

69

CONGRESO NACIONAL

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA

A CORUÑA

17-19 OCT 24

Curso 2: ATENCIÓN FARMACÉUTICA INTEGRAL EN EL PACIENTE PALIATIVO Y AL FINAL DE LA VIDA

Terapia Nutricional y Fluidoterapia

Juan Carlos Pérez Pons

Servicio de Farmacia

Hospital Arnau de Vilanova-Lliria (Valencia)

FARMACIA
360°

ABRAZANDO LA EXCELENCIA

· CUIDANDO EN

TODAS LAS DIRECCIONES ·



Terapia Nutricional y Fluidoterapia



- ▶ Conceptos en Paliativos y al Final de la Vida
- ▶ Objetivos de la Terapia Nutricional y la Hidratación
- ▶ Evidencia, Experiencia y Resultados
- ▶ Aplicación Personalizada
- ▶ Aspectos Éticos
- ▶ Cuidar al Cuidador

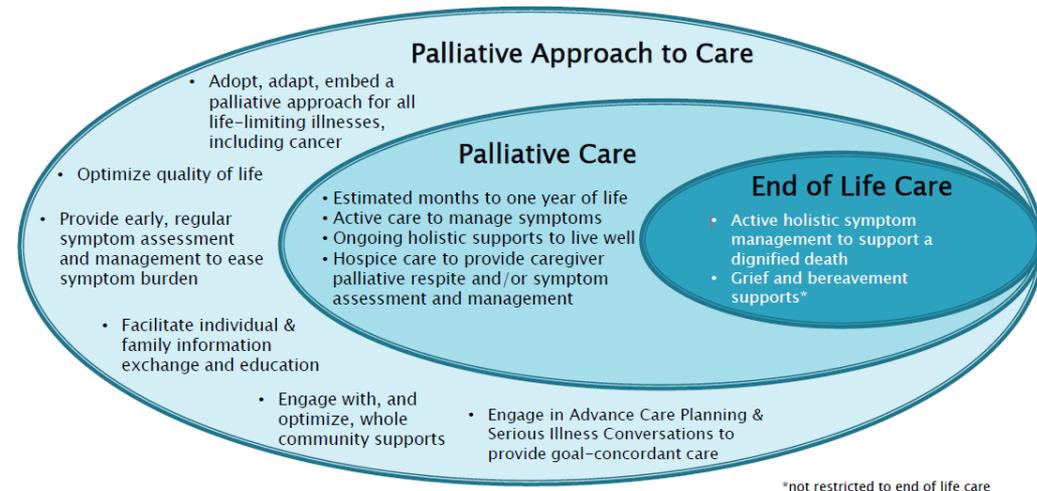
Conceptos en Paliativos y al Final de la Vida

Paliativo

Terminal

Al final de la Vida

Differentiating and Understanding the Palliative Continuum: Palliative Approach to Care vs Palliative Care vs End of Life Care



Conceptos en Paliativos y al Final de la Vida

Soporte Nutricional



Terapia Nutricional

Fluidoterapia



Hidratación administrada
artificialmente vía Parenteral



Enfoque Holístico y Centrado en el
Paciente

Objetivos de la Terapia Nutricional y la Hidratación

Confort: Físico y Mental

Creencias

Paciente

Preferencias

Calidad de Vida

Comunicar

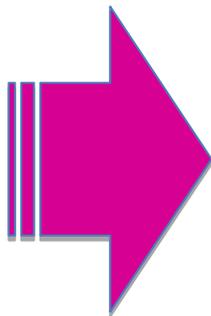
Respetar

Objetivos de la Terapia Nutricional y la Hidratación

Recuperación DRE

Terapia Nutricional

Hidratación



Calidad de Vida

Mantener Supervivencia

Estrategias Individualizadas

Estado Nutricional

Síntomas con Impacto Nutricional

Anorexia
Náuseas
Vómitos
Disgeusia
Odinofagia
Disfagia
Estomatitis/mucositis
Estreñimiento
Diarrea
Ansiedad
Depresión

Escala ECOG

GRADO	ECOG
0	Actividad normal, sin restricción ni ayuda.
1	Actividad restringida. Deambula.
2	Incapacidad para realizar trabajos. En cama menos del 50% del día.
3	Capacidad restringida para cuidado y aseo personal. En cama más del 50 % del día.
4	Incapacidad total. Requiere ayuda para todas las actividades. En cama el 100% del tiempo.

Escala Karnofsky (KPS)

100	Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad
90	Actividades normales pero con signos y síntomas de enfermedad leves
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad
70	Capaz de cuidarse pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo
60	Requiere atención ocasional pero puede cuidarse a sí mismo
50	Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50 % del día
40	Invlálido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50 % del día
30	Invlálido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo
20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo
10	Moribundo

Estado Nutricional

Enfermedad

Cáncer
Demencia Avanzada
Neurodegenerativas
Insuficiencia Cardíaca
Insuficiencia Respiratoria
Insuficiencia Renal
Insuficiencia Hepática

Evento Grave Sobrevenido

Fase

- Paliativa:
 - Incurable Avanzada
 - Terminal (< 6m)
- Agónica (3-5 d)

Estado Catabólico

Estado Hipometabólico

Estado Catabólico

Alteración:

- Catecolaminas
- Corticoides
- Glucagón

- Hipermetabolismo
- Movilización de sustratos energéticos
- Bloqueo cetogénesis hepática
- Catabolismo proteínas musculares
- Respuesta Inflamatoria Sistémica

IL6

PCR

B2

@jcperezpons

Estado Nutricional: Bioquímica

- Hipermetabolismo HDC sin elevación del Gasto Energético: Hiperglicemia e Hiperlactacidemia
- Glucogenólisis: N2 urinario
- Hipoalbuminemia: Permeabilidad vascular
- Hipermetabolismo proteico: Redistribución
- Lipólisis: HiperTrigliceridemia

Caquexia

Sarcopenia

Perdida de Peso

Estado Nutricional: Requerimientos

Energéticos

20-25 kcal/kg/d

Gasto Energético en Reposo (GER)= Harris-Benedict o Mifflin-St.Jeor

Gasto Energético Basal (GEB)= GER

Objetivo Calórico:
GEB x 1 – GEB x 1,2

Gasto Energético Total (GET)= GEB x 1,1

Proteicos

Estándar 0,9-1,1 g Proteínas/kg/d

Hídricos

Holliday-Segar + pérdidas sensibles/insensibles

Evidencia, Experiencia y Resultados

Estudios Descriptivos

Estudios Retrospectivos/Prospectivos

Consenso Expertos

Guidelines Sociedades



2024

2016-2023

2021

2011-2022

2021

“No se puede recomendar ni dejar de recomendar”

69 CONGRESO
NACIONAL
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FARMACIA HOSPITALARIA

A CORUÑA 17-19 OCT 24



ESMO

Evidencia, Experiencia y Resultados

- Mayor beneficio en **etapas tempranas**
- Beneficios en caso de **QT paliativa**
- Nutrición Parenteral **No Indicada**:
 - Síntomas no están controlados
 - Fallo Multiorgánico
 - Pronóstico < 3 d
 - Enfermedad Neurodegenerativa
- No hay evidencias de que NE ni NP mejoren **supervivencia**
- Evidencias suficientemente heterogéneas sobre **calidad de vida** y disminución de **complicaciones** (percepciones)
- Actuación diferente en **Hospital Agudos y Unidades Paliativos**.



20-30%
muertes por
innanición

Evidencia, Experiencia y Resultados

Equilibrio

Posibilidades

Técnicas

Ética



SNG

SNY

Gastrostomía (PEG)

Accesos Venosos

Accesos SC

- ¿Nutrimos?
- ¿Hidratamos?
- ¿No hacer nada?

Pronóstico



Incierto



- Anorexia, Disnea, xerostomía, pérdida de peso, sarcopenia y disfagia.
- Descenso Albumina y Colesterol
- Estado mental/emocional del paciente

Adecuación del Esfuerzo Terapéutico

- Cuando el tratamiento no puede alcanzar los objetivos deseados, la muerte es inminente o inevitable.
- Cuando el tratamiento es posible pero las cargas de la enfermedad o del propio tratamiento superan los beneficios
- Cuando prolongar el tratamiento es más de lo que el paciente y la familia pueden o podrían soportar

Evidencia, Experiencia y Resultados

Tabla 1. Características demográficas

	n = 25	
	Mediana	RIC
Edad (años)	67,3	60-75
Peso (kg)	65,6	57-75
Talla (cm)	167,2	160-170,5

Tabla 2. Características clínicas

n = 25	
Diagnóstico oncológico	
Colon	22 (29,3%)
Pulmón	15 (20%)
Gástrico	9 (12%)
Esófago	8 (10,7%)
Páncreas	5 (6,7%)
Mama	5 (6,7%)
Cabeza y cuello	3 (4%)
Renal	2 (2,7%)
Vejiga	2 (2,7%)
Melanoma	2 (2,7%)
Mesotelioma	1 (1,3%)
Ovario	1 (1,3%)
ECOG	
4	35 (46,7%)
3	21 (28%)
2	13 (17,3%)
1	6 (8%)

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group performance status.

Tabla 3. Características relacionadas con el SNP

	n = 25	
	Mediana	RIC
Duración SNP (días)	8,1	2-9
Mantenimiento de SNP		
n (%)		
7 días pre-entuz	75 (100%)	
5 días pre-entuz	71 (94,7%)	
3 días pre-entuz	60 (80%)	
1 día pre-entuz	39 (52%)	
Día del entuz	21 (28%)	
Acceso venoso		
Periférico	55 (73,3%)	
Central	20 (26,7%)	

- n=287
- 73% NP vía periférica
- 46 % ECOG 4
- 26 % mantuvieron NP hasta el último día

Trabajo Original

Otros

Clinical effects of hydration, supplementary vitamins, and trace elements during end-of-life care for cancer patients

Efecto de la hidratación endovenosa suplementaria con vitaminas y oligoelementos sobre los síntomas clínicos y los parámetros bioquímicos en pacientes paliativos

Dana A. Pérez-Camargo^{1,2}, Silvia R. Allende-Pérez², Mónica M. Rivera-Franco³, Victor I. Urbalejo-Ceniceros⁴, María Sevilla-González², Cinthya E. Arzate-Mirales², Erika T. Copca-Mendoza¹

¹Department of Nutrition, Instituto Nacional de Cancerología; ²Department of Palliative Care, Instituto Nacional de Cancerología; ³Department of Hematology and Oncology, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; ⁴Department of Hematology, Instituto Nacional de Cancerología; and ⁵Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional, Mexico City, Mexico

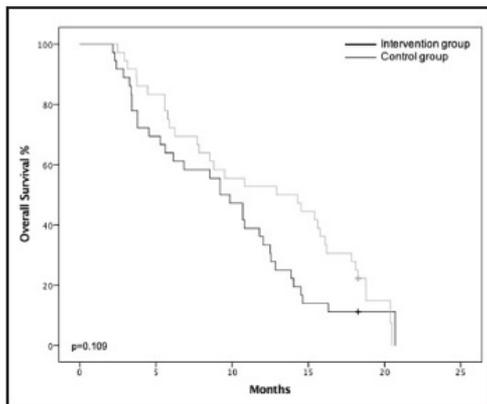
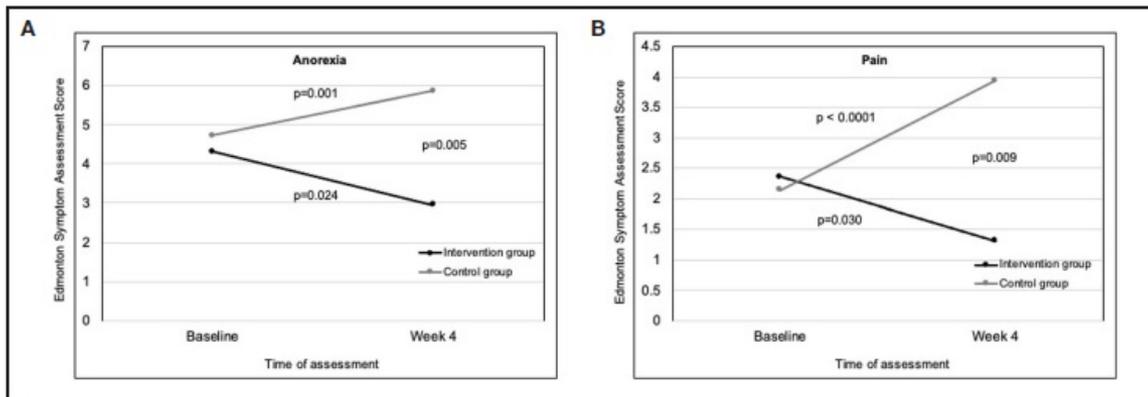


Figure 3.

Overall survival by group (intervention versus control) ($p = 0.109$).



Sin cambios:

- Ansiedad
- Bienestar General
- Somnolencia

Grupo Control empeora:

- Depresión
- Disnea

Tendencias G1 vs G2:

- Anorexia
- Nauseas Crónicas
- Fatiga
- Insomnio
- Dolor

Mejoría significativa BQ en G1:

- Cl, P, K, Proteínas Totales
- Hb, HT, P

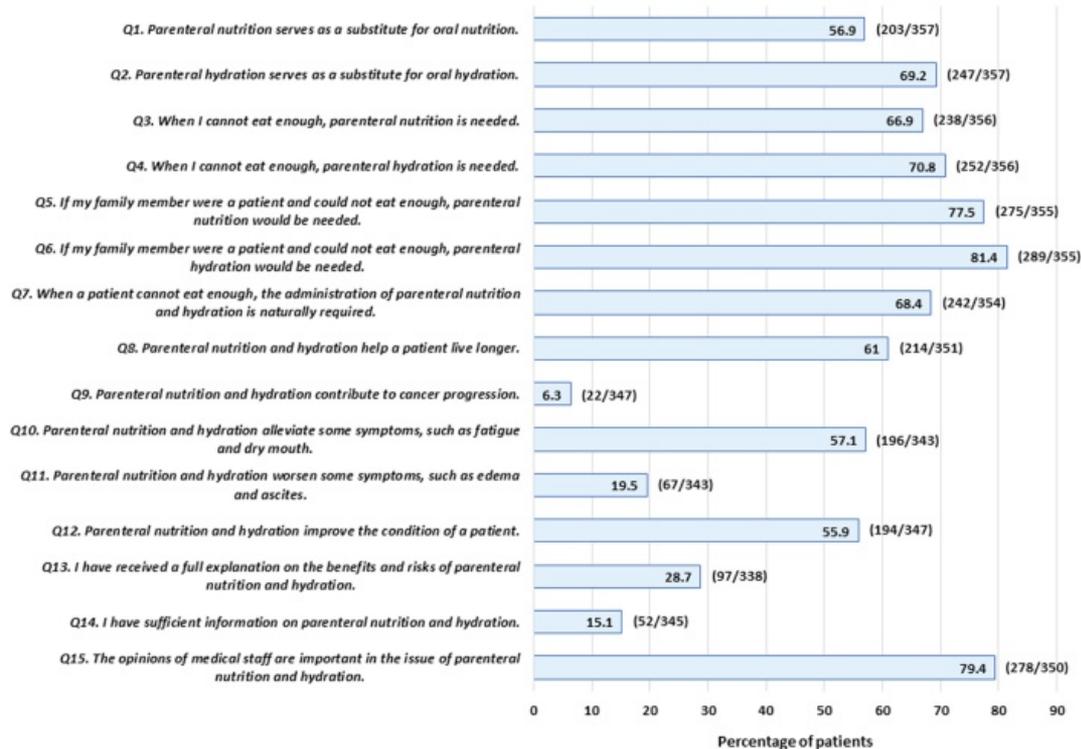


Limitaciones

Beliefs and Perceptions About Parenteral Nutrition and Hydration by Advanced Cancer Patients

Palliat Med Rep. 2022; 3(1): 132–139.

Prevalence of beliefs and perceptions about parenteral nutrition and hydration



Aplicación Personalizada

Terapia Nutricional

Indicaciones:

- Imposibilidad de alcanzar requerimientos
- Supervivencia > 1 mes
- Estado funcional aceptable

Contraindicaciones:

- Agonía
- No son indicaciones:
 - Síntomas de impacto nutricional
 - Estado Nutricional
 - Caquexia

Efectos Secundarios:

- Infección
- Sobrecarga Líquidos
- Aumento secreciones
- Broncoaspiración
- Diarrea
- Metabólicos

Objetivos Terapéuticos

Consentimiento

Aplicación Personalizada

Suplementos Nutricionales Orales

Estándar

- Tienen su indicación en las etapas mas tempranas de los cuidados paliativos y menos en las fases terminales.
- En enfermedad avanzada no consiguen revertir la perdida de peso
- Beneficio psicológico: reduce la ansiedad en las comidas
- Preferencias del paciente: percepción como una obligación.

Nutrición Enteral

- Accesos y su manejo
- Evitar polioles (xilitol, glicerol, sorbitol)

Alimentación
de Confort

Aplicación Personalizada

Nutrición Parenteral

- 21 % NPD Terminales Cáncer Avanzado (NADYA)
- HDC: evitar polioles (Acidosis Láctica)
- Proteínas: evitar aminoácidos aromáticos (Deterioro Mental)
- Lípidos: Omega3/Omega6
- Electrolitos
- Vitaminas
- Oligoelementos
- Central/ Periférica
- Cíclica/ Continua



Aplicación Personalizada

Hidratación

- Cuidado cavidad bucal y labios. Evitar sequedad
- Valorar Riesgo/Beneficio Sonda/IV
- Preferible vía SC (Fluidos y Medicamentos)
- Disminuye riesgo delirium tremens por deshidratación
- No indicada en etapas finales
- Monitorizar c24h
- No volúmenes >1000 ml. En la práctica 65ml/h hasta 2500 ml
- Su retirada comporta carga emocional
- Deshidratación isotónica tras su retirada en la fase terminal contribuye a la sensación de bienestar

Aspectos Éticos

Podemos:
Tecnología

Deberíamos:
Ética

Debemos:
Legal



Principios Bioética:

- Beneficencia
- No Maleficencia
- Autonomía
- Justicia

Nutrición en cuidados paliativos: resumen de recomendaciones del Grupo de Trabajo de Ética de la SENPE 2022

Nutr. Hosp. vol.39 no.4

PREMISA: la nutrición artificial es un tratamiento médico con indicaciones, objetivos terapéuticos, efectos secundarios y contra-indicaciones establecidos. Para su inicio necesita un consentimiento obtenido tras haber realizado un proceso de información sincero
Indicaciones
La decisión sobre el inicio del tratamiento nutricional en el paciente paliativo debe realizarse en el seno del equipo inter/multidisciplinar, estableciendo de forma clara los objetivos, teniendo en cuenta su riesgo y beneficio, adaptándose a las circunstancias personales y a los deseos y preferencias del paciente y la familia
Como ocurre con cualquier otra intervención terapéutica, ni el paciente ni la familia pueden exigir el inicio del tratamiento pero, por supuesto, pueden aceptarlo o rechazarlo. En caso de conflicto se recomienda obtener una segunda opinión y/o consultar a un comité de ética
Cuando se decida no iniciar o retirar el tratamiento nutricional, deben ponerse en marcha otra serie de medidas encaminadas a mejorar el confort del paciente, valorando incluso la necesidad de mantener, en caso de que sea necesaria, la hidratación artificial
Se recomienda realizar una valoración nutricional antes de iniciar el tratamiento y periódicamente en todos los pacientes en cuidados paliativos
Debe plantearse el tratamiento nutricional en cualquier paciente paliativo cuando no sea capaz de alcanzar su gasto energético con una dieta normal y tenga una supervivencia superior a un mes y un estado funcional aceptable
Ninguno de los síntomas con impacto nutricional (anorexia, náuseas, estreñimiento...) justifica per sé la indicación de la NA. Tampoco el estado nutricional ni la caquexia
Objetivos del tratamiento nutricional
Los objetivos del tratamiento nutricional en cuidados paliativos son asegurar la supervivencia de la enfermedad, mejorar la calidad de vida, o ambas cosas
Antes de iniciar cualquier forma de tratamiento nutricional deben discutirse con el paciente/la familia los objetivos del mismo
Recuperar el estado nutricional o el peso no son objetivos del tratamiento nutricional en cuidados paliativos

Tratamiento nutricional
El primer paso debe consistir siempre en el manejo de los síntomas con impacto nutricional con el necesario ajuste de la medicación en dosis y horarios
Es fundamental la participación de un dietista/nutricionista experimentado. El consejo dietético es la base del tratamiento. No debe mantenerse ni iniciarse ninguna restricción o limitación dietética
Es siempre preferible la NE sobre la NP, procurando adaptar la logística en función de la supervivencia estimada
En los pacientes que no pueden alcanzar sus necesidades con una dieta oral adaptada a su situación se debe proponer en primer lugar la utilización de una SNO
En los pacientes que no pueden alimentarse por vía oral debe iniciarse una NE cuando la supervivencia estimada supere 1 mes
Plantear la realización de una gastrostomía cuando se prevé que la NE va a durar más de 4-6 meses
En pacientes con fracaso intestinal de cualquier causa debe valorarse la posibilidad de iniciar una NP cuando la supervivencia estimada supere 1 mes
Cuando existan dudas, puede realizarse una prueba de tratamiento estableciendo anticipadamente criterios claros para mantenerlo y para suspenderlo
La NAD debe adaptarse al pronóstico vital y la calidad de vida: composición de las fórmulas, logística, formas de administración, cuidados y seguimiento
Resultados
El tratamiento nutricional no revierte la caquexia tumoral
No existe evidencia de que ninguna de las formas de tratamiento nutricional (SNO, NE, NP) mejore la calidad de vida ni la supervivencia en el conjunto de pacientes en cuidados paliativos
Los beneficios sí parecen existir en aquellos pacientes con cáncer avanzado que mantienen una capacidad funcional aceptable y marcadores de inflamación bajos
La supervivencia con NA (tanto NE como NP) depende del estado funcional, con diferencias significativas cuando el tratamiento nutricional lo reciben pacientes con cáncer terminal y KPS superior a 50
Una vez iniciado el tratamiento nutricional debe asegurarse un correcto seguimiento respecto a cumplimiento de los objetivos nutricionales, tolerancia, efectos secundarios, complicaciones y calidad de vida
En los pacientes en agonia, el tratamiento nutricional no está indicado. Debe buscarse el confort del paciente

Cuidar al Cuidador

- 60-70% mujeres 60 años
- Proveedores de Atención Sanitaria
- Componente cultural de la nutrición
- Angustia por no comer
- Consecuencias emocionales
- Carga de Trabajo
- Responsabilidad
- Expectativas no confluyentes

Calidad de Vida



- Depresión
- Situación Financiera
- Conciliación Vida Social
- Mala Calidad del Sueño
- Estrés
- 19h ± 6h dedicación
- Ansiedad
- Fatiga

Apoyo Psicológico
Apoyo Asistencial

Consensos en la Toma de Decisiones

CP con enfermedades crónicas irreversibles o muy avanzadas	Beneficiosa fisiológica y cualitativamente
Diagnóstico incierto y probabilidades de recuperación dudosas	Iniciar TN hasta conocer pronóstico y replantear
Inestabilidad hemodinámica, fallo multiorgánico o enfermo terminal	No iniciar
Pacientes Oncológicos con fracasos terapéuticos repetidos, no terminales	TN eficaz fisiológicamente
Pacientes en estado vegetativo permanente (TCE, Anoxia). Ingreso con Estado Agudo	No se puede negar ni suspender TCE: inicio 1 año Anoxia tras RCP: inicio 3 meses Posible recuperación ingesta



69 CONGRESO
NACIONAL
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FARMACIA HOSPITALARIA

A CORUÑA 17-19 OCT 24

@jcperezpons



A CORUÑA
17-19 OCT 24

Gracias por su atención

69

**CONGRESO
NACIONAL**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FARMACIA HOSPITALARIA



perez_juapon@gva.es



@jcperezpons

Linked in

Juan Carlos Pérez Pons

