

Pacientes Submetidos à Quimioterapia: Avaliação Nutricional Prévia

Patients Undergoing Chemotherapy: Prior Nutritional Assessment

Pacientes Sometidos a la Quimioterapia: Evaluación Nutricional Previa

Catiússa Colling¹; Patrícia Abrantes Duval²; Denise Halpern Silveira³

Resumo

Introdução: A incidência de desnutrição no câncer varia de 40% a 80%. Seus efeitos negativos incluem maior toxicidade a terapia antineoplásica, complicações pós-operatórias com piora das condições clínicas, podendo ser necessária a interrupção do tratamento. **Objetivo:** Determinar o estado nutricional de pacientes no início do tratamento quimioterápico e associá-lo à localização do tumor primário e ao estadiamento da doença. **Método:** A pesquisa foi transversal e quantitativa. Os dados foram coletados a partir de avaliação nutricional realizada pela Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Paciente e de consulta aos prontuários dos pacientes no primeiro dia de quimioterapia. **Resultados:** A maioria dos 83 indivíduos pertencia ao sexo feminino (57,4%) e tinha mais de 50 anos de idade (75,9%). As neoplasias malignas mais prevalentes foram as do trato gastrointestinal (34,9%), e a maioria dos pacientes apresentava doença em estádios III ou IV (66,3%), sendo a quimioterapia paliativa o tratamento proposto para 42,7% dos indivíduos. A prevalência de desnutrição foi de 48% e esteve associada com a ingestão alimentar reduzida ou por sonda enteral, perda de peso, déficit ao exame físico, alterações da capacidade funcional e a sintomas como anorexia e dor ($p < 0,001$). A probabilidade de os portadores de tumores do trato gastrointestinal apresentarem déficit nutricional foi três vezes maior quando comparado a outros sítios primários de neoplasia ($p = 0,0012$). **Conclusão:** A desnutrição identificada em aproximadamente metade dos pacientes esteve associada às neoplasias de trato gastrointestinal e aos estádios III e IV, porém não mostrou-se significativa quando associada a procedimento cirúrgico prévio.

Palavras-chave: Estado Nutricional; Desnutrição; Avaliação Nutricional; Neoplasias; Quimioterapia; Estudos Transversais

Setor de Oncologia. Hospital Escola (HE). Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Pelotas (RS), Brasil.

¹ Nutricionista-Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção à Saúde. Área de Concentração em Atenção à Saúde Oncológica. HE da UFPEL. Pelotas (RS), Brasil.

² Mestre em Nutrição e Alimentos. Nutricionista do HE da UFPEL. Pelotas (RS), Brasil.

³ Doutoranda em Ciências da Saúde pela Fundação Universidade do Rio Grande. Professora adjunta da Faculdade de Nutrição da UFPEL. Pelotas (RS), Brasil.
Endereço para correspondência: Catiússa Colling. Rua Dom Luiz Guanella, 3.250 - Girassol. Capão da Canoa (RS), Brasil. CEP: 95555-000.
E-mail: caticolling@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A incidência de desnutrição em pacientes com câncer varia de 40% a 80%, e sua prevalência depende do tipo e localização do tumor, estadiamento da doença e tratamento realizado¹. Os tumores de cabeça e pescoço, pulmão, esôfago, estômago, cólon, reto, fígado e pâncreas são os que mais comprometem o estado nutricional².

As consequências da desnutrição incluem maior risco de complicações da doença, diminuição da resposta e tolerância ao tratamento, menor qualidade de vida, redução da sobrevida e altos custos ao sistema de saúde¹. Além disso, ao iniciarem o tratamento antineoplásico com perda de peso recente, os pacientes podem apresentar resultados desfavoráveis, apresentar maior toxicidade às drogas quimioterápicas, complicações pós-operatórias, exacerbação dos efeitos adversos da radioterapia. Isso pode predispor a piora de suas condições clínicas e até a interrupção do tratamento, o que torna desfavorável a evolução para sua melhora³.

A Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Paciente (ASG-PPP) deve ser utilizada como método de avaliação nutricional preferencial em pacientes oncológicos⁴. É capaz de detectar precocemente alterações nutricionais que permitam uma intervenção nutricional precoce, assim como uma reavaliação em pequenos intervalos de tempo. Também é considerada um instrumento para identificar pacientes com maior risco de mortalidade⁵.

Considerando que a quimioterapia faz parte da maioria dos tratamentos antineoplásicos, a avaliação nutricional precoce identifica pacientes que necessitam de cuidados relacionados à alimentação, e que podem se beneficiar da intervenção nutricional, com a intenção de minimizar ou reverter o déficit do estado nutricional, podendo otimizar os resultados do tratamento.

Este estudo teve como objetivo determinar o estado nutricional de pacientes no início do tratamento quimioterápico e associá-lo à localização do tumor primário e ao estadiamento da doença.

MÉTODO

Estudo transversal realizado com pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de neoplasia que ainda não tivessem sido submetidos a qualquer tratamento quimioterápico, e que ingressaram no Setor de Oncologia do Hospital Escola (HE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas (RS), Brasil, para dar início ao tratamento proposto durante os meses de junho a outubro de 2011.

No dia da primeira sessão de quimioterapia, os pacientes identificados por meio de agendamento prévio do local eram convidados a participar do estudo e, em caso

de concordância, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na ocasião, a anamnese estruturada para registro de informações demográficas (sexo e idade) e clínicas (localização do tumor primário, data do diagnóstico, estadiamento da doença, presença de metástases, tipo de quimioterapia proposto, realização anterior de cirurgia ou radioterapia, presença de comorbidades e uso de medicações) e a ASG-PPP foram aplicadas pela pesquisadora.

A ASG-PPP foi criada por Ottery⁶ e traduzida e adaptada para o português por Gonzalez et al⁵. É uma adaptação da Avaliação Subjetiva Global (ASG), específica para pacientes com câncer. Foram incluídas questões sobre a presença de sintomas nutricionais relacionados à patologia. A ASG-PPP é composta de duas partes; a primeira é dividida em quatro caixas com perguntas sobre alteração de peso e ingestão, sintomas que estejam interferindo na alimentação e alteração da capacidade funcional, e pode ser preenchida pelo paciente ou familiar. Na segunda parte, são atribuídos pontos às condições do paciente, estresse metabólico e exame físico, e deve ser aplicada por qualquer profissional da área da saúde, desde que devidamente treinado. É realizado o somatório dos pontos, e o escore total indica o nível da intervenção nutricional. Assim como na ASG original, o paciente também pode ser classificado categoricamente como "A" o paciente bem nutrido, "B" com suspeita ou desnutrição moderada, ou "C" aquele severamente desnutrido⁵.

Foram excluídos do estudo os pacientes menores de 18 anos e aqueles portadores de neoplasia maligna que já tivessem realizado algum tipo de quimioterapia anteriormente.

As informações foram armazenadas no programa Excel® versão 2007 para Windows® e, após, analisados no programa Stata® versão 11. Para a descrição das variáveis contínuas, utilizou-se a média com seu respectivo desvio-padrão e, para as variáveis categóricas, o número absoluto e a frequência relativa. Após, foi realizada a análise bivariada, relacionando o estado nutricional às variáveis independentes. Para tal, foi utilizado o teste qui-quadrado e regressão de Poisson com variância robusta devido à alta prevalência do desfecho. O nível de significância para todas as análises foi menor de 5%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPEL (Of. 32/11).

RESULTADOS

No período de junho a outubro de 2011, foram avaliados 83 pacientes que iniciaram tratamento quimioterápico no Setor de Oncologia do HE/UFPEL.

A Tabela 1 apresenta a descrição da amostra, com 57,4% (n=48) do sexo feminino e média de idade de 55,9 + 11,4 anos. Os tumores do trato gastrointestinal foram os

mais prevalentes (34,9%), a maioria dos pacientes (66,2%) apresentava doença com estadiamentos III e IV e 42,7% realizaram quimioterapia em caráter paliativo. Mais de a metade dos pacientes (53%) haviam sido submetidos a tratamento cirúrgico prévio e 30,1% realizava ou já havia concluído tratamento radioterápico no momento da entrevista.

Tabela 1. Características gerais da amostra (n=83). Pelotas, 2011

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	48	57,8
Masculino	35	42,2
Idade		
≤ 30 anos	02	2,4
31 – 40 anos	05	6,0
41 – 50 anos	13	15,7
51 – 59 anos	29	34,9
≥ 60 anos	34	41,0
Localização do tumor primário		
Trato gastrointestinal ^I	29	34,9
Mama feminina	19	22,9
Órgãos reprodutores ^{II}	15	18,1
Pulmão	08	9,6
Sistema linfático ^{III}	05	6,1
Outros ^{IV}	07	8,4
Estadiamento da doença		
I/II	28	33,7
III	28	33,7
IV	27	32,6
Tipo de quimioterapia (n=82)^V		
Neoadjuvante	20	24,4
Adjuvante	22	26,8
Curativa	05	6,1
Paliativa	35	42,7
Tratamento cirúrgico prévio	44	53,0
Tratamento radioterápico prévio ou atual	25	30,1

I Esôfago, estômago, colorretal, pâncreas e vias biliares

II Ovário, útero ou colo do útero, testículo e próstata

III Linfoma de Hodgkin e linfoma não Hodgkin

IV Cabeça e pescoço, melanoma, sarcoma, tumor primário desconhecido

V Não foi encontrado no prontuário médico o tipo de quimioterapia de um indivíduo entrevistado

A Tabela 2 descreve os indivíduos de acordo com as informações fornecidas pelo questionário da ASG-PPP. A maioria dos pacientes não apresentou redução do peso corporal (73,5%), nem da ingestão alimentar (71,1%) no último mês, encontrando-se essa inalterada (66,3%) no momento da avaliação. Os sintomas mais relatados

foram anorexia (18,1%), dor (16,9%) e saciedade precoce (15,7%). Aproximadamente metade dos indivíduos avaliados apresentou alguma limitação na sua capacidade funcional (49,4%) e foi encontrado déficit no exame físico em 50,6% dos pacientes.

Tabela 2. Características da amostra de acordo com a ASG-PPP (n=83). Pelotas, 2011

Variáveis	N	%
Alteração de peso		
Redução	22	26,5
Aumento ou inalteração	61	73,5
Ingestão alimentar no mês anterior		
Reduzida	24	28,9
Aumentada/inalterada	59	71,1
Ingestão alimentar no momento da avaliação		
Inalterada	55	66,3
Reduzida	23	27,7
Somente líquidos	02	2,4
Terapia nutricional enteral	03	3,6
Sintomas mais relatados		
Anorexia	15	18,1
Dor	14	16,9
Saciedade precoce	13	15,7
Disgeusia	09	10,8
Alteração da capacidade funcional		
Sem limitações	42	50,6
Alguma limitação	38	45,8
Acamado	03	3,6
Exame físico		
Sem déficit	41	49,4
Déficit leve/moderado	35	42,2
Déficit grave	07	8,4

O estado nutricional dos indivíduos de acordo com a ASG-PPP e o nível de intervenção proposto pela pontuação total encontram-se descritos na Tabela 3, sendo que a média do score total da ASG-PPP foi de $7,2 \pm 6,4$ pontos. Observou-se que 51,8% da amostra foi classificada como sem déficit nutricional e que 59% necessitava de intervenção nutricional.

A Tabela 4 apresenta a associação entre a localização do tumor primário e o estado nutricional classificado pela ASG-PPP.

Os tumores do trato gastrointestinal foram relacionados positivamente com o estado nutricional B ou C, com

Tabela 3. Resultado categórico e escore numérico da ASG-PPP (n=83). Pelotas, 2011

Variáveis	N	%
Estado nutricional (classificação categórica)		
A (sem déficit nutricional)	43	51,8
B (desnutrição moderada ou risco nutricional)	29	34,9
C (desnutrição grave)	11	13,3
Nível de intervenção nutricional (pontuação total)		
Sem necessidade de intervenção (0-1 ponto)	11	13,3
Educação nutricional (2-3 pontos)	23	27,7
Intervenção nutricional (4-8 pontos)	20	24,1
Necessidade crítica de intervenção nutricional (≥9 pontos)	29	34,9

Tabela 4. Estado nutricional da ASG-PPP conforme a localização do tumor primário (n=83). Pelotas, 2011

Localização do tumor primário	A (%)	B/C (%)
Trato gastrointestinal	24,1	75,9
Mama feminina	94,7	5,3
Órgãos reprodutores	66,7	33,3
Pulmão	50,0	50,0
Sistema linfático	60,0	40,0
Outros	14,3	85,7

p<0,001 Teste exato de Fisher

probabilidade três vezes maior dos pacientes serem desnutridos quando comparados às neoplasias malignas de outros sítios (p=0,0012 RR 3,38 IC 95% 1,62 – 7,06). Por outro lado, as de mama feminina foram associadas à menor prevalência de desnutrição (p=0,0053 RR 0,06 IC 95% 0,008 – 0,43). As doenças em estádios III e IV e a presença de metástases também estiveram associadas ao déficit do estado nutricional (p=0,034 e p=0,012, respectivamente) (RR 1,49 IC 95% 1,08 – 2,06 para ambos).

O percentual de perda de peso recente foi menor do que 5% no último mês ou menor que 10% em seis meses para 84,3% dos indivíduos.

Apresentaram relação significativa com o estado nutricional B ou C (p<0,05) as seguintes variáveis: redução recente do peso; redução da ingestão alimentar; ingestão atual em menor quantidade ou por sonda enteral; sintomas como anorexia, disgeusia, disfagia, saciedade e dor; capacidade funcional alterada e déficit ao exame físico.

O fato de 53% dos pacientes terem sido submetidos a tratamento cirúrgico anteriormente à quimioterapia não apresentou associação significativa com o estado nutricional comprometido (p=0,38).

Foi realizada intervenção nutricional para todos os pacientes após a entrevista, sendo que sete deles foram encaminhados ao Ambulatório de Nutrição para acompanhamento de comorbidades (diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica e/ou dislipidemias).

DISCUSSÃO

Neste estudo, a maioria dos pacientes pertencia ao sexo feminino, possuía mais de 50 anos de idade e apresentava neoplasia maligna do trato gastrointestinal. Mais de 60% dos pacientes se encontravam com doença em estágio avançado ou metastático e a quimioterapia paliativa foi o tratamento proposto para mais de 40% dos indivíduos.

A anorexia foi o sintoma mais prevalente entre os indivíduos entrevistados no primeiro dia de quimioterapia, e a literatura aponta sua presença em 15% a 25% dos pacientes já no momento do diagnóstico. Tendo em vista que, durante a terapia antineoplásica, a anorexia pode se agravar e, somada a efeitos colaterais como alterações do paladar e do olfato, mucosite, saciedade precoce, náuseas e vômitos, pode contribuir para a desnutrição energético proteica⁷.

A perda de peso foi pouco relatada, mas alterações da capacidade funcional, déficit de gordura corporal e/ou massa magra e, algum grau de depleção nutricional, foram constatados em cerca de 49% dos pacientes, no momento da entrevista.

Estudo realizado na Espanha com 781 pacientes com câncer avançado encontrou uma prevalência de desnutrição de 52% utilizando o mesmo método de avaliação nutricional⁸. Resultado semelhante foi encontrado neste estudo, sendo que 66,3% da amostra apresentava doença avançada (estádio III e IV) e, desses, 32 pacientes (58,2%) eram desnutridos.

Gonzalez et al.⁵ realizaram nesse mesmo serviço de oncologia uma investigação sobre o estado nutricional e composição corporal dos pacientes em quimioterapia, onde utilizaram a ASG-PPP como instrumento de avaliação do estado nutricional. Foi encontrada uma prevalência de 29% de desnutrição já no início do tratamento quimioterápico. A diferença entre a prevalência de desnutrição encontrada pela autora e o presente estudo pode ser justificada pelo fato de que mais de a metade da sua amostra era portadora de tumor de mama; enquanto, neste estudo, apenas 23%. Já Borges⁹, em estudo no mesmo serviço, utilizando o mesmo instrumento de avaliação nutricional, constatou que, dos 143 pacientes avaliados, 14% foram considerados desnutridos antes do início da quimioterapia. Desses, mais de a metade foram

a óbito durante o tratamento e quase 20% tiveram de interrompê-lo por apresentarem piora do quadro clínico.

Pacientes que iniciam a quimioterapia já com algum déficit nutricional podem apresentar piora no decorrer do tratamento, fazendo com que muitas vezes seja necessária a sua interrupção. Estes poderão apresentar maior toxicidade às drogas, resposta clínica desfavorável à terapia antineoplásica, piora da qualidade de vida e redução da sobrevida¹⁰⁻¹⁴.

Halpern-Silveira¹⁵ sugere, em estudo com população semelhante de pacientes, que a desnutrição, presente ao início do tratamento quimioterápico, nem sempre poderá alterar o peso corporal; mas, inevitavelmente, altera a composição corporal apresentando perda de massa corporal magra.

Em relação ao escore total da ASG-PPP, o resultado encontrado foi semelhante ao de Gonzalez⁵. Para 35% dos pacientes deste estudo, o escore foi ≥ 9 pontos, o que indica a necessidade crítica de intervenção nutricional.

Read et al.¹³ consideraram que o escore ≥ 9 pontos e a classificação do estado nutricional B ou C fazem da ASG-PPP um instrumento de significativo valor prognóstico para a sobrevida de pacientes com câncer colorretal. Um estudo que avaliou 98 americanas com câncer ovariano demonstrou que as pacientes que melhoraram o estado nutricional durante o tratamento tiveram a mesma sobrevida média que aquelas sem déficit do estado nutricional na avaliação pré-quimioterapia, independente da resposta tumoral¹⁶.

A identificação e tratamento precoces de problemas nutricionais podem melhorar o prognóstico de pacientes com câncer, auxiliar na prevenção de deficiências nutricionais e minimizar os efeitos da perda de massa magra, na tentativa de melhorar a tolerância ao tratamento⁷. Além disso, a recuperação do estado nutricional pode reduzir o risco de complicações¹² e a necessidade de hospitalizações¹⁷, melhorando a resposta ao tratamento, oferecendo melhor qualidade de vida e maior taxa de sobrevida aos portadores de neoplasias malignas^{18,19}.

O fato de o estudo ter sido realizado em um único serviço, com amostra selecionada por conveniência, não a tornando representativa da população, pode ser considerado uma limitação do estudo.

CONCLUSÃO

Este estudo identificou a presença de desnutrição em aproximadamente metade dos pacientes no início do tratamento quimioterápico, estando associada às neoplasias de trato gastrointestinal e aos estadiamentos III e IV; porém, o fato de mais de a metade dos pacientes terem sido submetidos a procedimento cirúrgico antes de iniciar a quimioterapia não apresentou associação significativa com o estado nutricional comprometido.

CONTRIBUIÇÕES

Catiússa Colling, Patrícia Abrantes Duval e Denise Halpern Silveira contribuíram na concepção e planejamento do projeto de pesquisa, na obtenção, análise e interpretação dos dados e na redação do manuscrito.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Bauer J, Capra S, Ferguson M. Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. *Eur J Clin Nutr* 2002 Aug; 56 (8):779-85.
2. Less J. Incidence of weight loss in head and neck cancer patients on commencing radiotherapy treatment at a regional oncology center. *Eur J Cancer Care* 1999 Sep; 8(3):133-6.
3. Fearon KC, Voss AC, Hustead DS, Cancer Cachexia Study Group. Definition of cancer cachexia: effect of weight loss, reduced food intake, and systemic inflammation on functional status and prognosis. *Am J Clin Nutr* 2006 Jun; 83(6):1345-50.
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Consenso Nacional de Nutrição Oncológica. Rio de Janeiro, 2009.
5. Gonzalez MC, Borges LR, Silveira DH, Assunção MCF, Orlandi SP. Validação da versão em português da avaliação subjetiva global produzida pelo paciente. *Revista brasileira de nutrição clínica* 2010;25(2):102-8.
6. Ottery FD. Definition of standardized nutritional assessment and interventional pathways in oncology. *Nutrition* 1996 Jan; 12 suppl.1:15-9.
7. National Cancer Institute (USA). Nutrition in Cancer Care. 2011. Disponível em: <http://cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/nutrition/HealthProfessional> Acesso em: dez 2011.
8. Segura A, Pardo J, Jara C, Zugazbeitia L, Carulla J, de Las Peñas R, et al. An epidemiological evaluation of the prevalence of malnutrition in Spanish patients with locally advanced or metastatic cancer. *Clin Nutr* 2005 Oct; 24(5):801-14.
9. Borges LR, Paiva SI, Silveira DH, Assunção MCF, Gonzalez MC. O estado nutricional pode influenciar a qualidade de vida de pacientes com câncer? *Revista de nutrição da PUCCAMP* 2010 set/out; 23(5):745-53.
10. Dewys WD, Begg C, Lavin PT, Band PR, Bennett JM, Bertino JR, et al. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. *Am J Med* 1980 Oct; 69(4): 491-7.
11. Gupta D, Lammersfeld CA, Vashi PG, Burrows J, Lis CG, Grutsch JF. Prognostic significance of Subjective Global Assessment (SGA) in advanced colorectal cancer. *Eur J Clin Nutr* 2005 Jan;59(1):35-40.

12. Laviano A, Meguid MM, Inui A, Muscaritoli M, Rossi-Fanelli F. Therapy insight: Cancer anorexia-cachexia syndrome - when all you can eat is yourself. *Nat Clin Pract Oncol* 2005 Mar; 2(3):158-65.
13. Read JA, Choy ST, Beale PJ, Clarke SJ. Evaluation of nutritional and inflammatory status of advanced colorectal cancer patients and its correlation with survival. *Nutr Cancer* 2006;55(1):78-85.
14. Arrieta O, Michel Ortega RM, Villanueva-Rodríguez G, Serna-Thomé MG, Flores-Estrada D, Diaz-Romero C, et al. Association of nutritional status and serum albumin levels with development of toxicity in patients with advanced non-small cell lung cancer treated with paclitaxel-cisplatin chemotherapy: a prospective study. *BMC Cancer* 2010 Feb 21;10:50.
15. Halpern-Silveira D, Susin LR, Borges LR, Paiva SI, Assunção MC, Gonzalez MC. Body weight and fat-free mass changes in a cohort of patients receiving chemotherapy. *Support Care Cancer* 2010 May;18(5):617-25.
16. Gupta D, Lis CG, Vashi PG, Lammersfeld CA.. Impact of improved nutritional status on survival in ovarian cancer. *Support Care Cancer* 2010 Mar;18(3):373-81.
17. Odelli C, Burgess D, Bateman L, Hughes A, Ackland S, Gillies J, et al. Nutrition support improves patient outcomes, treatment tolerance and admission characteristics in oesophageal cancer. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2005 Dec;17(8):639-45.
18. Slaviero KA, Read JA, Clarke SJ, Rivory LP. Baseline nutritional assessment in advanced cancer patients receiving palliative chemotherapy. *Nutr Cancer* 2003;46(2):148-57.
19. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. Dietary counseling improves patient outcomes: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. *J Clin Oncol* 2005 Mar 1;23(7):1431-8.

Abstract

Introduction: The incidence of malnutrition in cancer ranges from 40 to 80%. Their negative effects include increased toxicity to anticancer therapy, postoperative complications with worsening of clinical conditions and may interrupt the treatment. **Objective:** to determine the prevalence of malnutrition among patients initiating chemotherapy and associate it to primary tumor site and disease staging. **Method:** This was a cross-sectional and quantitative research. Data were collected from the nutritional assessment carried out by the Patient Generated Subjective Global Assessment and consultation of medical records on the first day of chemotherapy. **Results:** Most of the 83 individuals were female (57.4%) and were above 50 years old (75.9%). Gastrointestinal neoplasms were the most prevalent (34.9%). The majority of patients were in stages III or IV of disease (66.3%) and palliative chemotherapy were the proposed treatment for 42.7% of them. Malnutrition affected 48% of individuals, and it was associated to decreased food intake or by enteral feeding, weight loss, poor clinical condition on physical examination, changes in functional capacity and symptoms such as anorexia and pain ($p < 0.001$). The probability of patients with gastrointestinal neoplasms to present malnutrition was three times higher when compared to other primary sites of cancer ($p = 0.0012$). **Conclusion:** Malnutrition was identified in approximately half of the patients and was associated with cancers of the gastrointestinal tract and stages III and IV; however, it was not associated with previous surgical procedure.

Key words: Nutritional Status; Malnutrition; Nutrition Assessment; Neoplasms; Drug Therapy; Cross-Sectional Studies

Resumen

Introducción: La incidencia de desnutrición en cáncer oscila de 40 a 80%. Sus Efectos negativos incluyen aumento de la toxicidad a la terapia contra el cáncer, complicaciones postoperatorias con empeoramiento de las condiciones clínicas y que pueden requerir la interrupción del tratamiento. **Objetivo:** Determinar la situación nutricional de los pacientes en el inicio de la quimioterapia y asociarlo con la ubicación primaria del tumor y al estadiamiento de la enfermedad. **Método:** La investigación fue transversal y cuantitativa. Los datos se obtuvieron de la evaluación nutricional por la Valoración Subjetiva Global Generada por el Paciente y de la consulta a la historia clínica en el primer día de la quimioterapia. **Resultados:** La mayoría de las 83 personas eran mujeres (57,4%) y eran mayores de 50 años de edad (75,9%). Neoplasias malignas gastrointestinales fueron más frecuentes (34,9%), y la mayoría de los pacientes presentaba la enfermedad en estadios III o IV (66,3%) y la quimioterapia paliativa fue el tratamiento propuesto para 42,7% de los individuos. La prevalencia de desnutrición fue de 48% y estuvo asociada con la reducción de la ingesta de alimentos o por alimentación enteral, a través de sonda, pérdida de peso, déficit en la prueba física, cambios en la capacidad funcional y síntomas como anorexia y dolor ($p < 0,001$). La probabilidad de que los pacientes con neoplasias gastrointestinales presentasen desnutrición fue tres veces mayor en comparación con otros sitios primarios del cáncer ($p = 0,0012$). **Conclusión:** La desnutrición identificada en casi la mitad de los pacientes se asoció con los cánceres del tracto gastrointestinal y a los estadios III y IV, pero no se ha mostrado significativa cuando se asoció con el procedimiento quirúrgico previo.

Palabras clave: Estado Nutricional; Desnutrición; Evaluación Nutricional; Neoplasias; Quimioterapia; Estudios Transversales