



"LA NUTRICION EN EL ENFERMO ONCOLOGICO. PAPEL DE ENFERMERIA"

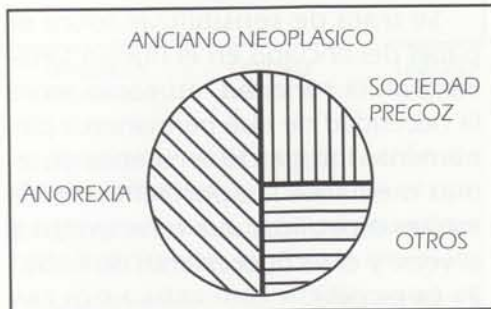
Autora:

Chasco Parramón, M^a C.

- Diplomada en Enfermería Instituto Valenciano de Oncología Servicio Valenciano de Salud
- Licenciada en Farmacia

Correspondencia:

M^a Carmen Chasco Parramón
C/ Joaquín Benlloch 27-32
46006 - VALENCIA
Teléfono: (96) 3737396



energético y de nitrógeno por parte del tumor, a lo que se le unen los efectos deletéreos producidos por la quimioterapia y la radioterapia.

- El 53% viven con su cónyuge.
- El 36% vive con los hijos.
- El 80% son cuidados por mujeres (pero como actualmente la mayoría trabaja fuera de casa, se aumenta la problemática).
- El 11% son solteros.
- El 37% son viudos.
- El 20% vive solo.

La pensión media en el S.O.E. es menor de 50.000 pts lo cual limita las posibilidades de todo tipo del anciano, ya que en general están **SOBRENUTRIDOS** pero **MALNUTRIDOS**, lo cual complica enormemente su tratamiento en el caso de cancerosos.

Las necesidades energéticas del anciano, varían con la edad y disminuye con los años, por un lado con la disminución del gasto energético debido a una pobre actividad física y por otro a la disminución de las necesidades metabólicas (las necesidades del metabolismo basal descienden aproximadamente un 2-5% por década, en un 10% entre los 60-70 años y en un 10% adicional de 70 años en adelante).

Las calorías aportadas en la dieta son consumidas básicamente por los siguientes procesos:

- 1.- Metabolismo basal.
- 2.- Actividad física.

Introducción

Los enfermos neoplásicos necesitan una especial atención por parte de la enfermería y cuando en este grupo se encuentran los ancianos, la atención y la problemática que se plantea se duplican, aún en el caso más optimista, ya que por su edad, patología, psicología y tratamientos, no son como los demás enfermos y por ello necesitan mayor dedicación, y que ésta sea mucho más humana, todavía.

Del soporte nutricional de los enfermos neoplásicos se han dado opiniones muy contradictorias, desde los que proponen su utilización indiscriminada, en todos los enfermos con tumores malignos, hasta los que ponen en duda su utilización, sugiriendo incluso que se aumenta el crecimiento del tumor, sin beneficiar en nada al huesped, llevándola incluso a la conocida **CAQUEXIA CANCEROSA**.

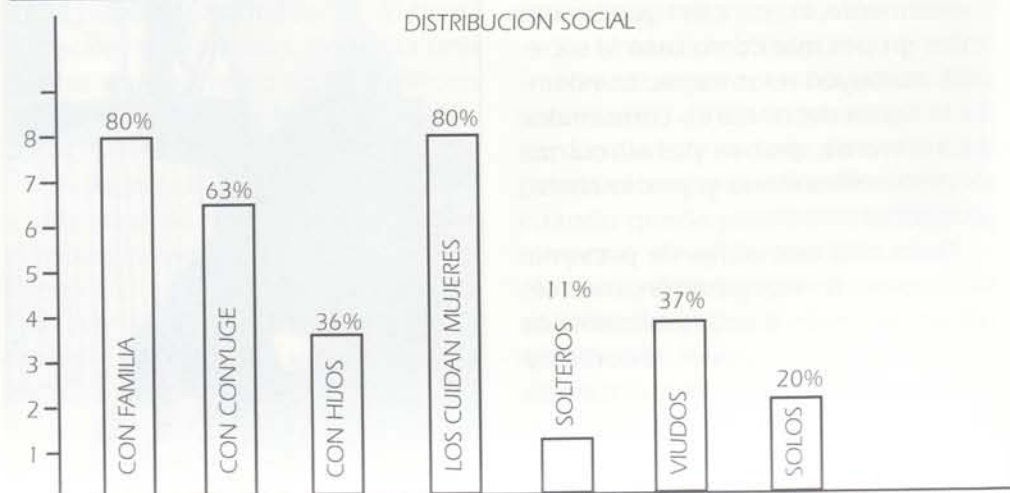
Un 50% de los ancianos con neoplásica presentan anorexia, un 25% presentan saciedad precoz y existe además un aumento del consumo

Condiciones generales de los ancianos

Vamos a ver brevemente cuales son las necesidades nutricionales del anciano sano y cuales las condiciones de vida generales de los mismos.

Socialmente tenemos que:

- Tienen familia el 80% de los ancianos.





3.- Crecimiento y desarrollo del individuo.

En la vejez las dos últimas prácticamente no cuentan, solamente se destinan al metabolismo basal y están recomendadas en:

- Hombres -2.100 - 2.300 Kcal.
- Mujeres - 1.900 - 2.050 Kcal.

Expresado en Kcal/kg son aproximadamente de 30-35 Kcal. Si hay enfermedades agudas, aumentan en un 10-25% y nunca deben ser menores de 1.800 cal, pues pueden aparecer falta de vitaminas y oligoelementos. Estos dos últimos puntos son los que se presentan cuando el enfermo tiene cáncer, vamos por tanto a ver cuales son los problemas que se plantean en este tipo de enfermos.

Mecanismos de desnutrición

La triada Astemia-Anorexia-Adelgazamiento ha sido considerada sinónimo de síndrome paraneoplásico. La importancia de la desnutrición en el paciente con cáncer es tal que, al iniciarse el tratamiento, un gran número de enfermos ya presentan malnutrición (40-80%), y que uno de cada 4 enfermos tumorales están relacionados con la caquexia.

MECANISMOS DE LA DESNUTRICION

- 1º.-Disminución del aporte calórico (anorexia).
- 2º.-Aumento del catabolismo.
- 3º.-Presencia de disfunciones metabólicas.
- 4º.-Tipo de tumor y localización.
- 5º.-Disfunciones orgánicas por invasión tumoral.
- 6º.-Yatrogenas:
 - Radioterapia
 - Quimioterapia

Los mecanismos por los que se llega a la desnutrición son varios:

- 1.- Disminución del aporte calórico (anorexia).
- 2.- Aumento del catabolismo.
- 3.- Presencia de disfunciones metabólicas.
- 4.- Tipo de tumor y localización.
- 5.- Disfunciones orgánicas por invasión tumoral.
- 6.- Yatrogenas.

1.- La anorexia no tiene una etiopatogenia claramente establecida, lo que se sabe es que su origen es multifactorial, existen factores psicógenos, yatrogenos y dependientes del propio tumor (por ejemplo cuando afecta al hipotálamo, zona del apetito).

2.- Hipermetabolismo: El consumo calórico está incrementado en los pacientes cancerosos, debido a que predominan los fenómenos catabólicos sobre los anabólicos, las vías metabólicas que se utilizan precisan mayor gasto energético, y el gasto de nutrientes es mayor por parte del tumor que del tejido sano.

3.- Afectan además, tanto al metabolismo de los tres principios inmediatos, como al metabolismo hidroelectrolítico de vitaminas y minerales.

Estos dos puntos comparados con lo dicho anteriormente, vemos que en el anciano es doblemente problemático, ya que consume pocos oligoelementos y además se alteran con su tumor.

4.- Según el poder y la rapidez, con que el tumor induce al enfermo a la caquexia se dividen en:

- Altamente caquetizante (esófago, estómago, intestino, cavidad oral, etc.).
- Poco caquetizante (mamas y sarcomas).
- Grupo intermedio, que producen adelgazamiento pero en su fase avanzada (pulmón y vejiga).

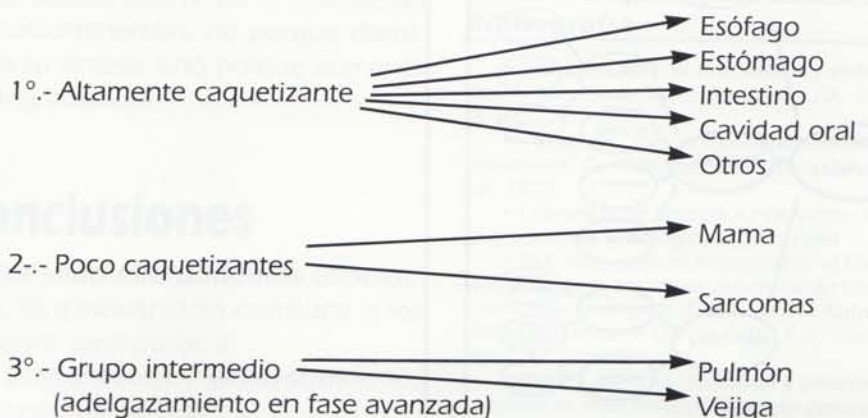
5.- Las alteraciones más habituales de los órganos digestivos son la extirpación de los mismos, los déficits enzimáticos, si se afectan glándulas endocrinas (pancreas), problemas digestivos y de tránsito intestinal ocasionados por cuadros obstructivos, adherencias, aparición de fístulas, síndromes de malabsorción, etc...

6.- En las yatrogenas están fundamentalmente las producidas por quimioterapias y radioterapias.

a) Radioterapia.

- En región orofaríngea:
 - Pérdida de gusto.
 - Serostomia.
 - Odinofagia.
 - Pérdida de dientes.
- En cuello y mediastino:
 - Esofagitis con disfagia.
 - Estenosis.
- En abdomen:
 - Fibrosis y estenosis intestinal.
 - Malabsorción y diarreas.
 - Fístulas internas o externas.

TIPOS DE TUMOR





b) Quimioterapias.

- Náuseas
- Vómitos intensos
- Diarreas
- Estreñimiento
- Dolor abdominal
- Sabor metálico.
- Anorexia.
- Aversiones alimenticias.
- Asociación alimentos-tratamiento quimio.
- Intolerancia a lactados.
- Rechazo a carnes por disminución del umbral, sabor amargo.
- Molestar el sabor dulce o salado porque durante el tratamiento se acentúan.
- Síndrome de Dumping. Transtornos postprandiales, caracterizados por aparición entre 10-20 minutos, desde una comida, de astenia, debilidad, palidez, sudoración, taquicardia, angustia, dolor epigástrico, vómitos, diarrea, hiper e hipoglucemia.

Todo este cuadro en el caso del anciano se agudiza pues como hemos dicho anteriormente, están malnutridos por lo que soportan peor el proceso y hay que sobrealimentarlos, ya que sus reservas naturales también están mayoritariamente disminuidas. Si a todo ello añadimos la mucositis bucal peor soportada por los ancianos debido a sus prótesis dentales, comprendemos que el papel de enfermería en su vigilancia y control sea de una gran importancia.

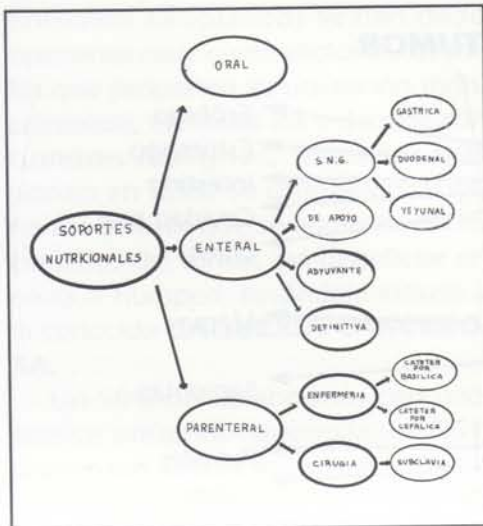
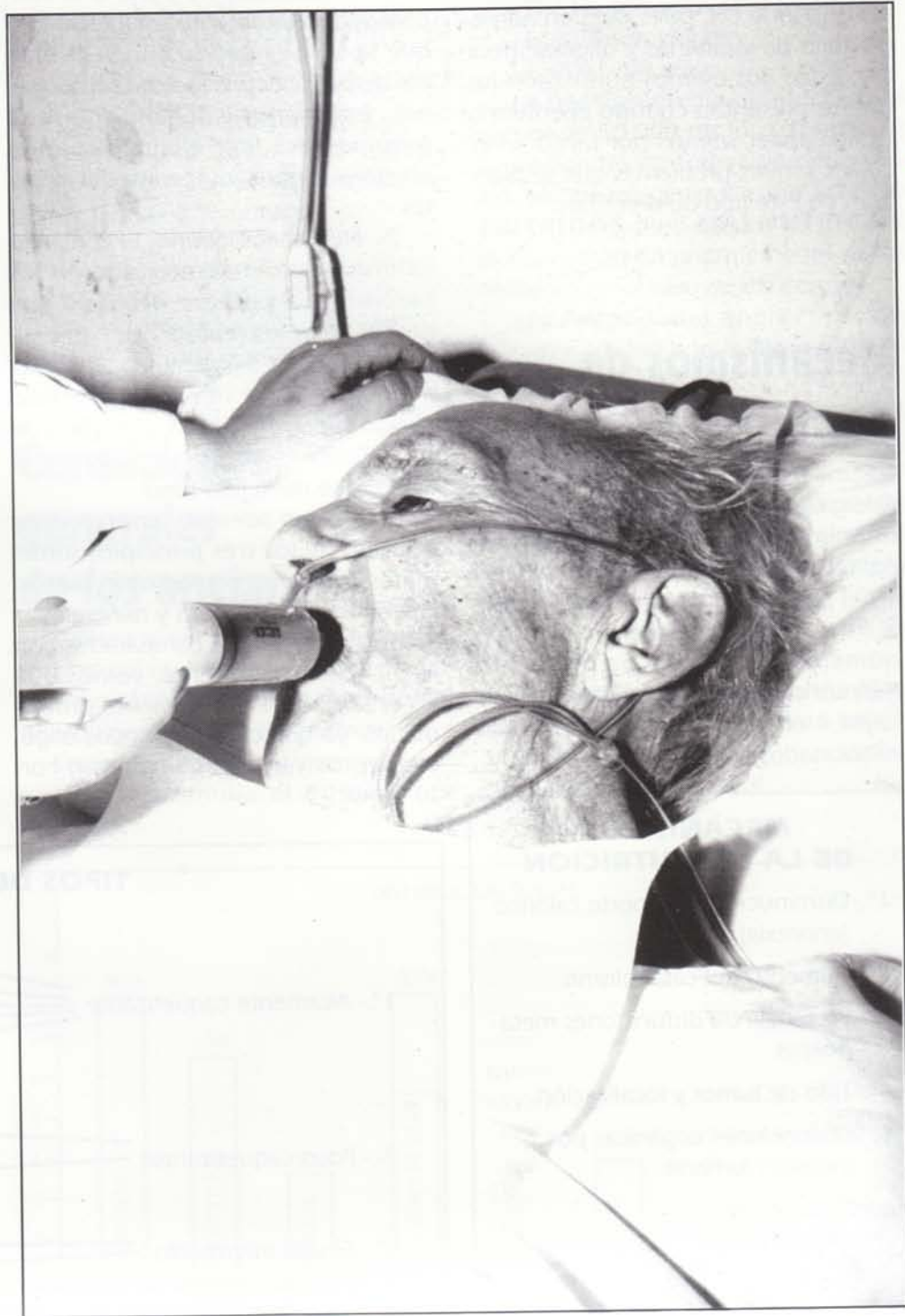
Soportes nutricionales

Los tipos de nutrición pueden ser:

- 1º.- Oral.
- 2º.- Enteral - Por sonda.
- 3º.- Parenteral - Por vía central.

1.- **ORAL.-** Suele ser problemática cuando el anciano está ya anoréxico, pero al mismo tiempo suele ser bien

aceptada cuando se administra mezclada con "algo" (precitene+zumos) o en forma de natillas, incluso a veces es bien admitida con sabor menos agradable, por las alteraciones del gusto. Esto es muy detectable por un servicio experimentado en enfermería, que debe llevar una supervisión muy escrupulosa. Con estas premisas suele ser la más aceptable.





2.- **ENTERAL.-** Cuando falla la anterior o hay dificultades en el tracto digestivo, entonces se hace por sonda, que puede ser: gástrica, duodenal y yeyunal, según donde queda su extremo distal.

La nutrición enteral puede ser según Shils:

- De apoyo: Hasta que comienza el tratamiento.

- Adyuvante: Para mejorar la resistencia del enfermo y su estado inmunológico.

- Definitivo: Cuando la supervivencia depende de ella.

Hay también diferencias en cuanto a la vía de entrada, que será nasointestinal o a través de ostomías. Las primeras las coloca enfermería, las segundas son quirúrgicas.

Para las nasointestinales la sonda mejor es la poliuretano, latex y silicona, y para las ostomías, latex y silicona. La colocación más conveniente es la colocación de la zona distal en duodeno, para evitar el reflujo y la espiración.

3.- **PARENTERAL.-** Se hace a través de una vía central que puede ser colocada por enfermería (cateter por cefálica o basilica) o por cirugía (en subclavia). Pero en ambos casos el control de enfermería, para prevenir posibles complicaciones como flebitis por ejemplo, es fundamental, ya que son nutriciones que requieren una dosificación y una asepsia enorme en su administración.

Alteraciones

Otros estudios han demostrado que además de la caquexia, existe una deplección proteica en el 50-80% de los cancerosos, un 88% tienen un índice de creatinina altura menor del normal, y un 31% de albúmina sérica baja.

Hay además alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono, apareciendo incluso una intolerancia a la insulina, lo cual es muy peligroso en ancianos insulino-dependientes.

CONCLUSIONES

- 1º.-Es un fenómeno muy frecuente en enfermos de cáncer y mayormente en ancianos por sus peculiares condiciones.
- 2º.-Origen multifactorial.
- 3º.-Condiciona una elevada morbi-mortalidad.
- 4º.-Produce limitaciones y empeoramiento de la calidad de vida.
- 5º.-Disminución de posibilidades de respuesta a los tratamientos y aumento de las complicaciones.
- 6º.-Aumentan las posibilidades de mala tolerancia y toxicidad de los tratamientos.
- 7º.-Acorta la supervivencia de los enfermos: a mayor edad mayor riesgo.
- 8º.-Un buen control de enfermería previene la mayoría de ellas.

Igualmente hay alteraciones del metabolismo de los lípidos, hay hiperlipidemias del huésped y esta hiperlipidemia influye en la evolución de la enfermedad, ya que, el aumento de los lípidos plasmáticos tiene efecto inmunorregulador sobre monocitos y macrófagos, lo que inhibe los mecanismos inmunitarios y acorta la supervivencia.

Hay una evidente deplección de la capa muscular con frecuente hipoalbuminemia, lo cual lleva a un balance nitrogenado negativo, difícil de corregir con soporte nutricional.

La aumentada degradación de proteínas musculares se asocia a una disminución de su síntesis, esto es debido a que el tumor precisa un gran consumo de nitrógeno para su acelerada síntesis proteica y lo saca del huésped.

Lo mismo ocurre en el caso de las hipoalbuminemias, no porque disminuya su síntesis sino porque aumenta su degradación.

Conclusiones

Por todo ello podemos concluir que, la desnutrición conduce a los ancianos cancerosos a:

- Limitaciones y empeoramiento de la calidad de vida.

- Disminución de posibilidad de respuesta a los tratamientos y aumento de las complicaciones.

- Aumenta las posibilidades de mala tolerancia y toxicidad de los tratamientos.

- Acorta la supervivencia de los enfermos, a más edad, mayor riesgo.

- Es un fenómeno extremadamente frecuente en enfermos de cáncer y mayor en ancianos por sus peculiares condiciones.

- Origen multifactorial.

- Condiciona una elevada morbi-mortalidad.

- El papel de la enfermería es fundamental en el control de toda esta casuística en el enfermo para prevenirla o en su defecto corregirla en sus comienzos, con lo cual se evitarán muchos de ellos.

Bibliografía

- Nutrición artificial hospitalaria y enfermería. Vol. I - Vol. II. E. Marti Bonmati. J.A. Romero Roger.
- Manual de oncología médica. G. Bonadona. G. Robustelli dell Cuna. Ed. Masou S.A. 1983.
- I Jornadas de Diabética y Nutrición hospitalaria pacientes oncológicos. I.V.O. 1990.
- Nutrición artificial hospitalaria. VI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y enteral. Capítulo 21. Autores: A. García Almansa. P. García Peris. F. J. Soler de la Mano. M. Pérez Palencia.
- Sastre Gallego A. Nutrición y enfermedades neoplásicas. Aula Magna: "Sustrato proteico". Ed. CEA (Madrid, 1987-85-91).