

Nutrición del paciente con cáncer

Problemas y soluciones

■ PURIFICACIÓN GÓMEZ-ÁLVAREZ SALINAS • Licenciada en Farmacia.

En este artículo se revisan los principales problemas nutricionales que padecen los pacientes oncológicos, relacionados directa o indirectamente con su enfermedad, con los trastornos físicos y psicológicos que puede entrañar, y con algunos de los tratamientos que se utilizan para combatirla. La autora incide en el asesoramiento en materia dietética que puede prestar el farmacéutico a pacientes o cuidadores.

La malnutrición es una de las principales causas que provocan la muerte en enfermos de cáncer, de tal manera que casi un 20% del total de los pacientes fallece antes debido al deterioro progresivo del estado nutricional que por la enfermedad maligna de base. Por eso la atención prestada en los últimos años a la nutrición ha contribuido a la supervivencia del paciente oncológico, porque mediante la utilización de medidas nutricionales apropiadas es posible retrasar la aparición de complicaciones fatales.

CAUSAS DE LA MALNUTRICIÓN EN LOS ENFERMOS CON CÁNCER

La caquexia tumoral se define como un estado morboso caracterizado por anorexia, astenia y adelgazamiento con pérdida progresiva de los tejidos corporales e incapacidad para mantener los mecanismos metabólicos y homeos-



Tabla I. Consejos dietéticos respecto a una dieta oral adecuada

- Comidas frecuentes de pequeño volumen
- Líquidos sólo después de las comidas
- Alimentos de alta densidad energética
- Variedad de texturas, olores y sabores
- Completar la dieta con suplementos, si es necesario
- Carnes blancas o pescados
- Condimentos variados, para estimular el gusto
- Jugo de frutas para mantener el sabor agradable en la cavidad bucal
- Bebidas suaves y frías para evitar las náuseas
- La comida líquida o semilíquida puede ser obligada en casos de mucositis. Conviene entonces utilizar bebidas lácteas frías
- Incrementar el contenido de líquidos hasta conseguir 2.000 ml/día
- Evitar alimentos flatulentos o excesivamente ricos en fibra
- Recurrir, siempre que sea posible, a alimentos muy energéticos y de poco volumen: mantequilla, nata, miel, mayonesa, crema, gelatinas, yogur, quesos tiernos o huevos

tásicos normales, lo que conduce a una insuficiencia progresiva de las funciones vitales. Las principales y más frecuentes causas de su aparición son:

Anorexia

Suele ser considerado como el problema causal, de origen multifactorial, que dificulta el soporte nutricional por vía oral. Los pacientes sufren una pro-

gresiva disminución de la ingestión, con escasa respuesta ante las necesidades energéticas y proteicas.

Alteraciones metabólicas

El gasto energético basal (corregido según el grado de desnutrición) se encuentra aumentado, especialmente en los tumores diseminados, debido al consumo tumoral de nutrientes.

Mediadores tumorales

Contribuyen a la aparición o empeoramiento de la malnutrición característica. Suelen ser de dos tipos:

Propios del género del tumor

Tanto en los pacientes caquéticos como en los no caquéticos existe una intolerancia a la sobrecarga hidrocabonada. Además, hay producción de factores metabólicamente activos que condicionan los llamados síndromes paraneoplásicos: ACTH (corticotropina), CRH (corticoliberina), HCG (gonadotropina coriónica humana), lactógeno placentario y eritropoyetina.

Propios de la respuesta del huésped

Se cree que algunos de estos factores tienen un efecto sobre la función hipotalámica que produce anorexia y/o sensación de saciedad precoz. También, diversos metabolitos tumorales pueden ser responsables de las alteraciones en el gusto y el olfato.

Causas psicológicas

Diversos factores de estrés asociados al cáncer pueden contribuir a la desnutrición, como por ejemplo:

Tabla II. Consejos nutricionales en el paciente oncológico

Pautas generales	Aconsejado	Otros consejos
Pérdida de apetito	Aumentar la ingestión de kcal y proteínas Suplementos ricos en kcal y proteínas Limitar la ingestión de líquidos con las comidas	Comidas frecuentes y poco copiosas Comer en ambiente agradable
Nauseas y vómitos	Alimentos fríos o a temperatura ambiente Aumentar la ingestión de líquidos Evitar olores fuertes Limitar el consumo de grasas Limitar los alimentos muy condimentados	Comidas frecuentes, poco copiosas Comer y beber despacio Reposar después de las comidas Comer con la cabeza elevada Antieméticos según prescripción
Diarreas	Alimentos fríos o a temperatura ambiente Aumentar la ingestión de líquidos Disminuir la ingestión de fibra Evitar el exceso de grasa Evitar los alimentos productores de gas Evitar los líquidos durante la comida Evitar los alimentos muy condimentados Evitar las bebidas con cafeína y alcohol	Comidas frecuentes y poco copiosas Comer y beber despacio Antidiarreicos según prescripción
Estreñimiento	Aumentar la ingestión de líquidos y fibra	Ejercicio regular, si el paciente puede hacerlo Laxantes según prescripción
Problemas de masticación y/o deglución	Aumentar kcal y proteínas Suplementos ricos en kcal y proteínas Aumentar los alimentos fríos Utilizar alimentos blandos y con salsa Limitar alimentos excesivamente condimentados	Comidas frecuentes, poco copiosas Comer y beber despacio
Gas abdominal	Disminuir la ingestión de fibra Limitar el consumo de alimentos productores de gas Evitar el exceso de grasa	Comer y beber despacio Hacer ejercicio regularmente (si es posible)
Disfagia y xerostomía	Aumentar la ingestión de líquidos Alimentos blandos y con salsa Limitar el consumo de alcohol	Tomar alimentos que estimulen la secreción salivar Evitar el tabaco

Tabla III. Proceso de decisión sobre la instauración de un soporte nutricional en el paciente neoplásico

Puntos a tener en cuenta

Situación clínica/oncológica del paciente

- Pérdida de peso reciente, superior al 10%
- Índice peso actual/peso ideal inferior al 90% (desnutrición calórica)
- Albúmina sérica inferior a 3,5 g/dl (desnutrición proteica)
- Situaciones de estrés catabólico (fiebre, infección, cirugía) con ingestión oral insuficiente
- Imposibilidad de alimentación oral suficiente durante más de 10 días

Expectativas de supervivencia

Diagnóstico del estado nutricional e hidratación

Síntomas clínicos

Ingestión oral de alimentos

Actitud psicológica del paciente

Situación del aparato digestivo y ruta adecuada para la infusión de agua y minerales

Capacidad del entorno sanitario para atender las necesidades previstas

Toma de decisión

Control de eficacia

- Depresión asociada. En estos casos se ha comprobado un aumento de la ingestión tras un tratamiento farmacológico antidepresivo.

- Existencia de dolor.
- Falta de bienestar.
- Ansiedad ante el tratamiento o el pronóstico.

- Ansiedad ante los alimentos. Pueden producirse excesos o deficiencias nutricionales si los pacientes evitan los alimentos que ellos consideran causa de la aparición del tumor o también si consumen grandes cantidades de otros alimentos presuntamente beneficiosos.

Tratamiento quirúrgico

Por un lado, la desnutrición aumenta la morbimortalidad perioperatoria. Además, dependiendo de las técnicas empleadas y los sistemas a los que afecten, ciertas funciones orgánicas se verán alteradas. Así, por ejemplo, la cirugía radical utilizada para tumores de cabeza y de cuello puede alterar la vía de ingestión nutricional normal.

Quimioterapia

Aunque afecta a todos los tejidos, es más activo sobre células en rápida proliferación, como las epiteliales del tubo digestivo. En general, el establecimiento de soporte nutricional durante la quimioterapia estimula el crecimiento tumoral, pero también aumenta el grado de respuesta del tumor al tratamiento, disminuye los efectos secundarios y permite utilizar mayores dosis.

Radioterapia

En general, la zona irradiada sufre lesiones que afectan a las funciones digestivas.

Podemos afirmar que esta desnutrición calorico-proteica tiene repercusiones en el sistema inmunitario, ya que

disminuye la producción de células mediadoras, consigue disminuir los valores de complemento, crea disfunción fagocitaria y reduce la respuesta secretora de anticuerpos. Pero el hecho de que nutrientes específicos demuestren una especial capacidad de estímulo inmunitario abre importantes horizontes a la manipulación de dietas con variaciones cualitativas de sustrato. Tal es el caso de la arginina, aminoácido que desempeña un papel esencial en la detoxificación por amoníaco en el ciclo de la urea.

**La dieta aconsejada
deberá ser siempre
individualizada, teniendo
en cuenta las necesidades,
limitaciones y preferencias
del paciente**

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL

El soporte nutricional temprano debe mantener el estado nutricional adecuado de manera que no se alteren ni la composición corporal, la respuesta inmunitaria, ni la calidad de vida. Para

ello, el paciente debe ser tratado desde los primeros estadios de la enfermedad (si es posible) y valorado adecuadamente en cuanto a su inmersión en los tratamientos posibles. La respuesta a cualquiera de los tratamientos establecidos tiene su mejor y más decisiva ayuda en un adecuado soporte nutricional.

En todos los casos es necesaria la existencia de un equipo nutricional integrado por el médico, el dietista, el enfermero y el farmacéutico, quienes tendrán que evaluar la situación y establecer un plan individualizado adecuado a la situación de cada enfermo. La dieta aconsejada deberá ser siempre individualizada, teniendo en cuenta las necesidades, limitaciones y preferencias del paciente.

Categorías de intervención nutricional

En este subgrupo figuran las siguientes medidas de intervención:

De soporte

Mediante ellas se pretende mantener el estado nutricional hasta que el paciente reciba el tratamiento definitivo.

Coadyuvante

Se utiliza como parte de un tratamiento integral (a la vez que un ciclo de quimioterapia, en el postoperatorio o durante el tiempo en el que se produce la radioterapia abdominal).

Definitiva

Necesaria para la supervivencia a largo plazo y como consecuencia de secuelas como el intestino corto o tras la pancreatocetomía.

Modalidades de intervención nutricional

Existen las siguientes opciones:

- Dietas y suplementos orales.
- Fármacos estimuladores del apetito.
- Nutrición artificial. Las dificultades que plantea la anorexia intensa, las localizaciones digestivas, los efectos secundarios del tratamiento, las intervenciones quirúrgicas y complicaciones diversas abocan, en un alto porcentaje de casos, al empleo de la nutrición por vía enteral o parenteral. La vía enteral, cuando es posible, tiene absoluta preferencia. Y es que la nutrición parenteral total tiene un elevado costo, necesita técnicas de rigurosa esterilización y, a largo plazo, produce atrofia o hipoplasia en el enterocito, disminución de enzimas y atrofia de la mucosa intestinal. Cambios todos ellos que implican la pérdida defensiva de la barrera intestinal y el peligro de traslocación bacteriana y sepsis.

La nutrición enteral mediante sonda o suplementación oral es de bajo costo y fácil monitorización. Además, asegura mejor la conservación de las estruc-

