

Recomendaciones dietéticas en el tratamiento del cáncer.



Ángel Segura Huerta. Servicio Oncología Médica.
Hospital Universitari i Politècnic La Fe.
3º Simposio SEOM, Madrid 24-octubre-2014



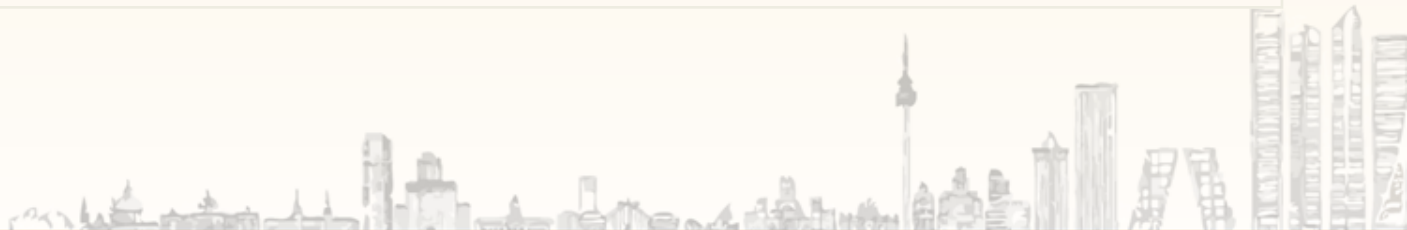
Importancia de la malnutrición en el paciente oncológico

- El **cáncer** es la segunda causa de muerte en nuestro medio (**30% del total en España**).
- Existe una **relación directa** entre la **situación nutricional** de los pacientes y las **expectativas de supervivencia**.
- **1/3 de las muertes por cáncer** están justificadas por una **mala situación nutricional**.
- **Entre 40-80%** de los pacientes desarrollan algún grado de desnutrición durante el **curso de la enfermedad**.

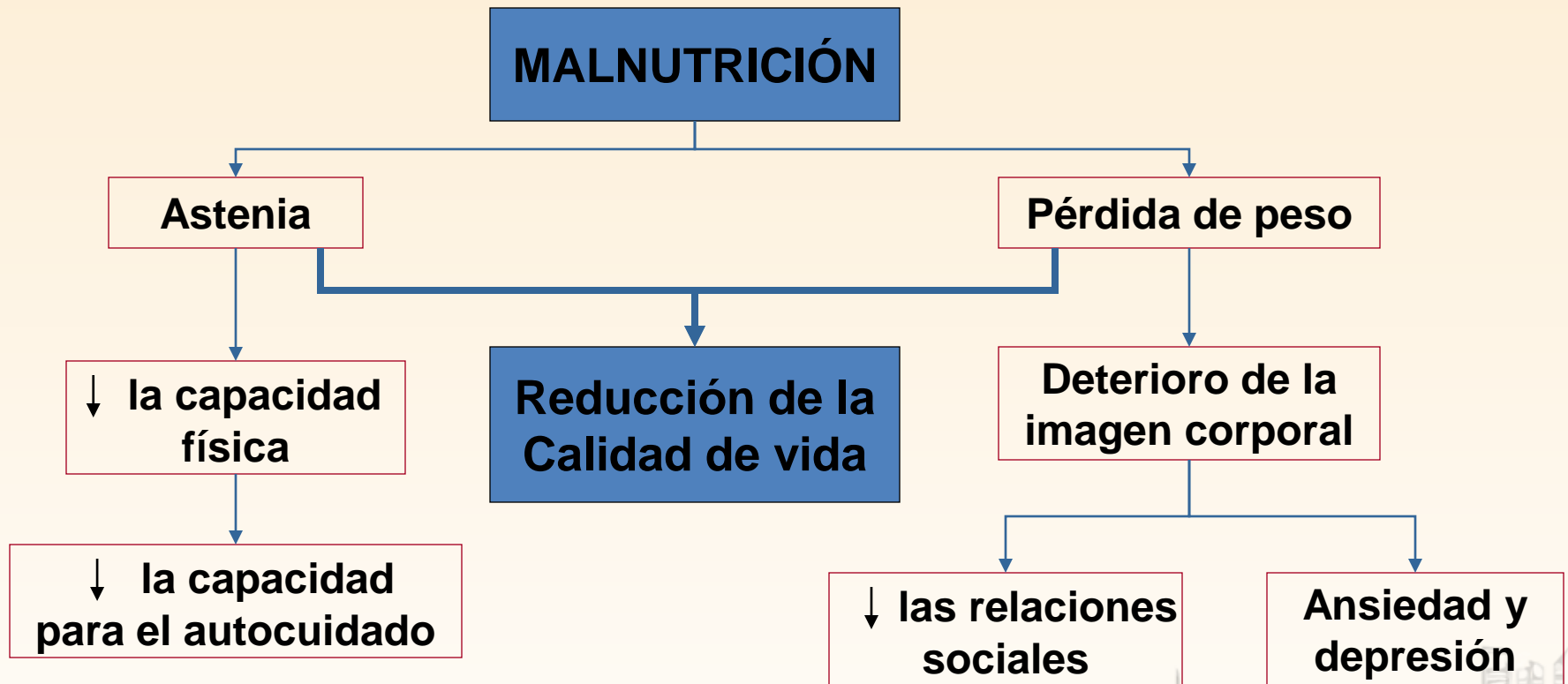


Importancia de la malnutrición en el paciente oncológico

- 15 - 40% en los estadios iniciales.
- 80-90% en fases avanzadas de la enfermedad.
- Aparece en un 40% de los pacientes hospitalizados.
- Un 10% de los enfermos oncológicos presentan complicaciones por la desnutrición.



Consecuencias de la malnutrición



Gradación de la pérdida de peso

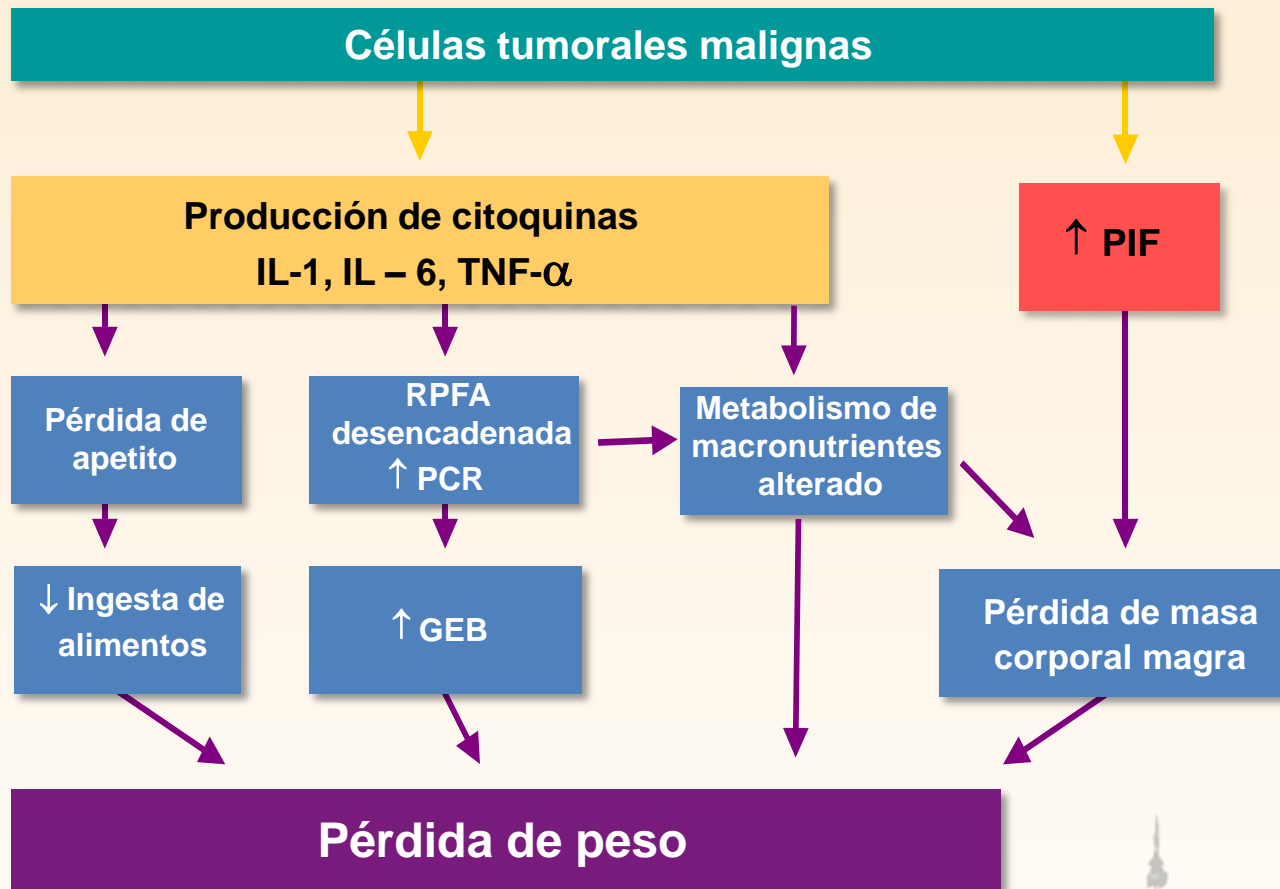
- ❑ Relacionada con malnutrición simple.
 - Anorexia.
 - Problemas locales.
 - Problemas socio-familiares.
- ❑ Relacionada con un síndrome complejo.
SINDROME DE ANOREXIA-CAQUEXIA
(AYUNO ACELERADO)
- ❑ Proceso continuo, la detección precoz es importante.

PERDIDA PESO → MALNUTRICION →

→ **SINDROME DE ANOREXIA- CAQUEXIA.**



Fisiopatología de la caquexia tumoral



Factores de riesgo nutricional en el paciente oncológico

Relacionadas con el tumor:

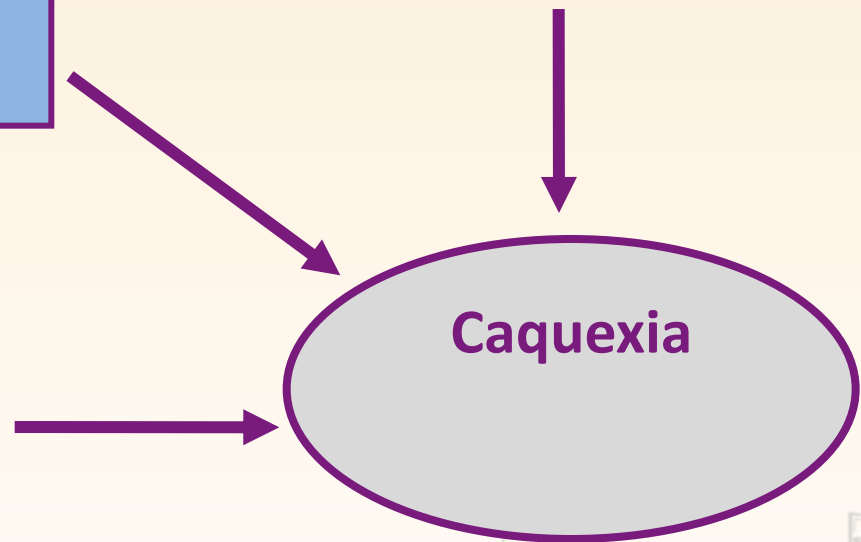
- Alteraciones mecánicas o funcionales del A. digest.
- Alteraciones metabólicas
- Secreción de sustancias caquetizantes

Relacionadas con el paciente:

- Hábitos adquiridos
- Anorexia

Relacionadas con el tratamiento:

- Cirugía
- Radioterapia
- Quimioterapia



LA NUTRICION COMO PREVENCION DEL CANCER



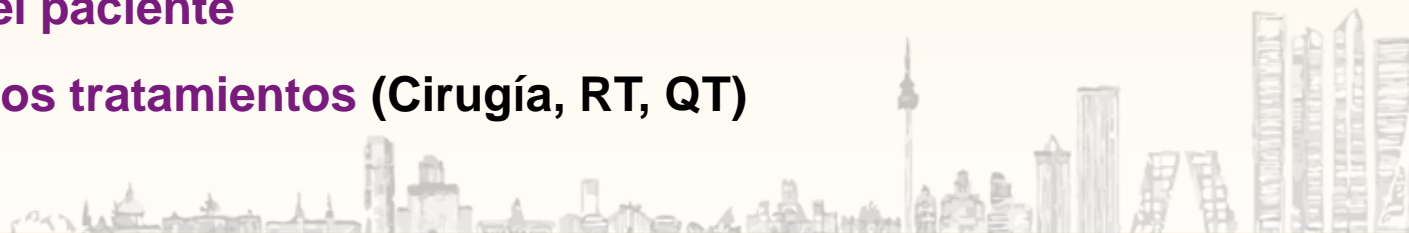
Importancia de la nutrición en el paciente oncológico

La alimentación es un factor implicado en la **génesis de los tumores**:

1. El NCI Americano establece que un **35%** de los tumores tiene su origen o están relacionados con **factores alimentarios**.

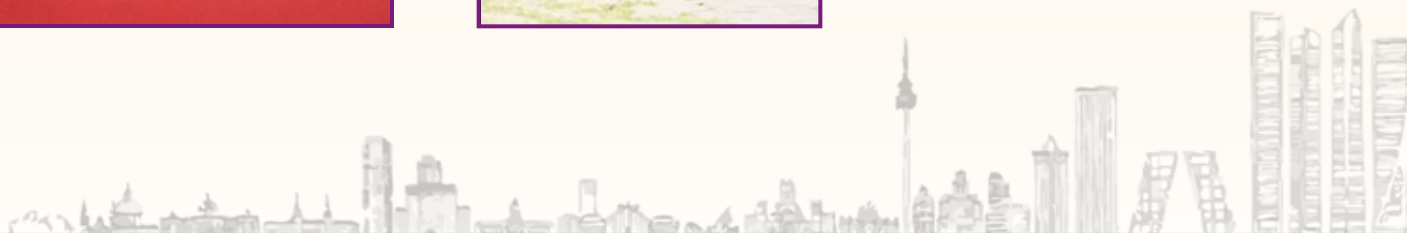
Los **trastornos en la nutrición** tienen un impacto sobre la evolución de la enfermedad oncológica:

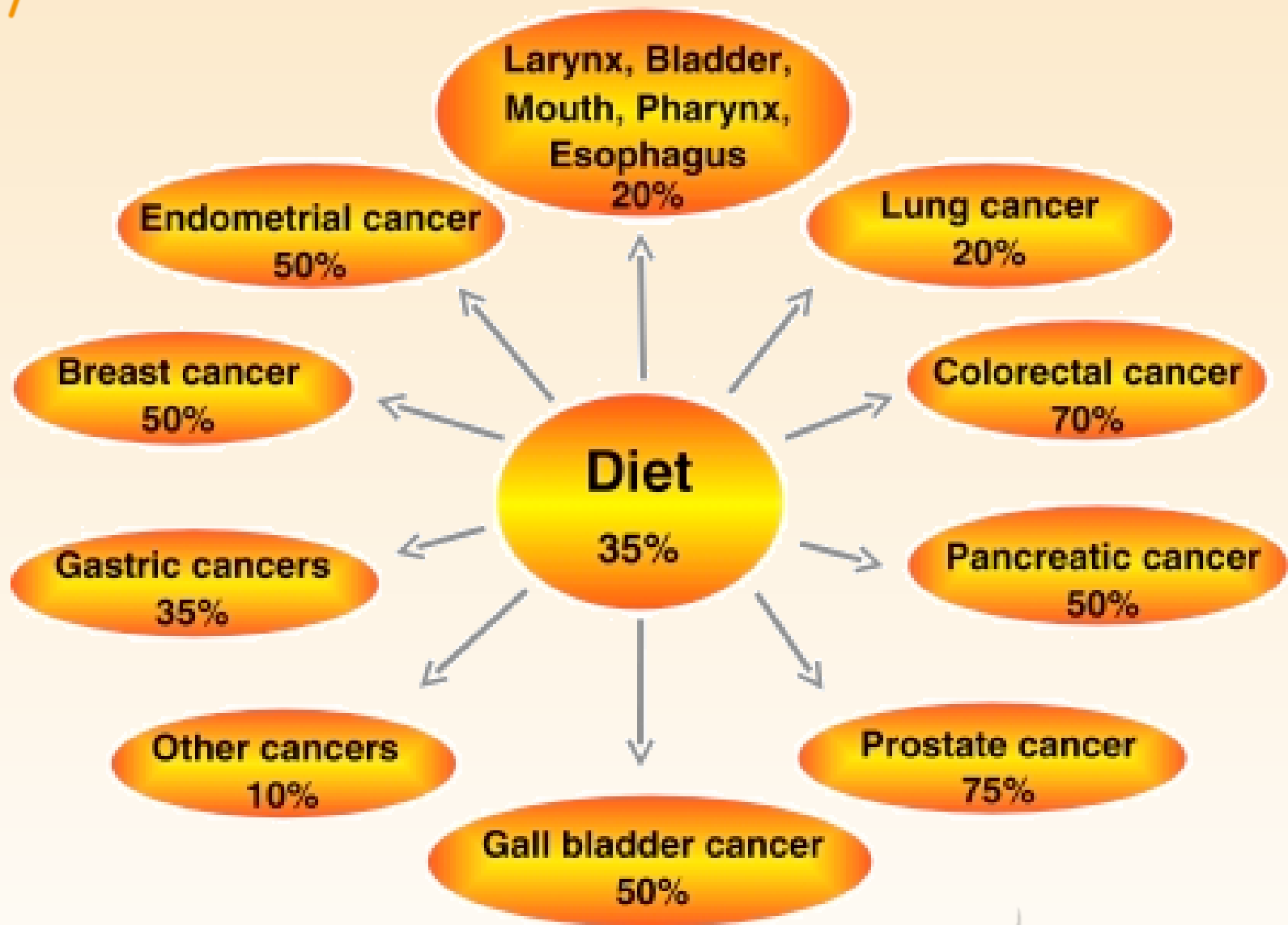
- **Justificada directamente por el tumor**
- **Por el paciente**
- **Por los tratamientos (Cirugía, RT, QT)**



Alimentación y cáncer

- Los hábitos saludables y de alimentación pueden prevenir un **30% de las neoplasias**





Willett, WC. Diet and cancer. *Oncologist* 2000;5:393-404.



Alimentación y cáncer

- **Peso**
- **Grasa**
- **Alcohol**
- **Ejercicio**



- **Fitoquímicos**
- **Vitaminas/minerales**
- **Alimentos de origen vegetal**
- **Formas de cocción y condimentación**



Alimentación y cáncer

1. Alimentación habitual con elevado consumo de **frutas y verduras frescas, de hoja verde**
2. Aumentar el consumo de **alimentos ricos en fibra**
3. Limitar el consumo de **carnes y alimentos de origen animal**
4. Aporte **calórico moderado**
5. Limitar el consumo de **alcohol**



Factores de riesgo potencialmente modificables: sobrepeso/obesidad.

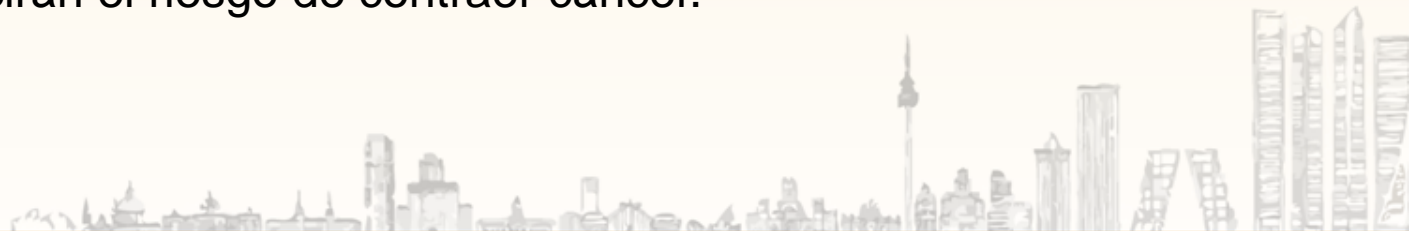
- *Hay relación entre la obesidad y el cáncer: esófago, colorrectal, mama, endometrio y riñón.*

Dietas ricas en frutas y hortalizas pueden tener efecto de protección contra algunos tipos de cáncer.

El consumo excesivo de carnes rojas está asociado a mayor riesgo de cáncer colorrectal.

Hábitos alimentarios saludables que previenen el desarrollo del cáncer contribuyen a reducir el riesgo cardiovascular.

Una actividad física regular y un peso corporal saludable, junto a una dieta sana, reducirán el riesgo de contraer cáncer.

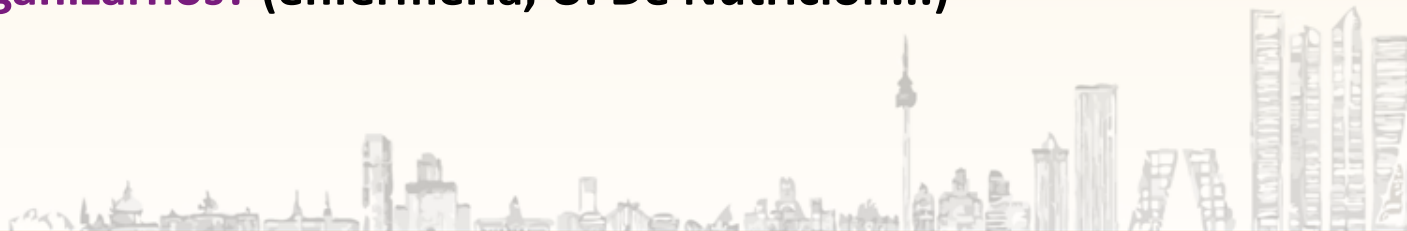


SOPORTE NUTRICIONAL EN EL PACIENTE CON CANCER



Cuestiones por resolver en nutrición y cáncer:

- La pérdida de peso:
 - ¿Es por si misma un marcador de enfermedad más agresiva?
- Si mejoramos el estado nutricional de estos pacientes:
 - ¿Aumentamos su supervivencia?
 - ¿En que pacientes debemos intervenir?
 - ¿Cuándo? (profilácticamente?, ↓ peso > 5%...)
 - ¿Con que? (fármacos, suplementos, etc).
 - ¿Cómo organizarnos? (enfermería, U. De Nutrición...)
 - ...



Soporte nutricional: posibles beneficios

- Mejorar la calidad de vida del paciente:
 - Aumentar la sensación de bienestar
 - Recuperar la imagen corporal del paciente
 - Disminuir la astenia y mejorar la resistencia al ejercicio
- Corregir o prevenir las deficiencias nutricionales.
- Mejorar la tolerancia a los tratamientos
- Reducir las complicaciones derivadas del deterioro del sistema inmune



Tratamiento del paciente en riesgo de malnutrición / perdida de peso

- Tratamiento específico de la situación nutricional.
 - Recomendaciones nutricionales básicas.
 - Soporte con suplementos alimenticios.
 - Nutriciones artificiales, enteral o parenteral.
 - Tratamiento farmacológico



Corrección de causas reversibles

1 PACIENTE

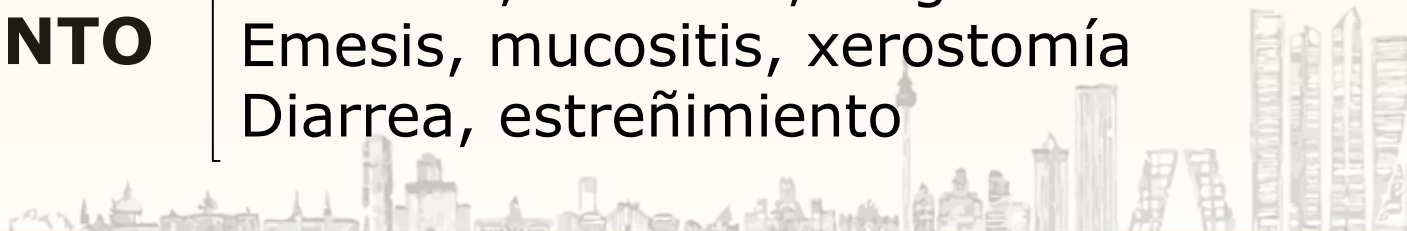
Edad, dieta, actividad física
Comorbilidad, fármacos
Situación socio-familiar
Hábitos tóxicos

2 NEOPLASIA

Trastornos emocionales, DOLOR
Anorexia, disfagia, plenitud precoz
Obstrucción GI, malabsorción
Trastornos endocrino-metabólicos

3 TRATAMIENTO

Anorexia, anosmia, disgeusia
Emesis, mucositis, xerostomía
Diarrea, estreñimiento



Recomendaciones nutricionales básicas

- ❑ Adaptarse a las diferentes situaciones (disgeusia, emesis, disfagia)
- ❑ Alimentación diaria fraccionada, poco volumen, textura blanda, poco condimentada.
- ❑ 20% aporte de energía con proteínas, 25% lípidos.
- ❑ Aportar unos 40ml/kg de peso/día de líquido
- ❑ Ambiente adecuado, planificación horarios



Alimentación y cáncer



- Evitar el consumo de alimentos ahumados, en salazón, braseados y en general cocinados directamente al fuego o humo.
- No tomar alimentos demasiado calientes ni demasiado fríos.
- Mantener un hábito de comidas regular en cantidad y en horario a lo largo del día (y de la vida).
- Tomar líquidos suficientes a lo largo de todo el día (preferiblemente entre horas).
- Limitar el uso de la sal como condimento.



Factores que indican la necesidad de soporte nutricional

- Pérdida de peso $> 10\%$ en corto periodo de tiempo.
- Peso actual menor del 80% del estimado.
- Alteración en los parámetros antropométricos.
- Albúmina menor de 3 gr/ dl.
- Resultados de la VGS-GP.



Alimentación básica adaptada (ABA)



Alimentación específica en determinadas situaciones:

- **Se eligen los alimentos con intención de mantener la salud, nutrir, conservar el placer de comer, facilitar la preparación del alimento, duración y conservación de los mismos.**



Alimentación básica adaptada (ABA)

- Dietas trituradas de alto valor nutricional.
- Enriquecedores de la dieta.
 - Alimentos.
 - Módulos de nutrientes: proteínas, carbohidratos, grasa, vitaminas, oligoelementos.
- Modificadores de textura:
 - Espesantes.
 - Agua gelificada.
 - Bebidas espesas



Alimentación básica adaptada (ABA)

- Paciente con dieta oral pero ingesta incompleta por problemas de masticación, deglución...
- Cálculo de necesidades y conocimiento previo de la ingesta real.
- Elección del suplemento adecuado.
- Educación del entorno familiar.
- Valoración de los resultados.



Suplementos dietéticos orales

Clasificación por su finalidad

- Alimentos completos
- A. completos con formulación específica
- Alimentos incompletos

Clasificación por su composición

- Hipercalóricos (1.5 – 2 kcal/ml)
- Hiperprotéicos (18.5 – 30% del VCT)
- Normocalóricos (1 kcal/ml, 11 – 18% del VCT)

Clasificación por su presentación

Polvos, líquidos, cremas y barritas



Suplementos dietéticos orales

- **Preparaciones estándar y específicas:**
 - **Hiperprotéicas**
 - **Hipercalóricas**
 - **Con o sin fibra**
 - **Textura y saborizaciones variables**
 - **Suplementadas con nutrientes específicos:**
 - **EPA?**
 - **Glutamina???**



Los ácidos grasos en el tratamiento del cáncer

- Sobre caquexia tumoral: PAPEL PRINCEPS
- METAANALISIS 2007: Colomer et al, B J Nut 2007, 97: 823-31
 - Revisión sistemática de la literatura: 1996-2006
 - 50 ensayos clínicos y estudios prospectivos
 - 17 cumplen los criterios selección

Table 2. Recommendation grades for specific clinical preventive actions according to the Canadian Task Force (CTF)

A	The CTF concludes that there is <i>good</i> evidence to recommend the clinical preventive action.
B	The CTF concludes that there is <i>fair</i> evidence to recommend the clinical preventive action.
C	The CTF concludes that the existing evidence is <i>conflicting</i> and does not allow making a recommendation for or against use of the clinical preventive action, however other factors may influence decision-making.
D	The CTF concludes that there is <i>fair</i> evidence to recommend against the clinical preventive action.
E	The CTF concludes that there is <i>good</i> evidence to recommend against the clinical preventive action.
I	The CTF concludes that there is <i>insufficient</i> evidence (in quantity and/or quality) to make a recommendation, however other factors may influence decision-making.

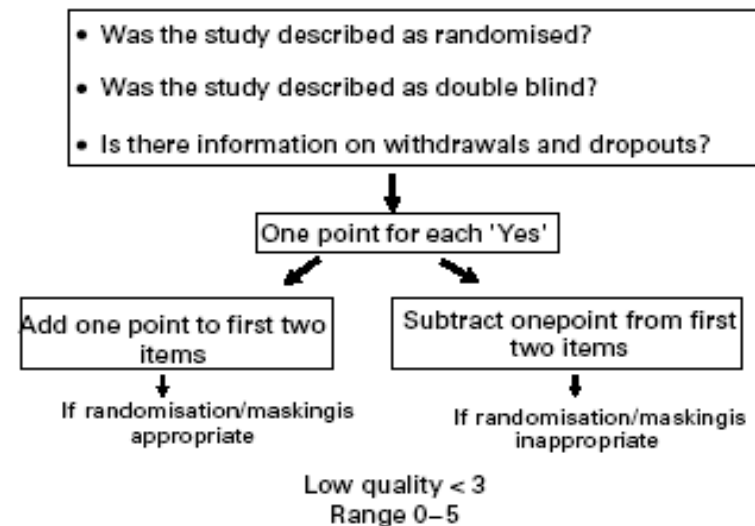
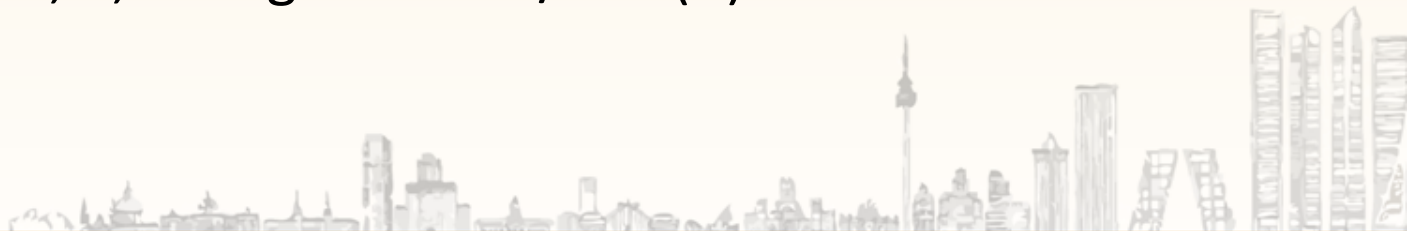


Fig. 1. Grading of clinical trial quality (after Jadad et al. 1996).

Los ácidos grasos en el tratamiento del cáncer

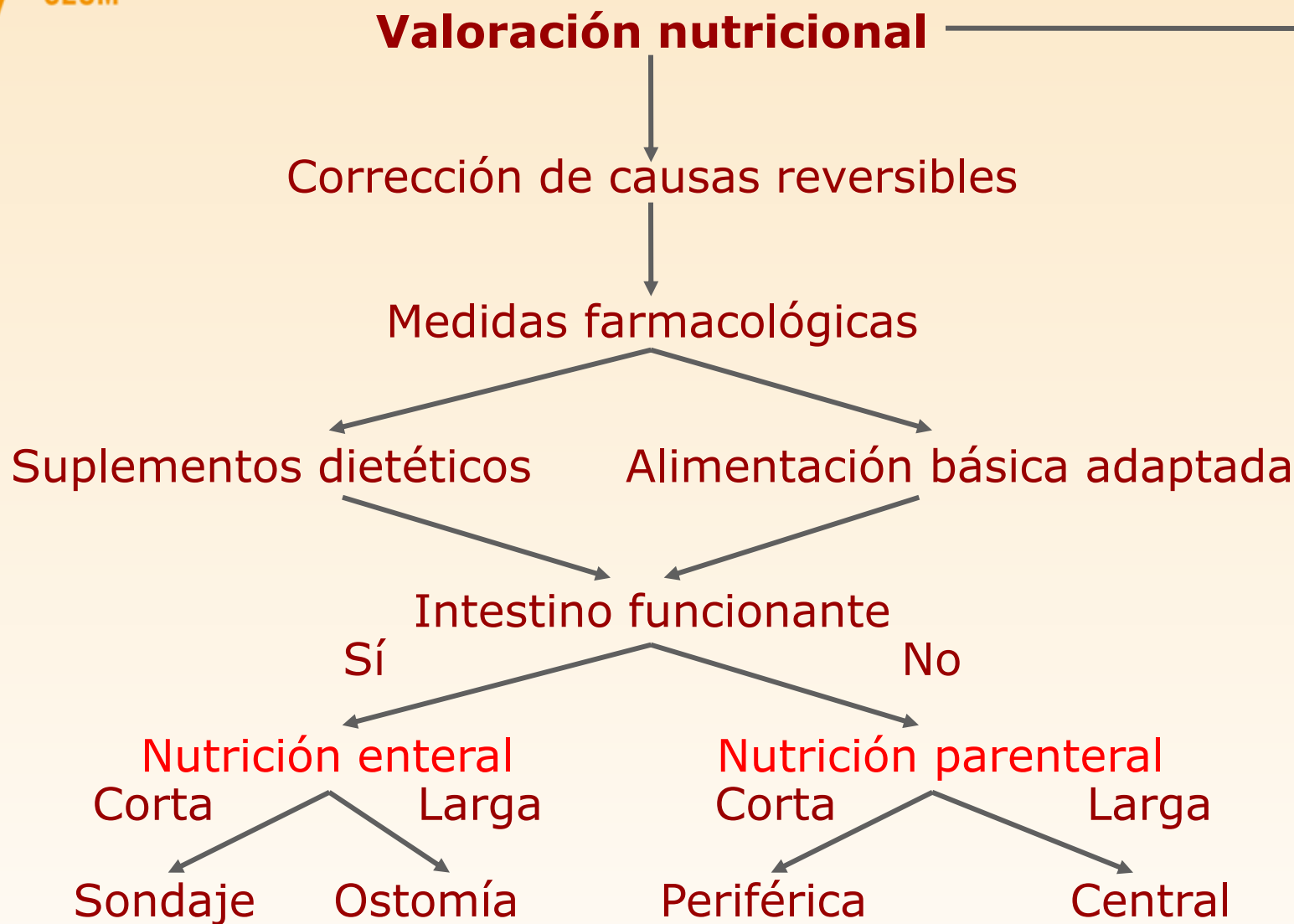
- ¿Son beneficiosos los suplementos con omega-3 en los pacientes con cáncer?: SI, en pacientes con cáncer avanzado y pérdida de peso (B).
- ¿En que tipos de tumores?, páncreas y tracto digestivo superior (B).
- ¿Qué tipos de ácidos grasos?, combinaciones de EPA / DHA 2:1 , EPA sólo (B)
- ¿Qué dosis?, 1,5 a 2 gr de EPA / día (B)



Dificultades de los S.D.O.

- Anorexia (40%)
- Defectos de palatabilidad, cansancio (20%)
- Intolerancia gastrointestinal (10%)
- Deficiente asistencia por el personal sanitario o el entorno familiar (20%)
- Otros: disponibilidad (10%)





Evaluación continua

Tipo de tratamiento farmacológico actual con repercusión nutricional (≤ 1 mes)

	Frecuencia	Porcentaje
Acetato de megestrol	127	16'26
Corticoesteroides	248	31'75
Psicofármacos	96	12'29
Fluoxetina	23	24'21
Otros	71	74'74
Nutrición artificial	114	14'6
Suplementos (<1000 Kcal y/o 40 g prots.)	85	74'56
Nutrición enteral (> 1000 Kcal y/o 40 g prots.)	22	19'3
Nutrición parenteral	7	6'14

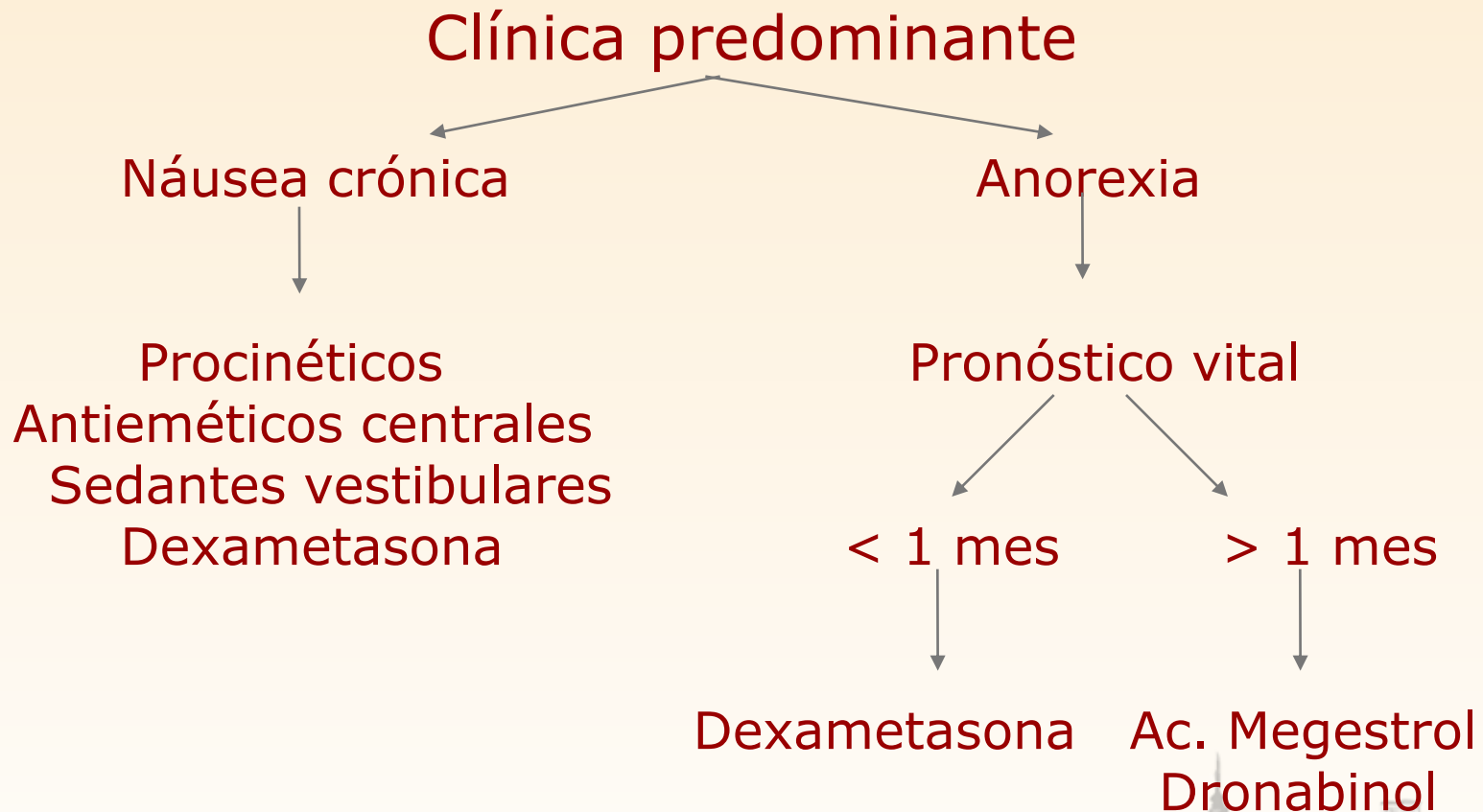
Aproximadamente el 50% de los pacientes reciben tratamiento con Acetato de megestrol o corticoesteroides al cumplimentar el CRD

Estimuladores del apetito

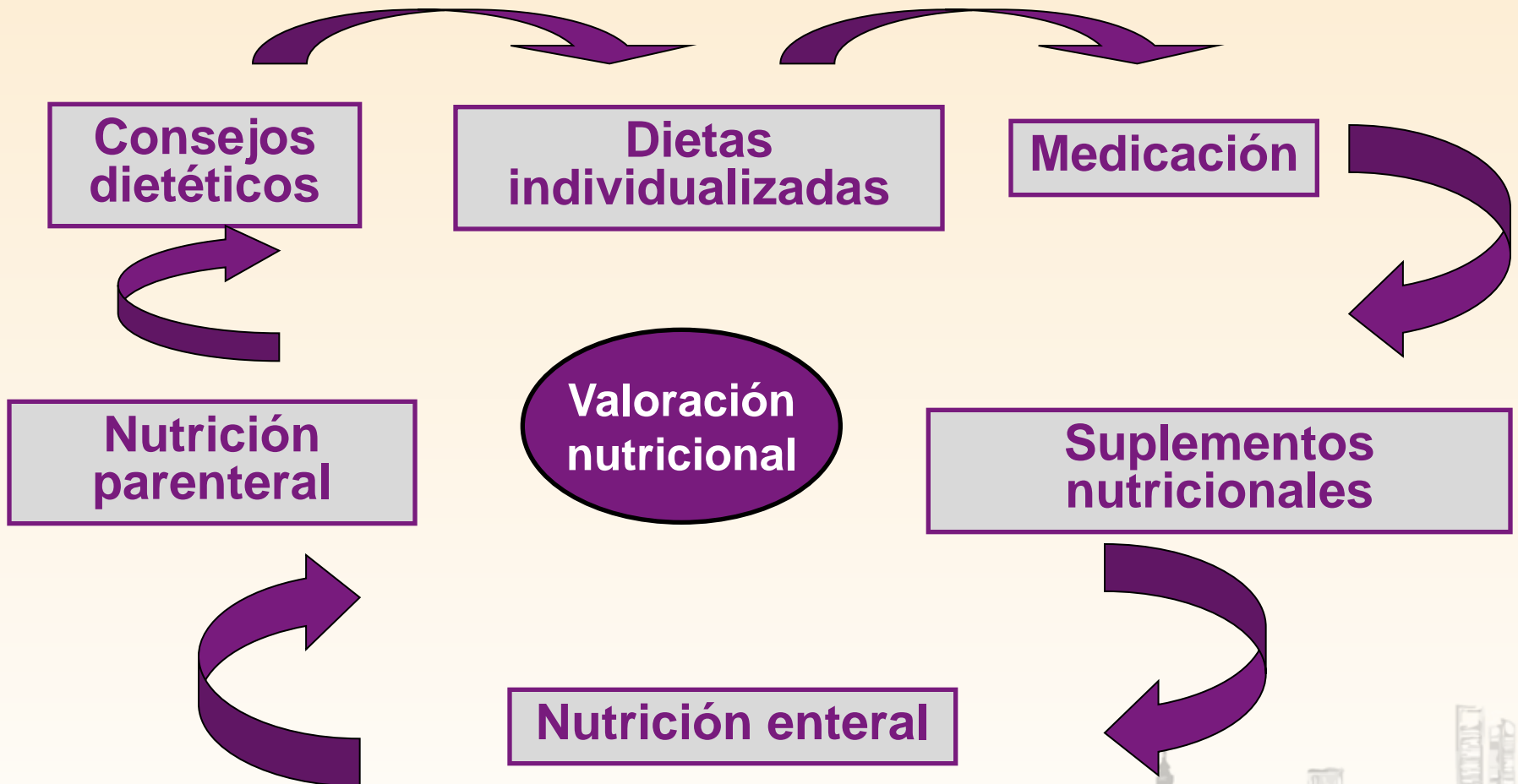
- **CORTICOIDES.**
 - Eficacia comprobada: dexametosa, prednisolona, metil-prednisolona.
 - Mecanismo de acción: efecto antiinflamatorio, estimulación hormonas orexígenas.
- **PROGESTAGENOS.**
 - Eficacia comprobada: frente a placebo y dexametosa. prednisolona, metil-prednisolona.
 - Dosis no aclarada: 160 - 800 mg/ día.
- **DRONABINOL.**
 - Efecto inferior a los progestágenos.



Estimuladores del apetito



Protocolización de la intervención nutricional



Conclusiones

- La pérdida de peso es frecuente en Oncología y presenta una relación inversa con la supervivencia.
- Debemos incorporar la evaluación y soporte nutricional a la práctica clínica diaria.
- La intervención nutricional debe ser precoz, mediante soporte nutricional (el que se protocolice) y tratamiento farmacológico.
- Vía oral > enteral > parenteral
- El objetivo de la intervención nutricional es:
 - Mejorar la tolerancia de los tratamientos oncológicos.
 - Obtener mayores respuestas.
 - Ganar en calidad de vida.
- Se recomienda un suplemento nutricional hiperprotéico, hipercalórico y enriquecido con EPA (fórmulas específicas), que tolere el paciente.
- En los pacientes con pérdida de peso y mal estado general si es correcto administrar un tratamiento oncológico menos agresivo.

