sup>. En la actualidad se da mayor importancia a las alteraciones metabólicas profundas que se dan antes incluso de que se presente el cuadro y la liberación de diversos factores humorales responsables de esas alteraciones metabólicas. Estos factores humorales pueden ser originados en el propio tumor (factores lipolíticos y proteolíticos) o por la respuesta inmune del paciente (citoquinas).

Datos epidemiológicos sugieren que múltiples factores influyen en la intensidad de la presentación del síndrome. Diferentes tumores primarios están asociados con diversa presentación clínica. La pérdida de peso es más frecuente en pacientes con tumores sólidos que en neoplasias hematológicas, excepto en el cáncer de mama, en cuyo caso, la fatiga es más frecuente que la pérdida de peso o la anorexia. Aunque la pérdida de peso se relaciona fácilmente con el estadio del tumor, no se relaciona con el tamaño o su biología (cinética de crecimiento tumoral, diferenciación, comportamiento metastásico, respuesta al tratamiento antineoplásico, o factores humorales de caquexia). Las complicaciones específicas relacionadas con la localización del tumor y su tratamiento antineoplásico (como la obstrucción intestinal o la enteritis) pueden causar anorexia y caquexia. Las alteraciones a través de las cuales aparece el síndrome, en el paciente oncológico son:

**6.1.1 Alteraciones Metabólicas:** los cambios metabólicos que presenta el paciente con caquexia – anorexia por cáncer son diferentes de los presentes en el ayuno, a pesar de la malnutrición, y son más parecidos a los que tienen lugar en respuesta a una inflamación, infección o traumatismo. La lipólisis y el recambio proteínico tisular están aumentados; asimismo, se produce un aumento en la utilización hepática del lactato producido en gran cantidad por el tumor. La disminución en la captación y uso de la glucosa, producida especialmente en los tejidos musculares, produce un estado relativo de resistencia a la insulina. Durante mucho tiempo se pensó que estos cambios metabólicos los producía algún factor segregado por el tumor o por la competencia por los nutrientes de las células del tumor para su propio crecimiento, pero actualmente se considera que proceden principalmente de la respuesta del paciente al crecimiento tumoral. Todos estos cambios parecen promovidos por citocinas (principalmente el factor necrótico tumoral alfa), factores humorales y tumorales (fig.1). En el papel oncológico no siempre la atención y suplementación nutricional es capaz de revertir este proceso catabólico. Esto se debe a la complejidad del síndrome y a que, en general, se actúa cuando ya la pérdida de peso es muy importante.

**6.1.2 Alteración Neurohormonal:** La interacción entre el cerebro y el intestino es otro de los mecanismos que están llamando últimamente la atención en la

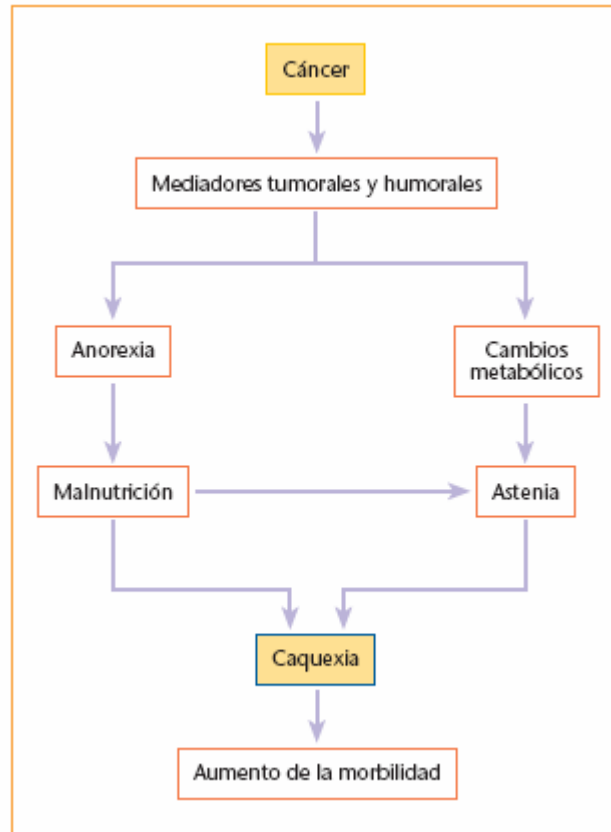
---

<sup>12</sup> Cortes, Carlos. Anorexia y caquexia en el paciente avanzado. Medicina paliativa.2001.pag.144-158



anorexia y la caquexia en el paciente oncológico. Un complejo proceso en el que intervienen la sensación del gusto, las señales humorales y neuronales del aparato gastrointestinal, y los péptidos y neurotransmisores en el hipotálamo y otras áreas cerebrales, regula el consumo de alimentos y por lo tanto la homeostasis de energía. Además, el malestar psicosocial o espiritual puede influenciar la sensación de hambre, apetito o saciedad.

**Gráfica 1. Alteraciones metabólicas del síndrome anorexia-caquexia**



Fuente: Tomado de Argilés JM et al; 2006

Las señales de saciedad procedentes del aparato superior y del hígado, así como de péptidos como la colecistoquinina, se transmiten a través del nervio vago y las fibras simpáticas hasta los centros autónomos del cerebro. La grelina es una hormona descubierta recientemente que se produce principalmente en el estómago dando lugar a efectos orexigénos y adipogénicos<sup>13</sup>. La leptina estimula la vía catabólica e inhibe la anabólica tanto a nivel central (hipotálamo) como en el aparato digestivo. En el hipotálamo, el suministro de energía lo regulan varios neuropeptidos tanto orexigénos como anorexigenicos, y endocannabinoides. El

<sup>13</sup> Nakasato M, Murakami N, Date Y, et al. A role for ghrelin in the central regulation of feeding. Nature. 2001, p. 194-8.

papel desempeñado por este mecanismo en la anorexia y caquexia de cáncer es difícil de interpretar. Por ejemplo, aunque los niveles de pepsina aumentan durante la inflamación, parecen disminuir en pacientes con anorexia y caquexia relacionados con cáncer.

El fallo o insuficiencia autonómica que conduce a un estado de saciedad y de náuseas crónica puede ser otros mecanismos de desregulación hormonal del aparato digestivo. Se ha documentado el fallo autonómico en pacientes con cáncer avanzado, estudiando por diversos medios la variabilidad de la frecuencia cardiaca como marcador válido de la función banal y la función simpática<sup>14</sup>. Son varios los síntomas que indican trastornos autonómicos y que están presentes en pacientes con cáncer avanzado: anomalías ortostáticas, disfunción sexual masculina, incontinencia urinaria, síntomas gastrointestinales (gastroenteritis, obstrucción pseudointestinal, diarrea, estreñimiento) y disfunción del sueño.

**6.1.3 Citoquinas y Factores Catabólicos Derivados del Tumor:** diversas citoquinas producidas por células del huésped (macrófagos y linfocitos) en respuesta al tumor pueden ser en parte las responsables de la caquexia tumoral. En estudios animales se ha producido el síndrome de caquexia tumoral mediante la administración de citoquinas y también se ha revertido con la administración de antagonistas específicos de estas. La citoquina más estudiada es el TNF o Factor de Necrosis Tumoral que fue llamada inicialmente caquectina por su relación con la caquexia. Provoca un aumento de la gluconeogénesis y unos niveles anormales de glucosa e insulina, manifestaciones estas de una resistencia insulínica. La alteración de la compleja homeostasis de citoquinas es un factor de gran importancia en la presencia de anorexia y caquexia. Otras citoquinas proinflamatorias implicadas como el TNF en la caquexia tumoral son la interleukina IL-1 e IL-6 y el interferón – gamma. Los niveles de citoquina en sangre reflejan de forma incompleta sus efectos locales. Los efectos de la citoquina exclusivamente locales, especialmente en el cerebro, también pueden resultar determinantes en la anorexia y la caquexia en cáncer.

Las células tumorales expresan factor inductor de proteólisis (FIP) y parece que éstos se asocian principalmente a células hepáticas y de la musculatura esquelética. Se detecta en la orina de pacientes con cáncer y está correlacionado con la pérdida de peso así como una mejora de peso en respuesta a un tratamiento anticaquético. El FIP inicia directamente la degradación de las proteínas. El FIP puede estar relacionado con la mediación de la respuesta de la fase aguda.

---

<sup>14</sup> Bruera E. Study of cardiovascular autonomic insufficiency in advanced cancer patients. *Cáncer Trat.* 1986; p.1387.

Otro factor el factor movilizador de lípidos (FML) se encuentra en suero y en orina de pacientes con cáncer con caquexia. Induce la lipólisis y esta correlacionado con la pérdida de peso.

## **6.2 DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON ANOREXIA – CAQUEXIA**

La anorexia, que a menudo se asocia a saciedad precoz, es uno de los síntomas que puede resultar más preocupante para el paciente, reflejo de “falta de salud” y que condiciona otras repercusiones emocionales, sociales y funcionales que repercuten en la calidad de vida del paciente. Otro tanto podría decirse del deterioro general que se concreta en la caquexia y sus importantes repercusiones en la imagen corporal percibida por el propio paciente.

Las valoraciones que se utilizan para predecir complicaciones relacionadas con la desnutrición y su impacto sintomático son:

- Historia reciente de pérdida involuntaria de peso.
- Historia reciente de deterioro de la ingesta calórica.
- Cambio de la imagen corporal (impresión del paciente medida por escala análoga visual (ESV).
- Juicio clínico de caquexia (evaluación global subjetiva).
- Presencia de anorexia.
- Náuseas o vómitos crónicos.
- Cansancio y astenia.

Conviene hacer una evaluación sintomática sistémica en todo paciente y priorizar las medidas a adoptar (tabla 1). Es posible que los síntomas de anorexia y caquexia pasen desapercibidos ante otros síntomas como ansiedad o dificultad respiratoria, y sin embargo, detectarlos podría resultar clave en la planificación del tratamiento.

**Tabla 1. Evaluación básica del paciente con anorexia y caquexia.**

Síntomas a evaluar con escalas visuales.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anorexia.</li><li>• Cansancio o astenia.</li><li>• Náuseas o vómitos.</li><li>• Alteración de la imagen corporal.</li></ul>
Ingesta.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Historia de la disminución Involuntaria de la ingesta.</li></ul>
Composición orgánica.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Peso actual e historia de pérdida de peso.</li><li>• Juicio clínico de caquexia.</li><li>• Albúmina sérica.</li><li>• Estimación de agua corporal.</li><li>• Diámetro braquial, pliegue cutáneo.</li></ul>
Funcionalidad.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Valoración del estado funcional.</li></ul>
Factores de anorexia y caquexia.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Posibles agravantes o causas de caquexia secundarias.</li></ul>
Valoración global de la situación.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Impacto emocional del síntoma.</li><li>• Valoración oncológica (pronóstico y tratamiento recibido).</li><li>• Actitud del paciente y familia respecto a los problemas de nutrición y su tratamiento.</li></ul>

Fuente: Tomado de Cortes, Carlos. Anorexia y caquexia en el paciente avanzado. Medicina paliativa. 2001

Es importante identificar los factores agravantes de la anorexia y caquexia. Los más relevantes son el dolor, el estreñimiento, la obstrucción intestinal, la disfagia, las alteraciones del gusto, la xerostomía, la náusea, las alteraciones cognitivas, la deshidratación y la infección.

La siguiente lista aporta una visión general de otras valoraciones que en algunos casos pueden ser de interés:

- Valorar la importancia relativa del componente de falta de ingesta.
- Investigar la probabilidad de un estado inflamatorio reversible (ej. Infección u otras causas de anorexia –caquexia).

- Estimar la probabilidad de supervivencia del paciente.
- Comprobar la integridad del aparato digestivo superior e inferior así como el estado de hidratación.
- Comentar de forma delicada con el paciente y la familia los objetivos de las intervenciones nutricionales, y alcanzar un acuerdo en cuanto a resultados que se podrían considerar significativos.
- Considerar nutrición enteral en pacientes con componente de imposibilidad de ingerir e intestino no funcionando.
- Considerar nutrición parenteral (NPE) para un pequeño y muy selectivo grupo de pacientes que presenta predominante componente de inanición, es necesario además una estimación precisa de la esperanza de vida, un buen entendimiento de las indicaciones y efectos individuales así como de los efectos secundarios de la NPE, y la imposibilidad de utilizar nutrición enteral. El empleo de NPE solo se debe llevar a cabo después de informar y comentar su empleo con el paciente y su familia.

Un paciente por ejemplo, puede percibir como grave el cambio en su imagen corporal y podría desear un tratamiento que le aumentara de peso, incluso en ausencia de mejoras sintomáticas. Las razones de tipo psicológico para forzar la ingesta pueden ser importantes para algunos pacientes o familias, sobre todo en fases iniciales del cuidado paliativo, y justifiquen el mantener actitudes previas de nutrición intervencionista. Pronto, una visión más centrada en el confort ayuda a entender la falta de beneficio de otras medidas.

### **6.2.1 Valoración del estado nutricional del paciente oncológico con anorexia - caquexia**

Para poder identificar a los pacientes con anorexia – caquexia, necesitamos herramientas de trabajo que traduzcan la situación nutricional de la persona evaluada, que no sean costosos y que puedan evaluarse de forma rápida y sencilla. Los distintos métodos que se han utilizado de forma habitual para la valoración del estado nutricional se basan en parámetros antropométricos, bioquímicos e inmunológicos. Todos estos parámetros pueden verse alterados por un gran número de circunstancias, como la edad y el estado de hidratación o de inmunosupresión.

Las medidas antropométricas, el peso y la talla constituyen un buen método de valoración nutricional por su precisión, rapidez y reproductibilidad. Sólo se requiere una báscula de precisión y un tallímetro. La medición debe realizarse teniendo en cuenta los condicionantes de la ropa y el calzado.

Mediante tablas específicas se puede obtener el peso ideal a través de la talla, sexo y la edad del paciente. También es muy útil hacer referencia al cambio de peso que se ha producido con respecto al habitual y su evolución en el tiempo.

Un peso inferior al 10% del peso ideal (y una pérdida mayor del 10% con respecto al habitual) se asocia a un aumento del riesgo de complicaciones por desnutrición, sobre todo si ésta ocurre en un tiempo inferior a 6 meses. Es decir, el riesgo de complicaciones aumenta con la cuantía de la pérdida y la velocidad de instauración de la misma.

No obstante, la presencia de edemas, ascitis limitan la utilidad del peso como parámetro de valoración nutricional, ya que pueden enmascarar situaciones de depleción de grasa y proteínas.

El índice de Masa Corporal (IMC) o índice de Quetelet es una medida que relaciona el peso con la talla. Se define con la siguiente ecuación:

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{Talla}^2 \text{ (m)}^2.$$

La medida de los pliegues cutáneos y la circunferencia muscular del brazo son también un método aceptable para valorar la grasa corporal y el comportamiento muscular, respectivamente. La medición más habitual es la del pliegue tricipital y el perímetro del brazo, en el punto medio del brazo no dominante entre el acromion y el olécranon.

Existen tablas de referencia que nos da los valores medios para un grupo de pacientes de la misma edad y sexo. Sin embargo, su utilidad está limitada por la presencia de edemas o situaciones de encamamiento especialmente en los pacientes con cáncer. También está influenciada por el coeficiente de variación de la medida, la variabilidad entre diferentes observadores y la definición de estándares de normalidad.

Se consideran valores normales los comprendidos entre 20 y 25; la malnutrición se define por defecto con valores inferiores a 20 y por exceso con valores por encima de 25 kg/m<sup>2</sup>. (Tabla 2).

**Tabla 2. Índice de Masa Corporal (IMC).**

$\leq 19,9$ kg/m <sup>2</sup>	Desnutrición
20-25 kg/m <sup>2</sup>	Normal
25-29.9 kg/m <sup>2</sup>	Sobrepeso
30-34,9 kg/m <sup>2</sup>	Obesidad grado I
35-39.9 kg/m <sup>2</sup>	Obesidad grado II
$\geq 40$ kg/m <sup>2</sup>	Obesidad grado III

Fuente: tomado Intervención nutricional en el paciente oncológico adulto. Pag.36

La medición de proteínas plasmáticas, la albúmina, prealbúmina, transferrina y proteína ligadora del retinol (RBP) son reflejo del estado del comportamiento proteico. (Tabla 3).

Se trata de proteínas de síntesis hepática que pueden circular unidas a otras sustancias. Son reactantes de fase aguda negativos y disminuyen en respuesta a traumatismos, cirugía, infecciones y otros procesos agudos, lo que va a determinar sus niveles plasmáticos. Además hay otros factores, en este caso nutricionales, que van a limitar su utilidad.

**Tabla 3. Determinación de proteínas plasmáticas.**

	VALOR NORMAL	DEPLECIÓN LEVE	DEPLECIÓN MODERADA	DEPLECIÓN GRAVE
Albúmina	3.5 – 5.4 g/dl	2.8 – 3.5 g/dl	2.1 – 2.7 g/dl	< 2.1 g/dl
Transferrina	250 – 350mg/dl	150 – 250 mg/dl	100 – 150 mg/dl	< 100 mg/dl
Prealbúmina	18 – 28 mg/dl	15 – 18 mg /dl	10 – 15 mg/dl	< 10 mg /dl
RBP	2.6 – 7 mg/dl	2 – 2.6 mg/dl	1.5 – 2 mg/dl	< 1.5 mg/dl

Fuente: Tomado de García - Luna, Nutrición hospitalaria. Causas e impacto clínico de la desnutrición y caquexia en el paciente oncológico

- La albúmina, es el mejor índice de laboratorio en la evaluación nutricional inicial de los pacientes, ya que tienen un valor predictivo positivo de cara a prever complicaciones asociadas a la desnutrición. Cifras inferiores a 2,5 g/dl sugieren un elevado riesgo de complicaciones.

- La transferrina tiene una vida media corta que la albúmina (8 días) y en estados de depleción de hierro sus cifras se modifican. En pacientes cancerosos es menos útil que la albúmina.
- La prealbúmina es mas sensible que las dos anteriores para detectar cambios en el estado nutricional porque tiene vida media más corta (2 días). Se eleva en respuesta al tratamiento nutricional, y tiene buena correlación con el balance nitrogenado. Un descenso en los niveles de prealbúmina se acompaña de complicaciones hasta en un 40% de los casos.
- La proteína ligadora del retinol (RBP) posee la vida media más corta (12 horas). Su aumento tiene sensibilidad moderada (65%) para detectar un balance nitrogenado positivo, pero muy baja especificidad. Se encuentra disminuida en caso de deficiencia de vitamina A.

El análisis de impedancia corporal, es un método sencillo y reproducible de evaluar la composición corporal. La técnica se basa en la distinta resistencia que oponen el paso de la corriente eléctrica la grasa y la masa libre de grasa: la conducción eléctrica es considerablemente más elevada en la masa magra que en el tejido adiposo. Por tanto, se aplica una corriente alterna a una frecuencia fija y se mide la impedancia que presenta el cuerpo al paso de la corriente. A partir de aquí es posible calcular el contenido en agua corporal total, asumiendo que el factor de hidratación es constante, se puede deducir el valor de la masa magra y la masa grasa.

Este método tiene la ventaja de que es una técnica sencilla, relativamente barata, reproducible, no invasiva y que requiere escasa cooperación por parte del paciente, pero se carece de estudios consistentes que prueben su validez a la hora de definir el riesgo de los pacientes. Las principales limitaciones de este método son aquellas situaciones clínicas que implican variabilidad del agua corporal total y del contenido en electrolitos.

Los nuevos sistemas de impedancia utilizan varias frecuencias diferentes y permiten hacer una estimación más precisa de los espacios intra y extracelular, lo cual puede dar más información acerca del estado nutricional del paciente.

Otro de los métodos importantes para la valoración del paciente con anorexia – caquexia es la valoración global subjetiva (VGS), la cual permite identificar precozmente a los pacientes malnutridos o en riesgo de estarlo, es una herramienta de fácil aplicación, rápida y de resultados reproducibles, con poca variación interobservadora y, además, correlaciona de forma adecuada con los resultados que se obtienen en una valoración.

La valoración global subjetiva (VSG) se ha venido empleando para realizar screening de malnutrición en pacientes sometidos a cirugía, con SIDA o con



cáncer. Este método de evaluación tiene mayor sensibilidad y especificidad que la valoración a través de medición de albúmina, transferrina, pruebas de sensibilidad cutánea o antropometría.

La VSG puede ser utilizada para predecir qué pacientes requieren una intervención nutricional y cuáles se beneficiarían de un soporte nutricional intensivo. Los datos obtenidos de la historia clínica son la evolución del peso, la ingesta dietética actual en relación con la ingesta habitual del paciente, los síntomas digestivos presentes en las últimas dos semanas, la capacidad funcional y los requerimientos metabólicos. El examen físico incluye la evaluación de la pérdida de la grasa subcutánea y de musculatura, así como la presencia de edema o ascitis. Cada uno de los apartados se valora como leve, moderado o severo y con los datos de todos ellos se clasifica a los pacientes en tres grupos:

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

Entre todos los datos recogidos, los parámetros más relevantes en el resultado final son la pérdida de peso, la ingesta dietética de músculo o tejido subcutáneo. Este test ha sido validado en pacientes postratamiento quirúrgico, trasplante, pacientes con riesgo de anorexia – caquexia y en pacientes VIH.

Es un cuestionario que puede realizarse en todos los ámbitos médicos, tanto en el propio domicilio del paciente. La utilización sistémica de este método permite identificar a los pacientes con malnutrición y valorar los resultados de las intervenciones nutricionales aplicadas a ellos. (Grafica 1).

## Grafica 2. Valoración Global Subjetiva del paciente.

### VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA GENERADA POR EL PACIENTE

Por favor, conteste el siguiente formulario escribiendo los datos que se le piden o señalando la opción correcta, cuando se le ofrecen varias.

Nombre y apellidos ..... Edad ..... años  
 Fecha / /

Peso actual ..... kg  
 Peso hace 3 meses ..... kg

ALIMENTACIÓN respecto a hace 1 mes:

- como más
- como igual
- como menos

Tipos de alimentos:

- dieta normal
- pocos sólidos
- sólo líquidos
- sólo preparados nutricionales
- muy poco

ACTIVIDAD COTIDIANA en el último mes:

- normal
- menor de lo habitual
- sin ganas de nada
- paso más de la mitad del día en cama o sentado

DIFICULTADES PARA ALIMENTARSE:

- SÍ
- NO

Si la respuesta era SÍ, señale cuál/cuáles de los siguientes problemas presenta

- falta de apetito
- ganas de vomitar
- vómitos
- estreñimiento
- diarrea
- olores desagradables
- los alimentos no tienen sabor
- sabores desagradables
- me siento lleno enseguida
- dificultad para tragar
- problemas dentales
- dolor ¿dónde? .....
- depresión
- problemas económicos

MUCHAS GRACIAS. A PARTIR DE AQUÍ, LO COMPLETARÁ SU MÉDICO.

ENFERMEDADES: .....

TRATAMIENTO ONCOLÓGICO: .....

OTROS TRATAMIENTOS: .....

ALBÚMINA antes de tratamiento oncológico:

..... g/dl

PREALBÚMINA tras el tratamiento oncológico:

..... mg/dl

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Pérdida de tejido adiposo:

- SÍ. Grado .....
- NO

Pérdida de masa muscular:

- SÍ. Grado .....
- NO

Edemas y/o ascitis:

- SÍ. Grado .....
- NO

Úlceras por presión:  SÍ  NO

Fiebre:  SÍ  NO

Tomado: fuente revista de oncología. Soporte nutricional en oncología. Vol.6 2004

## VALORACIÓN GLOBAL

Teniendo en cuenta el formulario, señale lo que corresponda a cada dato clínico para realizar la evaluación final:

Dato clínico	A	B	C
Pérdida de peso	<5%	5-10%	>10%
Alimentación	Normal	deterioro leve-moderado	deterioro grave
Impedimentos para ingesta	NO	leves-moderados	graves
Deterioro de actividad	NO	leve-moderado	grave
Edad	≤65	>65	>65
Úlceras por presión	NO	NO	SÍ
Fiebre / corticoides	NO	leve / moderada	elevada
Tratamiento antineoplásico	bajo riesgo	medio riesgo	alto riesgo
Pérdida adiposa	NO	leve / moderada	elevada
Pérdida muscular	NO	leve / moderada	elevada
Edemas / ascitis	NO	leve / moderados	importantes
Albúmina (previa al tratamiento)	>3,5	3,0-3,5	<3,0
Prealbúmina (tras el tratamiento)	>18	15-18	<15

### VALORACIÓN GLOBAL,

- A: buen estado nutricional
- B: malnutrición moderada o riesgo de malnutrición
- C: malnutrición grave

Tomado: fuente Revista de oncología. Soporte nutricional en oncología. Vol.6 2004

### **6.3 FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME ANOREXIA – CAQUEXIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO**

Los pacientes diagnosticados de cáncer presentan un riesgo elevado de padecer alteraciones del estado nutricional. Dicho riesgo viene determinado tanto por la enfermedad tumoral en sí misma, como por su localización anatómica y por los tratamientos necesarios para intentar controlarla. Durante la evolución de la enfermedad, estos factores van a desempeñar un papel importante según los objetivos terapéuticos y el estadio de la enfermedad.

Dicho de otra forma, en los pacientes con tumores en estadios precoces y en los que el objetivo sea la curación, los factores que más contribuyen a una posible desnutrición suelen depender de la localización tumoral y de los tratamientos antineoplásicos empleados. En cambio, en aquellos pacientes diagnosticados en estadios avanzados de enfermedad tumoral o en los que, por cualquier circunstancia, la curación o paliación a medio – largo plazo no son objetivos realistas, los factores son la propia enfermedad tumoral y los factores agravantes de la anorexia – caquexia como:

**6.3.1 Factores Psicosociales**, los pacientes sufren un importante estrés psicológico a consecuencia de la incertidumbre que suponen el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. Esta situación de ansiedad y angustia con frecuencia se complica con depresión. Se ha visto que aproximadamente el 25% de los pacientes con enfermedad avanzada experimentan depresión clínicamente significativa, que se puede presentar como una desesperanza omnipresente, abatimiento o desaliento. Las molestias derivadas de la propia enfermedad y de los tratamientos también tienen complicaciones psicológicas y sociales que, a su vez, revierten sobre la alimentación. En este sentido, la alimentación artificial excluye los placeres sensoriales, sociales y culturales asociados con el comer.

Por otra parte, el paciente puede tener dificultad para comer o tomar los alimentos, lo que le condiciona una dependencia de la familia o del personal sanitario. Todo ello puede conllevar un sentimiento de pérdida de control sobre su vida e incluso el paciente puede sentirse manipulado y experimentar cierta ambivalencia afectiva hacia sus cuidadores; de modo que, a veces, la negativa a comer puede ser una forma de manifestar que aún se ejerce un cierto control sobre la propia vida.

El dolor, muchas veces se habla indistintamente de dolor o sufrimiento en el paciente con anorexia caquexia pero para la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor propuso hace años la siguiente definición: El dolor es una desagradable experiencia sensitiva y emocional que se asocia a una lesión actual

o potencial de los tejidos<sup>15</sup>. En cambio, el concepto de sufrimiento es más amplio. En él intervienen la inteligencia, la memoria y la imaginación; por eso no se relaciona sólo con un dolor físico realmente presente, sino también con el que se teme puede llegar, con el que ya pasó pero se actualiza por el recuerdo o sencillamente con el que la imaginación presenta como real. Además, se puede originar al percibirse un daño, no necesariamente físico, para uno mismo o para otra persona.

El dolor en el paciente con anorexia / caquexia, es la privación de un bien, que no es deseable y, por tanto, hay que hacer todo lo razonablemente posiblemente posible para suprimirlo o aliviarlo: esa es la finalidad fundamental de los profesionales de salud.

El control del dolor físico en el paciente oncológico es una parte del cuidado global del paciente. Es necesario tener en cuenta, como suele decir Cicely Saunders que en el paciente con cáncer el dolor es el producto o resultante de varios factores: carencias físicas (limitaciones, desacondicionamiento físico, camamiento y otros), problemas psicológicos (depresión, ansiedad, angustia, rabia, cólera, frustraciones, etc.), problemas sociales (problemas laborales, de situación económica etc.), factores espirituales (miedo a la muerte, percepción de la enfermedad como castigo, sentido de culpabilidad). Por eso el dolor total es el conjunto del dolor físico o dolor externo y del dolor interno o moral o sufrimiento, tales componentes están ensamblados en un todo indivisible.

El tratamiento del dolor debe guiarse siempre por la intensidad del mismo y no por otros parámetros como la esperanza de vida o la gravedad del proceso neoplásico. La evaluación de la intensidad del dolor debe provenir del paciente, por tratarse de un síntoma subjetivo. La herramienta más adecuada para evaluar la intensidad del dolor suele ser una simple escala visual analógica de 1 a 10 (EVA).

**6.3.2 Náuseas y Vómitos:** son síntomas comunes en pacientes con anorexia – caquexia. La fisiopatología subyacente y el tratamiento difieren un poco con respecto a las náuseas relacionadas con la radioterapia o quimioterapia. Las náuseas crónicas puede alterar en forma significativa la calidad de vida del paciente.

Las náuseas crónicas tienen a menudo un origen multifactorial en los pacientes con cáncer avanzado, los responsables puede ser los medicamentos, entre ellos algunos que se prescriben con frecuencia como son los opiodes, los antiinflamatorios no esteroides y los antidepresivos del grupo de los inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina. En el caso de los opiodes, las náuseas por

---

<sup>15</sup> González, Barón. Dolor y cáncer. Hacia una oncología sin dolor. 2003. p, 8-9.

los general desaparecen en forma espontánea unos días después de iniciado el tratamiento. Se ha informado de náuseas como resultado de la acumulación de los metabolitos activos de los opiodes ( morfina- 6- glucurónico) y los pacientes con alteraciones de la función renal pueden tener un riesgo mas elevado. Las alteraciones de la motilidad gastrointestinal inducidas por los opiodes, se pueden sumar al problema de disminución de la motilidad gastrointestinal que los pacientes experimentan como parte del síndrome de anorexia – caquexia del cáncer avanzado. La disfunción autónoma que acompaña a menudo este síndrome ocasiona disminución de la motilidad gastrointestinal, saciedad temprana y náuseas crónica. Otras causas de náuseas en estos pacientes incluyen anomalías metabólicas como la hipercalcemia, hiponatremia, deshidratación, obstrucción intestinal maligna y úlceras gastroduodenales. Las náuseas, al igual que muchos otros síntomas, pueden tener componentes psicológicos que exacerben o induzcan las náuseas crónicas.

**6.3.3 Disfagia:** es uno de los factores mas frecuentes que interfiere con la alimentación. Puede ser debida a la enfermedad directamente (cáncer de esófago), a los efectos secundarios de los tratamientos, especialmente a las mucositis posradio o quimioterapia, a las complicaciones secundarias, como las infecciones víricas o micóticas, o por último, a las secuelas del tratamiento quirúrgico o radioterápico (cáncer de cabeza y cuello).

**6.3.4 Mucositis:** la mucositis es la inflamación de la mucosa oral secundaria a la acción de los citostáticos o la radioterapia, en los casos más graves puede llegar a la necrosis y ulceración dolorosa de toda la mucosa, lo que dificulta notablemente la alimentación y puede, secundariamente, servir de puerta de entrada a infecciones potencialmente graves.

La aparición y severidad de la toxicidad sobre piel y mucosas estará en estrecha relación con una serie de factores dependientes tanto del propio paciente, como de las características del tratamiento realizado.

Factores dependientes del paciente y de su estado:

- Edad.
- Estado nutricional.
- Presencia de comorbilidades: anemia, diabetes, esclerodermia, infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

**6.3.5 Xerostomía:** Sensación de sequedad de la boca, caracterizada por una disminución de la cantidad y calidad de saliva. En el paciente con enfermedad en situación terminal existe una alteración de las propiedades de la boca provocadas por diversas causas y que dan lugar a numerosos problemas de los que cabe destacar por su elevada frecuencia la sequedad. Los pacientes pueden referir dolor bucal, dificultad para la ingesta y ausencia de saliva, dificultad para sostener

las prótesis dentales, alteración en el sabor de los alimentos, dificultad para hablar, aumento de caries y erosiones dentales. Los síntomas de los trastornos de la boca generalmente son subvalorados y subtratados. Alteran el bienestar general, la nutrición, la hidratación y la comunicación.

En la valoración de la cavidad oral se incluye: historia clínica, examen de la cavidad oral y documentar el grado de xerostomía: grado 0 , sin sequedad, grado 1, sequedad leve, saliva ligeramente gruesa, cambio en el gusto, grado 2, sequedad moderada, saliva gruesa y pegajosa, gusto muy alterado, grado 3, completa sequedad de la boca, grado 4 necrosis salivar

#### **6.4 MANEJO TERAPÉUTICO DEL SÍNDROME DE ANOREXIA - CAQUEXIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO**

Actualmente, no existen evidencias que sugieran que el síndrome anoréxico – caquéctico pueda ser curado o revertido, por lo que éste debe ir dirigido a mejorar la calidad de vida de los pacientes. Las estrategias empleadas se basan en administrar un soporte nutricional y terapéutico adecuado. Sin embargo, el tratamiento más eficiente de la caquexia – anorexia sigue siendo aquél más efectivo para la patología de base.

El objetivo del tratamiento farmacológico de la anorexia – caquexia, además de influenciar al tumor directamente, trata de manipular las alteraciones metabólicas, neuroendocrinas y anabólicas, con la prioridad de conseguir mejoría sintomática.

Hasta el momento, solo tres terapias de anorexia – caquexia están disponibles con bastante evidencia como para recomendarlas y apoyar su empleo en pacientes con cáncer avanzado: glucocorticoides, progestágenos y proquinéticos.

Los glucocorticoides, representan la primera opción de tratamiento como fármacos estimulantes del apetito en los pacientes oncológicos. Su mecanismo de acción no está claramente delimitado pero parece estar asociado a sus características euforigénicas. Por otra parte, el efecto antiinflamatorio de estos fármacos pueden contribuir a paliar los cuadros dolorosos que contribuyen al desarrollo del cuadro anoréxico. No obstante, el efecto de los corticoides, como estimulantes del apetito, no está bien claro, pero se relaciona con el metabolismo de las prostaglandinas o en la liberación de citoquinas. La administración crónica de estos fármacos requiere el incremento gradual de la dosis para mantener su efecto. La aparición de efectos adversos indeseables, entre los que se incluyen la exacerbación de la debilidad muscular, inmunosupresión, diabetes, osteoporosis y alteraciones del estatus mental de los pacientes van a limitar su utilización a largo plazo.

La dexametasona, la metilprednisolona y la prednisolona, mejoran el apetito, la sensación de bienestar y el estado general de pacientes con cáncer avanzado durante un periodo de tiempo de hasta cuatro semanas. Pese a que no se ha establecido cual es el mejor corticoide y la dosis ideal, la mayoría de los autores han usado dosis que van desde los 20 a los 40 mg de prednisona o dosis equivalentes de otros corticoides.

– **Progestágenos:** Acetato de megestrol (AM), es un derivado semisintético de la progesterona que se empezó a utilizar en la hormonoterapia de rescate en el carcinoma de mama, apareciendo como efecto secundario un aumento de peso. El incremento de peso es dependiente de la dosis, en el intervalo de 160 – 800 mg/día. Dosis superiores no se corresponden con un incremento mayor en el peso pero sí en la aparición de efectos adversos.

Se ha observado que, en pacientes a los que se les administró este fármaco, además de la ganancia de peso que experimentaban, mejoraban la calidad vida, sin afectar a la supervivencia ni al número de infecciones oportunistas que desarrollaban.

El mecanismo de acción por el que el acetato de megestrol produce un incremento de peso no está claramente establecido. Parece ser que los principales factores implicados son el incremento en los niveles de neuropéptido Y (NPY) en el hipotálamo, y la inducción de la lipogénesis que produce. También se ha descrito la inhibición del núcleo ventromedial del hipotálamo, por interferencia con los canales iónicos de calcio, así como un posible efecto en la disminución de las citoquinas circulantes.

Los principales efectos adversos asociados a la administración del acetato de megestrol, son la aparición de edemas, impotencia, alteraciones menstruales, hiperglucemia, insuficiencia suprarrenal secundaria, síndrome de Cushing, hepatotoxicidad y enfermedad tromboembólica.

La curación del tratamiento debe ser individualizada para cada paciente, aunque la mayoría de los estudios comprenden un periodo de tratamiento de 12 semanas.

– **Prokinéticos:** La medicación proquinética ha mostrado mejorar los vómitos y la náusea crónica y también la saciedad precoz asociada con la anorexia y caquexia en pacientes con cáncer. El prokinético que mejor se ha estudiado es la metoclopramida. No se ha establecido con precisión el papel que desempeñan otros prokinéticos como la domperidona u otros agentes como los antagonistas 5-HT. La metoclopramida es un antidopaminérgico con cierta actividad anti 5-HT<sub>3</sub> y agonista 5-HT<sub>4</sub>. Tiene propiedades antieméticas y estimula el vaciamiento gástrico. La presencia de fallo del sistema autónomo y de terapia opiode son algunas de las situaciones que mejor responde a la metoclopramida. En estos pacientes, el uso regular de metoclopramida (10 a 15 mg cada 4 – 6 horas o la



infusión continua de 60 – 90 mg/día), por vía oral puede producir una mejora significativa del apetito y de la ingesta de comida<sup>16</sup>. Existen factores secundarios, dosis limitantes, siendo las mujeres jóvenes el grupo de mayor riesgo. Se trata de síntomas extrapiramidales y se presentan más cuando se administra metoclopramida en combinación con neurolépticos como el haloperidol.

#### **6.4.1 Uso Clínico de la Medicación en el Paciente con Anorexia – Caquexia.**

En pacientes con una esperanza de vida de pocas semanas que padecen anorexia, astenia, y náuseas o vómitos crónicos, es preferible un régimen con corticoides. Con frecuencia, en estos pacientes hay otros factores que indican el uso de corticoides, como el dolor o la dificultad respiratoria. Los efectos secundarios a corto plazo, suelen ser mínimos; rara vez durante las primeras semanas se desarrolla una diabetes sintomática o una psicosis inducida por esteroide. El ajuste de dosis debe comenzarse a realizar en los primeros días de tratamiento buscando mantener efectos terapéuticos con las dosis mínimas necesarias.

Los progestágenos son una buena elección en el caso de pacientes que no tienen un historial de episodios tromboembólicos, pero cuyo síntoma dominante es la anorexia o el cambio de imagen. En pacientes con enfermedad avanzada o con un estado general deteriorado, se cuestiona a menudo el beneficio relativo de los progestagenos. Ello puede estar relacionado con la alta frecuencia de deshidratación y el aumento del riesgo de complicaciones tromboembólicas. El efecto de los progestagenos sobre el apetito se suele ver en pocos días.

#### **6.4.2 Medicamentos con Efectos Poco Definidos en el Síndrome Anorexia - Caquexia.**

- El sulfato de hidracina, la ciproheptadina y la pentoxifilina han resultado poco útiles en pacientes con anorexia y caquexia en cáncer, tal y como se muestra en los estudios controlados con placebo llevado a cabo con cada medicamento.
- Los cannabionoides, ejercen un efecto estimulante del apetito en el sistema nervioso central. La talidomida y la melatonina modulan la producción de citoquinas y tienen efectos nerviosos centrales, se han realizado estudios con talidomida en pacientes con SIDA donde parece revertir la pérdida de peso. Algunos autores consideran que la talidomida puede provocar ganancia de peso con independencia de su efecto sobre el apetito.

---

<sup>16</sup> HerreraE, Bruera E. Nuevos fármacos potencialmente útiles para el tratamiento de la Caquexia en cuidados paliativos. Medicina paliativa.2001;p.144-158

- Los anti-inflamatorios no esteroides modulan la inflamación y el ácido eicosapentanoico inhibe la producción tumoral de factores proteolíticos, reduce la inflamación y tiene efectos sobre la pérdida de proteínas y fibras musculares.
- Los esteroides anabólicos, los esteroides anabólicos androgénicos y los miméticos Beta 2, tienen efectos anabólicos. Por el momento todavía no existen pruebas suficientes que justifiquen el tratamiento indiscriminado con estos medicamentos en pacientes con anorexia y caquexia de cáncer.

## **6.5 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON ANOREXIA - CAQUEXIA.**

La nutrición contribuye al desarrollo de funciones importantes del organismo. A pesar de ello, es un aspecto que frecuentemente es infravalorado cuando se producen problemas de salud. En la mayoría de situaciones suele tratarse cuando la alteración de la nutrición es avanzada, y en la enfermedad del cáncer no es una excepción.

El déficit de atención sobre la nutrición favorece el aumento de la incidencia de los efectos secundarios de los tratamientos, así como el riesgo de infección, con lo cual se reducen las posibilidades de supervivencia. Hay autores que atribuyen la causa de mortalidad en pacientes con cáncer de un 20% al 40% al estado nutricional en lugar de a la evolución de la propia enfermedad.

Un buen soporte nutricional puede contribuir a mantener el peso y las reservas nutricionales del organismo, por lo que ayuda a mitigar los síntomas relacionados con los tratamientos y/o el cáncer, aumentando así la calidad de vida y la eficacia de la terapéutica establecida. Por tanto, la monitorización de las prácticas alimentarias de las personas con diagnosticadas de cáncer debe realizarse desde la fase inicial y a lo largo de todo el proceso de atención oncológica con el objetivo de adecuarlas a las necesidades cambiantes de la terapia nutricional que se desarrolla en el mismo.

En este sentido el equipo interdisciplinar de atención oncológica debe establecer, en el marco de la estrategia terapéutica, los objetivos en el ámbito nutricional y las actividades a desarrollar para conseguirlo. Desde esta perspectiva los profesionales de enfermería oncológica están en una posición privilegiada, atendiendo a su formación y a su ámbito competencial, puesto que la nutrición en los pacientes con cáncer y con riesgo de anorexia – caquexia, es atendida como uno de los elementos básicos de salud, cosa que se ha traducido en, prácticamente la totalidad de los diferentes Modelos o Sistemas de Valoración de Enfermería, donde la nutrición es una necesidad básica que es evaluada de forma sistemática y continua, siendo así una de las actividades cotidianas de la práctica.

A pesar de ello, sigue siendo uno de los aspectos con menor intensidad en los pacientes oncológicos debido a múltiples factores.

Los principales objetivos de la enfermera oncóloga en la intervención o manejo del paciente con anorexia - caquexia son:

- Mantener la fortaleza y la energía.
- Mantener o mejorar al máximo la calidad de vida.
- Paliar y reducir los efectos secundarios.
- Reducir el riesgo de infección.
- Contribuir en el control de síntomas.
- Preservar la fortaleza y la energía.
- Mejorar el bienestar.

En la valoración de enfermería oncológica en el paciente con síndrome de anorexia – caquexia, estos pacientes son candidatos a realizar una valoración nutricional, no solamente por los factores biológicos descritos, sino incluso por los trastornos emocionales que la enfermedad genera e influye en todos los aspectos de la persona, incluyendo la alimentación.

Desde esta perspectiva global, existen diversos instrumentos validados que permiten realizar una valoración metódica y sistemática, para elaborar la estrategia de soporte nutricional más adecuada. Para este tipo de paciente se utiliza la Valoración Global Subjetiva, ya descrita anteriormente.

Una vez realizada, el equipo interdisciplinar elaborará las estrategias terapéuticas y el modo de intervención de los profesionales para conseguir los objetivos propuestos.

Las recomendaciones sobre la dieta a seguir en la anorexia- caquexia después de la valoración debe dirigirse a:

- Aumentar las calorías de la dieta.
- Aumentar el consumo de proteínas.
- Controlar la ingesta de fibra, en función del tipo de cáncer y tratamiento.
- Aumentar la ingesta de líquidos.

Otras medidas en el manejo del paciente con el síndrome de anorexia – caquexia se encuentran:

– Medidas terapéuticas:

- Farmacológicas:

Se utilizan principalmente medicamentos que aumentan el apetito, mejoran la sensación de bienestar aumento la calidad de vida:

Corticoesteroides.

Metoclopramida.

Acetato de Megestrol

Amitriptilina.

Fuente: tomado cuidados de enfermería. Nutri. Hosp.. Vol. 21 no. 3 Madrid 2006.

- Psicológicas:

Ayuda terapéutica al paciente y a la familia.

Atención integral, mediante cuidados de enfermería.

La atención debe ser integral, cuidando las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.

Fuente: tomado cuidados de enfermería. Nutri. Hosp.. Vol. 21 no. 3 Madrid 2006.

## 7. DESARROLLO METODOLÓGICO

La revisión documental contempla tres fases de desarrollo, la búsqueda de documentos, la selección y el análisis.

### 7.1 BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS

Teniendo en cuenta que el objetivo general de la investigación es “Determinar la intervención de la enfermería oncológica, en pacientes oncológicos que presentan síndrome de anorexia – caquexia”, se establecieron como criterios para la búsqueda de artículos la necesidad de satisfacer y contestar los objetivos planteados: temática relacionada con los principales factores asociados, el manejo terapéutico y el cuidado de enfermería relacionado con el manejo del síndrome de anorexia – caquexia; en este último, se incluyeron las necesidades educativas del paciente y su familia. Se estableció como criterio cronológico la búsqueda de artículos, los que fueran publicados desde el año 1998 hasta el 2008. Los idiomas fueron español e inglés. Las palabras claves empleadas para la búsqueda de los artículos fueron:

**Tabla 4. Palabras claves.**

PALABRAS EN ESPAÑOL	PALABRAS EN INGLES
Enfermería	Nursing
Oncología	Oncology
Síndrome	Syndrome
Anorexia	Anorexy
Caquexia	Caquexia
Complicaciones	Complications
Tratamiento	Treatment
Factores	Factors
Cuidado	Care
Nutrición	Nutrition
Valoración	assessment

Las base de datos que se consultaron fueron:

- Nursing journal proquest
- Scielo
- Sciece direct
- Elsevier

## **7.2 SELECCIÓN DE DOCUMENTOS**

De los 20 artículos encontrados, se seleccionaron nueve artículos (Cuadro 1) que cumplieran con los siguientes criterios: se dio prioridad a los elaborados por profesionales de enfermería, seguidos por los realizados por otros profesionales en el área de la salud. Teniendo en cuenta el diseño de investigación, se seleccionaron los que tenían mayor coherencia metodológica, técnicas estadísticas, así como el nivel de interpretación de resultados, siendo prioritarios aquellos que cumplieran como mínimo la formulación de relaciones tentativas es decir a niveles mayores o iguales a tres.

## **7.3 ANÁLISIS DE DOCUMENTOS SELECCIONADOS**

Para el análisis de los documentos se empleó como herramienta una ficha descriptiva analítica (anexos) la cual facilitó la recolección y clasificación de los datos contenidos en los artículos, permitiendo identificar los aportes de cada uno según los objetivos propuestos y el problema planteado.

La ficha contempla el siguiente contenido:

### **a. Datos de identificación**

- Título.
- Autor.
- Año.
- Lugar – país.
- Idioma.
- Medio de publicación.

### **b. Información metodológica**

- Tipo de diseño.
- Población y/o muestra.
- Manejo de datos: Técnicas estadísticas empleadas para el análisis.

### **c. Herramientas de reflexión**

Se tuvieron en cuenta los siguientes niveles de interpretación de resultados, para el análisis de los estudios seleccionados:

- Descripción de hallazgos.
- Identificación de relaciones entre variables.
- Formulación de relaciones tentativas.
- Revisión en busca de evidencias.
- Formulación de explicaciones al fenómeno.
- identificación de esquemas teóricos más amplios.

Los artículos seleccionados tienen niveles 3 y 4 de interpretación.

**CUADRO DE SELECCIÓN DE ARTÍCULOS  
DATOS DE INVESTIGACIÓN**

No.	TITULO	AUTORES	PAIS/IDIOMA	PUBLICACION
1	Disminución de la duración y síntomas en mucositis oral inducida por quimioterapia: resultado de un ensayo prospectivo randomizado.	M. Hejna.	USA/ INGLES	<a href="http://www.elsevier.com/locate/ejo">www.elsevier.com/locate/ejo</a> European Journal of Cancer (Ed. Española). 2002, 2: 45-33
2	Food Intake and Body Composition in Cancer Cachexia. Alteración de la alimentación y el cuerpo en caquexia del cáncer.	Giacosa, MD.,	ARGENTINA/ ESPAÑOL	Oncology Suplement to Nutrition. Vol. 12, No. 1, 2000
3	Impact of nutrition on outcome: a prospective randomized controlled trial in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. Resultado del impacto de la nutrición: un ensayo controlado seleccionado al azar anticipado en pacientes con cáncer de cabeza y cuello en radioterapia.	Paula Ravasco,MD,	ESPAÑA / ESPAÑOL	<a href="http://www.interscience.miley.com">www.interscience.miley.com</a> Published online 26 May 2005 in Wiley InterScience.
4	Cuidados paliativos en pacientes oncológicos. Frecuencia y prioridad de síntomas.	E. Vergel, C. Conill.	ESPAÑA/ ESPAÑOL	Revista Sociedad Española. Dolor. 2001; 8: 575-580.



**CUADRO DE SELECCIÓN DE ARTÍCULOS  
DATOS DE INVESTIGACIÓN**

No.	TITULO	AUTORES	PAIS/IDIOMA	PUBLICACION
5	Evaluación de la sintomatología más frecuente en el paciente oncológico en fase terminal.	Dra. Bertha F.	CUBA / ESPAÑOL	<a href="http://www.elsevier.com/locate/ejo">www.elsevier.com/locate/ejo</a> Revista Cubana Oncológica. Vol. 3; 83,6. 2000.
6	Alteraciones psicológicas, problemas psicosociales y características del dolor en una muestra de pacientes con cáncer avanzado y dolor crónico.	R.M. Quero Arroyo.	ESPAÑA/ESPAÑOL	<a href="http://www.revista.cuidados.paliativos.com">www.revista.cuidados.paliativos.com</a> Revista sociedad española del dolor. 2001; 5: 8-16
7	Calidad de vida en pacientes con disfagia riesgo de caquexia	Daniel A. de Luís.	ESPAÑA/ESPAÑOL	<a href="http://www.elsevier.com/locate/nut">www.elsevier.com/locate/nut</a> Nutri. Hosp. ene-feb. 2008 Vol. 23 No. 1, p,46 – Clinical Journal of Oncology Nursing Volume 10, Number 4 53.
8	Causas de la desnutrición y caquexia en el paciente oncológico	MD. Olatz Izasola.	ESPAÑA/ESPAÑOL	Clinical Journal of Oncology Nursing Volume 10, Number 4
9	Causas de la desnutrición y caquexia en el paciente oncológico	MD. Olatz izasola.	FLORIDA (USA)	Clinical Journal of Oncology Nursing Volume 10, Number 4

## 8. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

### 8.1 PRINCIPALES FACTORES ASOCIADOS CON EL SÍNDROME DE ANOREXIA – CAQUEXIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.

El paciente oncológico presenta síndrome de anorexia - caquexia asociado tanto a las características que definen el tumor maligno como al tratamiento que es preciso aplicar. El cáncer produce disminución de la ingesta de forma directa, interfiriendo de forma mecánica con el tránsito normal del tubo digestivo o de forma indirecta a través de la secreción de sustancias que actúan sobre receptores periféricos o sobre el hipotálamo. Así mismo, los diferentes tipos de tratamientos aplicados en el paciente oncológico son factores importantes de alteración del estatus nutricional de los mismos, debido a sus efectos secundarios que causan alteraciones nutricionales, tanto directa o indirectamente ( por ejemplo, por aumento de las demandas metabólicas debido a una infección o a una reacción febril neutropénica). Las diferencias en cuanto a respuesta a los tratamientos según la pérdida de peso pueden ser el reflejo de que los pacientes malnutridos, la cinética de las células tumorales estén lentificados.

Por lo tanto estos pacientes presentan un importante estrés psicológico a consecuencia de la incertidumbre que suponen el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades tumorales. Esta situación de ansiedad y angustia con frecuencia se complica con depresión. Todo ello puede contribuir a alterar la ingesta en estos pacientes con el riesgo de presentar anorexia – caquexia. Entre los principales factores asociados con este síndrome según los artículos analizados, están confinados principalmente a factores, físicos, emocionales.

Teniendo en cuenta los aportes de los nueve artículos se observó que los factores físicos asociados al síndrome de anorexia – caquexia en el paciente oncológico están confinados en alteraciones como el dolor, náuseas y vómito, mucositis, pérdida de peso y otros.

Respecto a las alteraciones físicas presentadas en este tipo de paciente, los autores como M. Hejna. W. J. Kostler identificaron la mucositis como factor agravante del síndrome, por las diferentes consecuencias que este trae al paciente especialmente en el estado nutricional, conllevando a que este aumente el riesgo de desnutrición. El dolor representado en un 40% aumenta también el riesgo de desnutrición sino es manejado adecuadamente, ya que este incapacita al paciente a realizar las actividades entre ellas comer.

Giacosa y col., encuentra que los pacientes oncológicos refieren en un 30% náuseas y vómito como efecto secundario de los diferentes tratamientos, además se presentan cambios en el gusto lo cual disminuye el consumo de energía y nutrientes por parte del paciente, presentando pérdida de peso.

Paula Ravascol., en su estudio realizado encuentra que el dolor es el factor limitante del paciente en un 80%, evaluado en la escala de EVA, la mucositis en un 30%, náuseas y vómitos en un 90% secundario a la toxicidad por radioterapia, pero encuentra que la xerostomía, la disfagia y la fatiga agrava las condiciones nutricionales obligando a la suspensión definitiva o temporal del tratamiento con alto riesgo de presentar dificultad para comer.

Teniendo en cuenta los aportes de los nueve artículos se observó que los factores físicos asociados al síndrome de anorexia – caquexia en el paciente oncológico están confinados en alteraciones del sistema gastrointestinal y el dolor.

Respecto a las alteraciones del sistema digestivo, autores como Vergel y Col., identificaron la mucositis como factor agravante del síndrome en un 86%, por las diferentes consecuencias que este trae al paciente y los diferentes grados en que se presenta, además con la presencia de náuseas y vómito en un 32% demostrando la severidad de la misma dependiendo de las características del paciente como de las del tratamiento.

Las náuseas y vómitos según Redondo Bertha lo presentan el 15.63% de los pacientes con anorexia – caquexia, debido a las alteraciones de la motilidad gastrointestinal inducidas por los opiodes y la disfunción autónoma, junto con la presencia del dolor en un 75,67% conllevando al paciente a una pérdida de peso en un 61,04% Daniel A. Pedro y M,D Izasola coinciden con los autores anteriores, encontrando que los factores anteriores están presentes solo en un 10% de los pacientes estudiados, pero que influyó en la calidad de vida.

Se encontró en los artículos otros factores físicos agravantes del síndrome como: estreñimiento, xerostomía, disfagia, fatiga, malnutrición, insomnio siete de los nueve artículos refieren que los pacientes con síndrome de anorexia – caquexia presentan estreñimiento por medicamentos opiáceos, por disminución de la motilidad gastrointestinal, según Redondo Bertha, estos síntomas son peores a medida que el paciente se encuentra en estado terminal, la xerostomía y la disfagia se presentan aproximadamente en el 35% al 50% de los pacientes que se encuentran en fase terminal.

La sintomatología que puede desarrollar es muy variada, desde la existencia de sensación de saciedad pasando por alteraciones en el gusto hasta desarrollar cuadros anoréxicos, produciendo en el paciente depleción en el estado nutricional, representando una causa importante de morbimortalidad y empeorando la calidad de vida. Dentro de los síntomas más relevantes se encuentran la mucositis, que se

presenta aproximadamente en el 90% de los pacientes, seguido del dolor en un 95% y otras alteraciones como xerostomía en un 76%, estreñimiento en un 51%, náuseas y vómitos en un 73% a pesar que la literatura refiere que la disfagia se presenta aproximadamente en un 10%, las investigaciones mostraron que puede ocurrir hasta en un 63%, sin embargo algunos estudios manejan muestras pequeñas lo cual lo hacen limitada para emitir un juicio.

**Tabla No.5 Factores físicos asociados al síndrome anorexia caquexia en el paciente oncológico**

AUTOR	N Muestra	DOLOR	MUCOSITIS	NAUSEAS/VOMITO	PERDIDA PESO	OTROS
M. Hejna	31 pacientes	40% EVA (8-10)	G I - G II Inducida quimioterapia			
Paula Ravasco	75 pacientes	80% EVA	30%	90% Toxicidad por radioterapia		Xerostomía: 20% Disfagia: 2% Fatiga: 5%
Vergel y Col.,	52 pacientes	86%		32% tratamiento	-	Astenia: 82% Xerostomía: paciente: 75% Enfermera: 39% Medico: 16%
Bertha F. Rendón	403 pacientes	73,67		15,63%	61.04%	Insomnio: 61.04% Xerostomía: 43,9%
Daniel A.	30 pacientes				35% Alteración metabolismo	Disfagia: 25%
M.D Azasola	49 pacientes	80% EVA	G III 60% GII 45%			
Giacosa M.D		40%		30% Pacientes Tto. Quimio.	Cambios gusto Consumo Energía disminuye 1214 Kcal/día	

Fuente: las autoras a partir de los datos obtenidos de los estudio.

– **Factores psicosociales**, autores como Ottery FD, identifican la anorexia en un 60% como síntoma que afecta la vida del paciente en los aspectos emocionales o físicos, interacción social, actividades cotidianas así como en su imagen. Entre los factores psicosociales asociados al síndrome de anorexia – caquexia se encuentran:

**Tabla No. 6 Factores Psicosociales Asociados al Síndrome de Anorexia – Caquexia en el Paciente Oncológico.**

AUTOR	DEPENDENCIA FAMILIAR	APOYO FAMILIAR	OTROS:
Argilés y col.,	25%	20%	Perdida integridad personal 65%
Ferriols et. Al.	32%		Perdida sociolaboral 20%
Giacosa et al.	12%	35%	

Fuente: las autoras a partir de los datos obtenidos de los estudios

Según los autores Argilés y col., más del 40% de los pacientes con cáncer presentan dificultad para comer, cocinar o tomar alimentos, lo que le condiciona una dependencia de la familia en un 25% o personal sanitario, que puede conllevar al paciente a un sentimiento de pérdida de control sobre su vida e integridad personal en un 65%, experimentando una ambivalencia afectiva hacia sus cuidadores, de modo que la negativa a comer es una forma de manifestar que aún ejerce un cierto control sobre la propia vida.

Ferriols et. Al., en su estudio encuentra que estos pacientes dependen en un 32% de sus familiares, por las mismas molestias derivadas de la propia enfermedad y de los tratamientos, contribuyendo al aislamiento social y pérdida sociolaboral en un 20%. Según Giacosa et al. La dependencia familiar solo se representa en un 12% pero que el apoyo familiar en un 35 %.

– **Factores emocionales**, Von Roenn JH y Knopf K., han asociado la presencia de este síndrome con la administración de determinados tratamientos como la radioterapia o la quimioterapia, otros medicamentos, o la existencia de determinadas situaciones clínicas como el dolor, el estrés emocional. Entre los factores emocionales asociados al síndrome de anorexia – caquexia se encuentran:

**Tabla. No. 7 Factores emocionales asociados al síndrome de anorexia – caquexia en el paciente oncológico.**

AUTOR	N (MUESTRA)	ANSIEDAD	DEPRESIÓN	TRISTEZA	OTROS
M. Hejna	31 pacientes		85% No comer		
Giacosa		Disminuye 43% Adicionar nutrición	23%		Malestar (cambio de humor)
Paula Ravasco	75 pacientes		30%	27%	Alteración imagen corporal
Bertha Rendón F.	403 pacientes	20%	20%		Saciedad: 8%
Chacón y Col.		15%	20%	15%	

Fuente: las autoras a partir de los datos obtenidos de los estudios

Según el autor Chacón y col., la ansiedad representa un 25% en estos pacientes lo cual los condicionan a tener mas deterioro del estado nutricional, la depresión otro factor muy importante se encuentra en un 65% y fenómenos de condicionamiento aversivo como el miedo en un 18% , el insomnio en un 20% y la confusión en un 2% producen a los pacientes con este síndrome alteraciones del apetito, olfato y gusto desencadenadas por la enfermedad o los tratamientos, llevándolos a un alto deterioro del estado nutricional.

Además, la presencia de fatiga en un 30% junto con la pérdida de peso importante, puede variar en el desarrollo de cuadros depresivos en un 10% y en alteraciones de las relaciones interpersonales, según el autor F. Ferriols Lisart., además la ansiedad en un 8%, es una experiencia desagradable con la que el paciente esta alerta ante la posibilidad de obtener siempre un resultado negativo hacia su estado nutricional relacionado con un 8% de saciedad.

Pero Giacosa et al., en su estudio relaciona que el paciente con síndrome de anorexia – caquexia presenta depresión en un 20% y ansiedad en un 12%, por lo tanto estos factores siempre van afectar la calidad de vida influyendo sobre la esfera psíquica, intensificando el deterioro del estado nutricional.

## 8.2 MANEJO TERAPEUTICO MÁS EFECTIVO DEL SINDROME DE ANOREXIA/ CAQUEXIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Durante la fase del tratamiento, lo prioritario es el manejo de los síntomas, puesto que, por definición, no es posible tratar la causa. En casos seleccionados, se puede considerar procedimientos quirúrgicos que aseguren la integridad del tracto gastrointestinal, si bien la indicación fundamental en esta situación no es el síntoma anorexia sino el síntoma “hambre”.

**Tabla. No. 8. Manejo terapéutico más efectivo del síndrome anorexia – caquexia en el paciente oncológico.**

AUTOR	N (muestra)	ACETATO DE MEGESTROL	GLUCOCORTICOIDES	OTROS
Giacosa, MD			Mejora el apetito. 35%	
Ravanco P.	75 pacientes	800 mg/día Mejora las náuseas y el apetito en un 86%.	Mejora el peso y aumenta el apetito en un 24%.	
Rondón B.	403 pacientes	Dosis 400mg/día Mejora el apetito en un 95%		
Daniel A.	30 pacientes			Alto contenido de Polifenoles mejora apetito, fuerza muscular, masa corporal magra.
Vergel E.			+ progestágenos Aumenta el apetito y el peso en un 65%.	
Izarola	58 pacientes	Mejora el apetito y aumenta el peso, 55%		
Loprinzi, Gebbia	44 pacientes	Mejora el apetito, 30%		

Fuente: las autoras a partir de los datos obtenidos de los estudios

Según los autores Gracosa, M.D, los esteroides, como los glucocorticoides y progestagenos, han demostrado un beneficio en los pacientes con anorexia – caquexia. Los glucocorticoides producen un aumento de apetito y de peso en un 65% y los efectos secundarios que aparecen con tratamientos prolongados mas del 30%, presentan infecciones fúngicas.

El acetato de megestrol es el progestágeno más ampliamente estudiado. En los estudios de Paula Ravanco, este medicamento utilizado en el manejo de la anorexia – caquexia, produce un aumento del apetito en un 55% y aumento de peso en las primeras 6 semanas de tratamiento. En el manejo del aumento del apetito, E. Vergel indican que el acetato de megestrol mejora el apetito en un 30%. Cuando las dosis son mayores de 400 mg/día.

Se encontró en los estudios realizados por, Daniel A., Izasola. Cardona, Pascual Antonio / Roque Martha, Jorge H. Eisenchlas que el manejo terapéutico de mayor acción en los pacientes con anorexia – caquexia, se encuentran entre los glucocorticoides con un 80% y el acetato de megestrol en un 76%, mejorando la ganancia de peso, apetito y calidad de vida.

Los estudios observados constituyen una muestra del estado actual de los conocimientos relacionados con el tratamiento del síndrome de anorexia – caquexia. La lectura de los mismos permite apreciar la dificultad existente no solo en el tratamiento de este síndrome, sino también ciertos problemas de tipo metodológico.

### **8.3 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL SÍNDROME ANOREXIA – CAQUEXIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO**

La intervención de enfermería se enfoca a varios aspectos; entre éstos, está el manejo de los factores que limitan la ingesta de alimentos al paciente como son la mucositis, náuseas/ vómito y el dolor. Y los factores emocionales que afectan al paciente oncológico.

Según los autores M, Hejna y col., la mucositis en pacientes con síndrome de anorexia caquexia se debe manejar con agentes antisépticos como la clorexidina, buena higiene oral y la aplicación tópica de GMSF (Molgramostim), para las náuseas y vomito se administra metoclopramida cada 8 horas, dexametasona 8mg/día, para el dolor se utiliza los opiodes como la morfina vigilando los efectos secundarios y para el acetato de megestrol se administra 400 mg/ 2veces al día, vigilando efectos como retención de líquidos pero aumenta la calidad de vida del paciente, E. Vergel, indica que para el buen manejo de la mucositis por enfermería es observar y revisar diariamente la cavidad oral, realizar valoración física especial atención en el peristaltismo intestinal. Y administrar diariamente 800 mg/día de acetato de megestrol vigilando efectos adversos.



**Tabla No. 9. Intervención de enfermería en el manejo terapéutico de síntomas asociados al síndrome anorexia – caquexia en el paciente oncológico.**

AUTOR	MUCOSITIS	NÁUSEAS/ VÓMITO	DOLOR	DEPRESIÓN	ANOREXIA	
					ACETATO MEGESTROL	CORTICOIDES
<b>HEJNA M. N: 2 brazos 31 ptes.</b>	Antisépticos: Clorexidina Higiene oral Aplicación Tópica GM CSF.	Metoclopramida C/8 horas. Dexametasona.	Opioides Morfina Lidocaína 2%	Compañía	400 mg/ 2 veces al día.	Dexametasona 8- mg/día 16
<b>VERGEL E.</b>	Revisar higiene oral. Hábitos dietéticos Enjuagues bucales.	Antieméticos. Metoclopramida setrones	Lidocaína 2% Opiodes.		800 mg/día (mejorar calidad vida).	
<b>REDONDO B.</b>	Higiene oral Enjuagues bucales.	Entorno agradable. Hidratación. Antiemético	Opiodes Morfina	Compañía Ambiente agradable Paciencia Cariño. Preparación culinaria.		Dexametasona Dosis diaria con el desayuno o divididas.
<b>ARROYO R. M</b>	Hábitos dietéticos	Antieméticos.	Actividad física Comunicación		Dosis: 400 – 800 mg/día	Dexametasona 8 mg / día

Fuente: las autoras a partir de los datos obtenidos de los estudios.

Bertha Redondo las náuseas y vómito en estos pacientes se deben manejar con un entorno agradable en el domicilio o hospitalario, hidratación y con terapia farmacológica pero en el estudio no hace referencia a un medicamento antiemético especial.

Bertha Redondo encontró que para manejar el dolor se utilizan otras alternativas como: relajación, distracción, musicoterapia, visualización.

En otro estudio retrospectivo, realizado en 3.047 paciente que iban a iniciar tratamiento quimioterápico, se observó que el 50% ya habían perdido peso antes del tratamiento, y que un 15% y habían perdido más del 10% de su peso habitual.

En un estudio sobre 644 pacientes con cáncer seguidos ambulatoriamente, se observó que el 59% había disminuido claramente el apetito, el 67% la ingesta de comida y el 54% presentaba un peso inferior al peso ideal.

**Tabla No. 10. Intervención de enfermería en el manejo psicosocial de síntomas asociados al síndrome anorexia – caquexia en el paciente oncológico.**

Autor	Dependencia familiar	Apoyo familiar	Otros
Redondo B.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compañía.</li> <li>▪ Seguridad/confianza.</li> <li>▪ Tolerancia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Confianza</li> </ul>	<b>Terapias alternas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relajación</li> <li>▪ Distracción-</li> <li>▪ Musicoterapia.</li> <li>▪ Visualización.</li> </ul>
Argilés col.,	y Acompañamiento respetuoso/tolerante	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seguridad</li> <li>▪ Lealtad</li> <li>▪ Confianza</li> </ul>	
Ferriols et. Al.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compañía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tolerancia</li> </ul>	<b>Ayudas físicas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comodidad</li> </ul>

Fuente: las autoras a partir de los datos obtenidos de los estudios.

En síntesis, la intervención de la enfermera oncóloga en el paciente con anorexia / caquexia precisa en:

- **Tener conocimiento estructurado.**
- Disponer de herramientas metodológicas para la valoración, elaboración del plan de cuidados y evaluación de resultados.
- Disponer de protocolos relacionados.
- Asegurar el cuidado continuo.
- Intervenir lo más precozmente.

Fuente: las autoras a partir de los datos obtenidos de los estudios.

Todo ello nos permitirá dar respuesta a los aspectos en el cuadro de las intervenciones de la enfermera en el paciente con anorexia – caquexia, lo cual contribuirá principalmente en:

- **El paciente obtendrá mayor beneficio en términos de salud.**
- Posición de fortaleza que favorezcan un cuidado integral y transversal del paciente a lo largo del proceso del síndrome.

Fuente: las autoras a partir de los datos obtenidos de los estudios.

Una intervención precoz sobre el aspecto nutricional, permitirá ser más eficaces y eficiente, por lo que la participación de la enfermera oncóloga debe ir más allá de la hospitalización y, por tanto, iniciarse cuando empieza el proceso de atención oncológico.

## 9. CONCLUSIONES

- Según la revisión documental de los estudios de investigación publicados de 1998 a 2008. Las intervenciones de enfermería en el paciente oncológico con síndrome de anorexia – caquexia no se han modificado hasta la fecha, encontrándose que es un síndrome irreversible en el paciente con cáncer. Por lo tanto la intervención de la enfermera oncóloga es prevenir y controlar de forma temprana, la sintomatología de esta alteración, en el paciente oncológico.
- *Los factores asociados que influyen en el síndrome de anorexia caquexia en el paciente oncológico están confinados con alteraciones del sistema gastrointestinal entre los que se encuentran la mucositis con un 85% y el dolor en un 92%.*
- *El manejo terapéutico del paciente con síndrome de anorexia – caquexia más adecuada para la mejoría sintomática es el Acetato de megestrol en un 65% y los glucocorticoides en un 70%, aportando aumento de peso y apetito.*
- Así mismo se recomienda que el cuidado de enfermería en los pacientes con síndrome de anorexia – caquexia debe ser de forma integral, con aplicación de los fundamentos teóricos, el empleo de herramientas como el proceso de enfermería, vinculando a la familia para lograr mejores resultados en la prevención, manejo, valoración y seguimiento, logrando un impacto en la calidad de vida del usuario.

## BIBLIOGRAFÍA

1. AGULAR Pablo. Cáncer Diagnostico y Tratamiento .Santiago de Chile .Mediterráneo, 1998
2. ALFREDO, Diego. Manual de oncología básica. 1989
3. BODY, JJ. The syndrome of anorexia-cachexia. Curr Opin Oncol 1999; 11: 255-260.
4. BLOCH AS: Cáncer. In: Shornts E. Nutrition Support Dietetics Core Curriculum, 2nd ed. A.S.P.E.N. Silver Spring, 1993; p. 213-27.
5. BRAIRD, B Susan AND FAIRD Michele. Libro para la consulta de enfermería. España: Asociación Española contra el cáncer ,2001
6. BRUERA E. ABC of palliative care. Anorexia, cachexia and malnutrition. BJM 1997; 315: 491-497.
7. CARDONA., Tratamiento farmacológico de la anorexia-caquexia cancerosa. Nutrición Hospitalaria. 2000
8. DOS SANTOS Silva Isabel .Epidemiología del Cáncer Principios y Métodos. Agencia Internacional de Investigación LYON Francia: 1999
9. FAIRMAN David. Dolor en Cáncer. Buenos Aires Argentina Panamericana, 1998.
10. FRISANCHO AR: Anthropometric standards for assessment of growth and nutrition status. Michigan: The University of Michigan Press, 1990.
11. GARCIA Luna, PP.: Nutrición Hospitalaria. Causas e impacto clínico de la desnutrición y caquexia en el paciente oncológico. Vol. 21, 2006
12. GÓMEZ, Candela, A. Sastre Gallego. Soporte Nutricional en el Paciente Oncológico. Editorial Yougus. Madrid 2002.
13. GONZÁLEZ, Barón., dolor y cáncer. Hacia una oncología sin dolor. 2003.
14. GUEPP E Carla AND HAMMAND William Terapia de Apoyo en pacientes cancerosos .Panamericana, Buenos Aires Argentina, 1998.

15. GRANT M, Sakurai C: Oncology. In: Hennessy K, Orr M E. Nutrition Support Nursing Core Curriculum, 3<sup>rd</sup> ed. Silver Spring, A.S.P.E.N; 1996; p. 161-22.
16. INUI A: Cancer Anorexia – Cachexia Syndrome: Current Issues in Research and Managemet. CA Cancer J Clin 2002; 52: 72: 72-91
17. KAHL, Colimon S., Fundamentos de epidemiología. Panamericana. 1978
18. KERN KA, Norton JA, Cancer Cachexia, JPEN 1998; 2: 286-298
19. LOPEZ, Imedio E. Enfermería en Cuidados Paliativos. Síntomas digestivos en el paciente terminal. Ed. Panamericana 1998.
20. MATTES RD: Prevention of food aversions in cancer patients during treatment. Nutrition and cancer 1994; 21 (1): 13-24
21. MORENO María Elisa .como cuidar un enfermo en casa. Colombia: Manual Moderno, 2005
22. NAGAKY J, Rodriguez V, Bodey GP: Causes of death in cancer patients. Cáncer. 1974; 33: 568-673.
23. O.P.S., Cuidados paliativos: Guías para el manejo clínico. 1998
24. PEDREIRA, Castro P. Centro Hospitalario Juan Canalejo-Marítimo de Oza. A Coruña. En: Revista de Medicina Paliativa. V congreso Cuidados Paliativos Vol. 10 pag 80-1. Noviembre 2003
25. PEDRO, Bejarano. Morir con dignidad. Fundamentos del cuidado paliativo interdisciplinar del paciente terminal. 1992
26. ROSALES BEJARANO Susana. Fundamento De La Enfermería. México. El Manual Moderno, 2004.
27. SANZ, Jaime y col., El síndrome anorexia – caquexia. Psicooncología. Vol. 1, 2004.
28. WALKER, M S, Masino K. Oncology Nutrition. Patient, Education Materials. American Dietetic Association.

## ANEXOS - FICHAS

### FICHA DESCRIPTIVA # 1

#### 1. Datos de Identificación.

TÍTULO	AUTOR	LUGAR/IDIOMA	MEDIO DE PUBLICACIÓN.
Disminución de la duración y síntomas en mucositis oral inducida por quimioterapia: resultado de un ensayo prospectivo randomizado.	M. Hejna, M. Raderer, G.G Steger, T. Brodowicz, W. Scheithauer, C. Wiltchke, C.C Zielinski.	División de oncología, Hospital Universario. Viena, Austria.	<a href="http://www.elsevier.com/locate/ejo">www.elsevier.com/locate/ejo</a> European Journal of Cancer (Ed. Española). 2002, 2: 45-33

#### 2. Información metodológica

##### ▪ Población y/o muestra

Ensayo prospectivo randomizado. 2 brazos. Se seleccionaron 15 pacientes para recibir lavados de boca con GM-CSF (Molgramostim), y 16 en el brazo de control para recibir un agente antiséptico AA (povidona – iodada)

##### ▪ Juzgamiento metodológico

El artículo presenta coherencia metodológica.

El nivel de interpretación es de cinco debido a que por medio de la adaptación del instrumento el autor formula explicaciones al fenómeno que se presenta sobre las necesidades de información que presenta el artículo.

##### - Aportes de contenido

##### ▪ **Factores asociados:**

- Según los autores del artículo la aplicación tópica de GM-CSF resultó en una duración más corta y una resolución más rápida de forma significativa, de mucositis oral, incluyendo el periodo de pretratamiento más el de tratamiento (P=0,0008) así como la duración necesaria de tratamiento requerido hasta la remisión completa de las lesiones (P< 0,0001) al comparar con AA (povidona-iodada) respectivamente. De este modo, los periodos de pre-tratamiento más tratamiento necesarios para el logro de respuesta completa eran de 5,3 +/- 2,5 días en el grupo de GM-CSG y de 1,8 +/- días (intervalo: 6-11 días), en el grupo AA (P=0,0008). La duración necesaria de tratamiento para lograr la remisión completa fue de 2,8 +/- días (intervalo: 2-4 días), en el grupo GM-

CSF, mientras que fue de 6,3+/- 1,1 días (intervalo con GM-CSF, se toleraron bien, sin ningún malestar oral, ni efectos secundarios sistémicos. La mucositis no progresó bajo tratamiento tópico con GM-CSF o AA.

- La eficacia del tratamiento de acuerdo con puntuaciones funcionales evaluadas por los pacientes, el grado medio de mucositis oral evaluado por los investigadores de acuerdo con la escala del Índice de Toxicidad Común (CTI) del National Cancer Institute (NCI) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), consiste principalmente en la administración tópica de agentes antisépticos y antifúngicos y en caso de dolor severo anestésicos severos. En situación basal era bien equilibrado y de 2,1 +/- en ambos grupos. el grado medio de mucositis oral funcional, juzgado por pacientes en situación basal era de 1,9 +/- 0,8, en el grupo de GM-CSF, y de 2,3+/- 0,5, en el grupo AA (P=0,1628). En términos de eficacia de tratamiento, demuestra que el grado medio de mucositis oral funcional, evaluado por pacientes el día 3 de tratamiento, era de 0,9 +/- 0,8 (intervalo: 0-2), en el grupo GM-CSF, y de 2,1+/- 0,7 (intervalo: 1-3) en el grupo AA (P=0,0004), sin la valoración de 2 pacientes del grupo AA. Por último, la mejoría de síntomas mediante una puntuación de mucositis oral funcional juzgada por pacientes, tuvo lugar el día 2,8 +/- 0,7 (intervalo: día 2-4), en el grupo GM-CSF, y el día 4,1+/- 1,0 (intervalo: día 2-6), en el grupo AA (P=0,0011), después de iniciar el tratamiento.
- Se encontró que los pacientes presentaron malestar y alteraciones del gusto, por el tratamiento.
- Según los autores no hay relación significativa con la presencia de mucositis oral inducida por la quimioterapia en los pacientes que han consumido cigarrillo y alcohol pero si se encuentra relación de la presencia de mucositis en aquellos paciente con edades entre (1- 20 años) con un porcentaje del (90%), sobre los pacientes mayores de 60 años con un porcentaje del (18%).
- Otro factor del síndrome es la pobre higiene oral, factor crucial para el desarrollo de mucositis oral.
- **Manejo terapéutico:**
  - Según los autores el tratamiento de la mucositis oral se ha concentrado principalmente en el control de la infección, resultando en el establecimiento tópico de agentes antisépticos complementado por anestésicos.
  - Se puede decir que el mejor cuidado de soporte para mucositis oral inducida por quimioterapia, es la aplicación de un antiséptico basado en yodo, de eficacia probada.
  - Los autores concluyeron que los estudios en esta revisión de la literatura muestran resultados positivos con la aplicación tópica de GM-CSF, disminuyendo significativamente la duración de mucositis oral y de los síntomas asociados.



## FICHA DESCRIPTIVA # 2

### 1. Datos de Identificación.

TÍTULO	AUTOR	LUGAR/IDIOMA	PUBLICACIÓN.
Food Intake and Body Composition in Cancer Cachexia. Alteración de la alimentación y el cuerpo en caquexia del cáncer.	Giacosa, MD., F. Frascio, S. G. Sukkar, S. Doncella.	National Institute for cancer Research, Genova, Italy. Inglés.	Oncology Supplement to Nutrition. Vol. 12, No. 1, 2000

### 2. Información metodológica

- Tipo de diseño

Revisión documental.

- Población y/o muestra

Artículos publicados desde 1998 y 1991.

### 3. Herramientas de reflexión

- Juzgamiento metodológico

Este artículo demuestra el interés de los investigadores por plantear la revisión en busca de evidencias, para lo cual realizaron una revisión documental buscando identificar como la caquexia anorexia altera la composición del cuerpo, por lo cual y teniendo en cuenta las conclusiones alcanza un nivel de interpretación: 4

- Aportes de contenido

- Los factores asociados a la anorexia / caquexia identificados fueron:

- La pérdida de peso altera la composición del cuerpo aumentando a la vez la desnutrición, asociado a cambios prolongados del gusto, la dieta por efectos secundarios a tratamientos y ligado a la enfermedad.
- Destacan que la pérdida de peso en el paciente oncológico, según lo explicó Bruera et al, es que el consumo de energía en pacientes con desnutrición es inferior a 1214 kcal/d comparado con pacientes con cáncer nutridos, quienes no perdieron peso.
- De Moley et al, se menciona que encontró en 17 pacientes con cáncer más metástasis, tener un alto grado de pérdida de masa muscular por alteraciones metabólicas y psicológicas.
- Los autores del estudio además mencionan que las principales manifestaciones clínicas de la pérdida de peso son: debilidad, ansiedad, angustia, alteración de la imagen corporal.
- Otro de sus aportes es sobre la importancia de administrar nutrición adicional complementaria, no por ganancia de peso, sino porque disminuyen la ansiedad y el estrés de la malnutrición.

## FICHA DESCRIPTIVA # 3

### 1. Datos de identificación

TÍTULO	AUTOR	LUGAR/IDIOMA	PUBLICACIÓN.
Impact of nutrition on outcome: a prospective randomized controlled trial in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. Resultado del impacto de la nutrición: un ensayo controlado seleccionado al azar anticipado en pacientes con cáncer de cabeza y cuello en radioterapia.	Paula Ravasco, MD, Isabel Monteiro-Grillo, MD, PhD, Pedro Marques Vidal, MD, Maria Ermelinda Camilo, M	Departamento de radioterapia de la Universidad de Santa Maria, Lisboa, Portugal.	<a href="http://www.interscience.wiley.com">www.interscience.wiley.com</a> Published online 26 May 2005 in Wiley InterScience.

### 2. Información metodológica

#### ▪ Tipo de diseño

Ensayo randomizado, controlado.

#### ▪ Población/Muestra

75 pacientes con cáncer de cabeza y cuello seleccionados al azar en tratamiento de radioterapia, se dividieron en grupos:

Grupo 1 (n=25) recibieron asesoramiento dietético con alimentos regulares.

Grupo 2 (n=25) recibieron dieta normal mas suplemento.

Grupo 3 (n=25) recibieron dieta normal.

### 3. Herramientas de reflexión

Este artículo demuestra el interés de los investigadores por plantear la revisión en busca de evidencias, para lo cual realizaron un ensayo randomizado, controlado en pacientes con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento de radioterapia, por lo cual, y teniendo en cuenta las conclusiones alcanza un nivel de interpretación: 4

#### - **Aportes**

Los factores asociados encontrados en este estudio fueron:

- Los autores concluyeron que la desnutrición en el cáncer es multifactorial y tiene un pronóstico negativo en pacientes en tratamiento de radioterapia por los efectos secundarios a estos: mucositis, odinofagia, disfagia, xerostomía, disgeusia, náuseas, vómito, comprometiendo el estado alimenticio y la capacidad funcional.
- Además, los autores mencionan que los efectos secundarios presentados en estos pacientes disminuye la calidad de vida y el bienestar psicosocial relacionado con la dificultad de la mala ingesta de alimentos.

- En el grupo 1, los autores encontraron toxicidad por radioterapia con un aumento del 90% de la severidad de las náuseas, vómito, xerostomía, disgeusia, en el grupo 2, la toxicidad solo se presentó en un 60% con aumento de las náuseas, mientras que los pacientes del grupo 3 no presentaron cambios significativos.
- Otro de los aportes sobre el efecto de la radioterapia, es el predominio de la anorexia en estos pacientes en un 7%, las náuseas y vómito 10%, xerostomía el 20%, la disfagia y odinofagia en un 25%, lo cual siempre se presentó en todos los grupos en algún momento del tratamiento.
- Sin embargo, la incidencia y/o severidad de los síntomas mejoraron en tiempos diferentes en los tres grupos: en el grupo 1, la reducción de las náuseas, vómito, xerostomía y disgeusia fue a los tres meses, grupo 2 y 3 no hubo tiempo significativo, por lo tanto fue necesario administrar medicamentos, según los autores.
- Otro de los factores encontrados por los autores es el dolor en un 80% el cual se empeora con la presencia de odinofagia, disfagia, mucositis empeorando de este modo la ingesta de comer.
- Un factor importante presentado por los autores es la fatiga encontrándose en un 5% de los pacientes debido al deterioro alimenticio.

#### Intervenciones de enfermería:

- El estudio de los autores presentó que la calidad de vida de los pacientes aumenta en un 45%, mediante el asesoramiento dietético, individualizado durante el tratamiento de la radioterapia.
- La valoración semanal de signos y síntomas de la condición clínica de los pacientes, permite asegurar una dieta adecuada que ayude a superar el deterioro nutricional que presentan los pacientes en tratamiento con radioterapia, según los autores.
- Se puede concluir que es importante mantener la vía oral en un 50%, para mantener la estimulación salival y disminuir la intolerancia a los alimentos.
- Los autores elaboraron un cuadro de recomendaciones nutricionales que mejoraran la situación fisiológica, a los efectos secundarios y provocados por el tratamiento y/o la enfermedad, según las necesidades y las respuestas de cada paciente.

NUTRIENTE	RECOMENDACIONES
Energía	35-40 ml/kg/día
Proteínas	1.5-2.5 g/kg/día – 20% VCT
Hidratos carbono	50-55% VCT
Lípidos	25-30% VCT
Agua	40 ml/kg/día

Tomado: Fuente artículo resultado del impacto de la nutrición: un ensayo controlado seleccionado al azar anticipado en pacientes con cáncer de cabeza y cuello en radioterapia.

## FICHA DESCRIPTIVA #4

### 1. Datos de Identificación.

TÍTULO	AUTOR	LUGAR/IDIOMA	PUBLICACIÓN.
Cuidados paliativos en pacientes oncológicos. Frecuencia y prioridad de síntomas.	E. Vergel, C. Conill, A. Pedro, S. Chicote, M. Salamero, P. de Azpiazu, E. Gil y A. Biete.	Servicio de oncología radioterapéutica. Español	Revista Sociedad Española. Dolor. 2001; 8: 575-580.

### 2. Información metodológica

- Tipo de diseño

De campo, descriptivo tipo encuesta.

- Población/muestra

Se estudiaron 52 pacientes de la unidad para tratamiento paliativo del Hospital Clínico Provincial de Barcelona. De los 52 pacientes

- Ocho (8) no se evaluaron por desorientación o falta de colaboración.
- Se analizaron en total 44 pacientes: 23 hombres y 21 mujeres.
- Edad promedio fue 57 años (límites: 35 y 80 años).
- La relación de diagnóstico.

- Manejo de datos

Estadística descriptiva cualitativa, utilizando como herramienta: tablas.

### 3. Herramientas de reflexión

- Juzgamiento metodológico

Esta investigación realiza formulación tentativa entre los síntomas más frecuentes y los prioritarios en pacientes oncológicos ingresados para tratamiento paliativo.

Nivel de interpretación: 3

- Aportes

▪ Factores asociados:

- Los autores identificaron, la astenia como síntoma más frecuente según los resultados realizados por enfermería quien encontró, este síntoma en un 82%, el equipo médico en un 93% y la autoevaluación realizada por el mismo paciente en un 84%.
- Otro de los síntomas encontrados, la xerostomía constituía el tercer síntoma en frecuencia, detectada por enfermería en un 39%, por el médico en un 16% y por el mismo paciente en un 73%.
- Además los síntomas prioritarios fueron: dolor en un 86%, síntomas psicológicos sólo en el 27% de los casos (7/19), factores que fueron controlables por el paciente.
- Los autores identificaron otros síntomas prioritarios en los que se observó un bajo nivel de control, son los síntomas psicopatológicos; se consiguió un control entre excelente o bueno únicamente en el 27% de los pacientes que escogieron intranquilidad o tristeza.

▪ Manejo terapéutico:

- Según los autores para optimizar el tratamiento adecuado es absolutamente necesario la participación activa del paciente.
- Otro de los aportes del manejo terapéutico para la atención global del paciente con enfermedad avanzada, son las curas paliativas, en el momento en que la enfermedad ya no responde a tratamientos específicos, según los autores en estos casos, el esfuerzo del equipo terapéutico va dirigido a controlar los síntomas y a ofrecer soporte psicológico y emocional a pacientes y a familiares.
- Según los autores los principios básicos del manejo del dolor en un 45% de los pacientes con neoplasias avanzadas son:

- **Evaluación cuidadosa de la causa del dolor.**

- Valoración del dolor como una experiencia psicomática.

- Utilización de analgésicos a dosis regulares. (reconocer que las dosis efectivas de opiodes tienen una amplia variación individual).

- Utilización de medidas no farmacológicas y,

- Seguimiento minucioso de los efectos de los analgésicos, en especial de los mórficos.

Tomado: fuente Revista Sociedad Española. Dolor.2001; 8: 575-580.

- Los autores concluyen que el abordaje terapéutico debe ser individualizado y tener siempre en cuenta la opinión del paciente.

## FICHA DESCRIPTIVA # 5

### 1. Datos de identificación

TÍTULO	AUTOR	LUGAR/IDIOMA	PUBLICACIÓN.
Evaluación de la sintomatología más frecuente en el paciente oncológico en fase terminal.	Dra. Bertha F. Redondo Rodón, Lic., Margarita Chacón Roger, Dr. Jorge A. Grau Abalo y Dr. Luis Nicot Verdecia.	Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Español.	<a href="http://www.elsevier.com/locate/ejo">www.elsevier.com/locate/ejo</a> Revista Cubana Oncológica. Vol. 3; 83,6. 2000.

### 2. Información metodológica

- Tipo de diseño  
Estudio retrospectivo, descriptivo.
- Población y/o muestra

Se estudiaron 403 enfermos oncológicos de ambos sexos, entre los 10 y los 99 años de edad, fallecidos en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, en el periodo comprendido entre 1997 y 1997, señalándose los síntomas y factores más relevantes que presentaron durante su enfermedad.

Como procedimiento se revisaron las historias clínicas de los fallecidos con las localizaciones primarias de tumores encontradas en el periodo de tiempo analizado:

- Cabeza y cuello.
- Mama.
- Pulmón.
- Útero.
- Vías digestivas.

Fuente: Revista Cubana Oncológica. Vol. 3; 83,6.2000.

Las variables socio – demográficas comprendieron las siguientes: edad, sexo, localizaciones del tumor primario y la frecuencia de los síntomas encontrados.

### 3. Herramientas de reflexión

#### - Juzgamiento metodológico

Los autores realizan una relación entre múltiples variables sin embargo dentro de los resultados no hay claridad sobre las relaciones tentativas de las mismas es posible que esto se deba a la cantidad de información recolectada.

Nivel de interpretación: 3

#### - Aportes de contenido

Los factores asociados en este artículo fueron:

- Los autores identificaron factores físicos y emocionales más frecuentes en el paciente oncológico: el dolor, insomnio, estreñimiento, debilidad, disnea, xerostomía, las náusea / vómito, ansiedad y depresión.
- Otro de los aportes, es la incidencia de los síntomas correspondientes en el paciente oncológico, reportado en la literatura internacional.

SINTOMA	No.	%
▪ Dolor	▪ 309	▪ 76,67
▪ Insomnio	▪ 246	▪ 61,04
▪ Estreñimiento	▪ 195	▪ 48,38
▪ Anorexia	▪ 177	▪ 43,92
▪ Disnea	▪ 162	▪ 40,44
▪ Boca seca	▪ 88	▪ 21,83
▪ Nauseas y vomito	▪ 63	▪ 15,63
▪ Ansiedad	▪ 61	▪ 15,13
▪ Depresión	▪ 48	▪ 11,91

Fuente: Historia Clínicas de los fallecidos 1995 – 1997. INOR.

El dolor el síntoma más frecuentemente reportado, correspondiente al 76,67 de los casos. Este comportamiento es similar al reportado en estudios realizados por otros autores, dentro de los otros síntomas que se registraron en este estudio como el insomnio, estreñimiento y la debilidad, fueron los más frecuentes, presentándose en el 61,04, el 48,38 y el 43,93% respectivamente. Este análisis

apunta que más del 40% de los pacientes oncológicos sufren de estos síntomas con poco o ningún control.

Intervenciones de enfermería:

- Los autores encuentran que de acuerdo a la bibliografía revisada sobre la temática, cuales son las causas más frecuentes de fracaso en el control de los síntomas: desconocimiento de las necesidades propias del paciente, falta de información, no es considerado el apoyo psicosocial de los pacientes y familiares por parte del personal médico y paramédico e inadecuadas estrategias para controlar los síntomas. Para esto consideraron las siguientes recomendaciones:

- El entorno debe ser agradable tanto en el domicilio como en el hospital.
- La postura la elegirá el paciente basándose en su bienestar. Habitualmente será de pie, sentado o semisentado.
- Higiene bucal.
- Se valorará de forma regular el equilibrio calcio, fósforo, albúmina y la función renal (albúmina).
- Aplicación de técnicas y terapia conductuales como:

- Acupresión.
- Acupuntura.
- Terapia de distracción.
- Hipnosis.
- Visualización.
- Relajación.
- Respiración rítmica.

Fuente: tomado del artículo evaluación de la sintomatología más frecuente en el paciente oncológico en fase terminal, Vol. 3; 83,6.2000.



## FICHA DESCRIPTIVA # 7

### 1. Datos de Identificación.

TÍTULO	AUTOR	LUGAR/IDIOMA	PUBLICACIÓN.
Alteraciones psicológicas, problemas psicosociales y características del dolor en una muestra de pacientes con cáncer avanzado y dolor crónico.	R.M. Quero Arroyo, A. Fernández Parra, R. Gálvez Mateos.	Unidad de dolor, del hospital de la Universidad de Granada. Español.	<a href="http://www.revista_cuidados_paliativos.com">www.revista_cuidados_paliativos.com</a> Revista sociedad española del dolor. 2001; 5: 8-16

### 2. Información metodológica

▪ Tipo de diseño

Estudio prospectivo

▪ Población y/o muestra

Un total de 58 pacientes oncológicos ambulatorios, que eran tratados en una unidad del dolor.

### 3. Herramientas de reflexión:

- Aportes de contenido

Los factores asociados:

- Los autores del estudio encuentran que los índices de presentación de las alteraciones psicopatológicas en los pacientes oncológicos con dolor son elevados.
- Otro aporte importante, son las relaciones de la depresión con otras variables, se ha encontrado que está relacionada con problemas de alimentación (pérdida de peso) pero estos autores refieren que estos problemas pueden ser de carácter orgánico o forman parte de otros trastornos psicopatológicos, como son los problemas del sueño y el nivel de actividad disminuido del sujeto.

Manejo terapéutico:

- Según los autores los fármacos dirigidos a controlar el dolor, son los opiáceos fuertes como la morfina, cuyo medicamento era utilizado en un 10% de los casos. Otros autores encuentran que el dolor en los pacientes era incontrolable lo que les afecta el estado nutricional.

Intervenciones de enfermería

- Según los autores el alivio del dolor se considera prioritario manteniendo un elevado grado de actividad física y capacidad de comunicación, pero hay que tener presente que el cáncer y su tratamiento producen secuelas ej. debilidad en los brazos lo que le dificultan o impiden la realización de determinadas tareas, incrementando el nivel de evitación en la funcional.

## FICHA DESCRIPTIVA # 8

### 1. Datos de Identificación.

TÍTULO	AUTOR	LUGAR/DIOMA	PUBLICACIÓN.
Calidad de vida en pacientes con disfagia riesgo de caquexia.	Daniel A. de Luis, MD. Olatz izasola, E. Vergel, C. Conill.	Universidad de Madrid. Unidad de cuidados paliativos. Español.	<a href="http://www.elsevier.com/locate/nut">www.elsevier.com/locate.nut</a> Nutri. Hosp. ene-feb. 2008 Vol. 23 No. 1, p,46 – 53.

### 2. Información metodológica

- Tipo de diseño

De campo, descriptivo tipo encuesta.

- Población y/o muestra

Se estudiaron 30 pacientes con disfagia en el instituto de endocrinología y nutrición.

De los 30 pacientes:

- se estudiaron 25 pacientes en total: 12 pacientes hombres, 13 pacientes mujeres.
- Se realizó un cuestionario del estado de salud y estado nutricional que fue ajustado por índice de masa, albúmina, edad y sexo.

- Manejo de datos

Técnica estadística empleadas para el análisis:

Descriptiva emplea tablas.

### 3. Herramientas de reflexión

- Juzgamiento metodológico

Este artículo de muestra el interés de la investigadora por plantear la revisión en busca de evidencias, para mejorar la calidad de vida, lo cual realizó una revisión documental buscando identificar el riesgo de anorexia en los pacientes con disfagia. Nivel de interpretación: 4

- Aportes de contenido

Factores asociados:

- Los autores encuentran que la calidad de vida del paciente oncológico con disfagia se les altera el metabólicos, existen cuatro factores fundamentales que definen la calidad de vida: bienestar físico, bienestar funcional, bienestar emocional y bienestar social.
- Los aportes de los autores encuentran que el paciente con disfagia tiene alto riesgo de presentar caquexia en un 10% por inadecuados aportes calóricos y proteicos por el estado de la enfermedad.
- La desnutrición en el paciente con disfagia según los autores disminuyen la calidad de vida, por presencia de disminución de la fuerza muscular, sensación debilidad y astenia, que origina síntomas depresivos en un 20%.

- Intervenciones de enfermería

- Además los autores refieren la importancia de realizar en los pacientes oncológicos la valoración objetiva, subjetiva, multidisciplinar y multidisciplinar por el riesgo de malnutrición.

## FICHA DESCRIPTIVA #9

### 1. Datos de Identificación.

TÍTULO	AUTOR	LUGAR/IDIOMA	PUBLICACIÓN.
Causas de la desnutrición y caquexia en el paciente oncológico	MD. Olatz izasola, E. Vergel, C. Conill. Argilés y col.,	Universidad autónoma de Madrid. Hospital universitario La Paz. Madrid. España.	Clinical Journal of Oncology Nursing Volume 10, Number 4

### 2. Información metodológica

- Tipo de diseño

Estudio descriptivo, retrospectivo.

- Población y/o muestra

44 pacientes oncológicos de consultas externas, observando que en el 54% de los pacientes había disminución del apetito y que hasta en el 74% podía aparecer pérdida de apetito.

Evaluando el estado clínico en pacientes con cáncer localmente avanzado o metastático.

- Manejo de datos

Técnicas estadísticas empleadas para el análisis.

### 3. Herramientas de reflexión

- Juzgamiento metodológico:

Clasifique con base en los niveles de interpretación, hasta dónde alcanzó el autor a expresarse. Los autores realizan una formulación de relaciones tentativas. Nivel de interpretación: 3

- Aportes de contenido

Factores asociados:

- Según los autores la relación entre nutrición y cáncer es doble: por un lado una alimentación inadecuada puede aumentar la incidencia de determinados cánceres (aproximadamente el 30 – 40% de los cánceres en hombres tiene relación con la alimentación, y hasta el 60% en el caso de la mujeres) y por

otro lado el propio cáncer y sus tratamientos pueden inducir la aparición de malnutrición, que aparece hasta el 40%- 80% de los pacientes neoplásicos en el curso de la enfermedad.

- Las causas de desnutrición según los autores del estudio , en el cáncer están relacionadas con el tumor, con el paciente o con los tratamientos, existen 4 grandes mecanismos por los que puede aparecer desnutrición en el paciente oncológico:
  1. escaso aporte de energía y nutrientes.
  2. alteraciones de la digestión absorción de nutrientes.
  3. aumento de las necesidades.
  4. alteraciones en el metabolismo de los nutrientes.

Estos mecanismos se caracterizan por presentar en el paciente debilidad y pérdida marcada y progresiva de peso corporal, grasa y masa muscular, anemia, alteraciones hidroelectrolíticas y déficit inmunológico, disminuyendo la calidad de vida del paciente.

- Otros aportes del estudio demuestran que los pacientes cancerosos tienen una gran afectación de la esfera psicológica como consecuencia del propio diagnóstico de cáncer y de la angustia ante los distintos tratamientos, además hay que tener en cuenta algunos factores psico-sociales que pueden provocar alteración importante en la nutrición:
  1. La depresión, la ansiedad, el miedo son emociones comunes experimentadas por personas con estas enfermedades y pueden contribuir a la anorexia.
  2. la vida solitaria, la incapacidad para cocinar o preparar comidas por alteraciones físicas, originando una disminución en la ingesta y por lo tanto un deterioro progresivo de la nutrición.
- Acetato de megestrol, se ha observado que, en pacientes a los que se les administró este fármaco ganaron peso y mejoraron su calidad de vida en un 45%.
- Dronabidol (tetrahidrocannabinidol), se ha comprobado un incremento del apetito, un descenso de las náuseas y estabilización del peso en un 35%.
- Glucocorticoides, estimulante del apetito en los pacientes oncológicos en un 55%.