

Soporte nutricional en situaciones especiales



Coordinadora:

Carmen Gómez Candela

Especialista en Endocrinología y Nutrición. Unidad de Nutrición y Dietética. Hospital Universitario La Paz. Madrid



Dra. Palmira Foro Arnalot

Jefa de Sección de Radioterapia Externa.
Instituto Hospital del Mar de Investigaciones
Biomédicas. Barcelona



Dra. María Die Trill

Directora de ATRIUM:
Psico-Oncología y Psicología Clínica.
Presidenta de la International
Psycho-Oncology Society

Efectos adversos de la radioterapia antineoplásica: mucositis, xerostomía y disgeusia. Consecuencias nutricionales y su tratamiento

Dra. Palmira Foro Arnalot

Radioterapia y nutrición

La radioterapia es un pilar fundamental en el tratamiento de las enfermedades neoplásicas que, junto con la quimioterapia, se administra a la gran mayoría de los pacientes oncológicos, pero los efectos secundarios pueden tener **consecuencias importantes en lo que respecta a la nutrición**, con problemas graves para la salud, sobre todo en los pacientes con tumores del área ORL y digestivos.

En los pacientes con riesgo de desnutrición por **mucositis, xerostomía y disgeusia**, es recomendable realizar una visita previa al tratamiento para evaluar el estado nutricional y ofrecer consejos dietéticos e higiénicos que contribuyan a minimizar los efectos secundarios de los tratamientos antineoplásicos.

No se recomienda colocar una sonda nasogástrica profiláctica, salvo en los pacientes con una pérdida de peso del 5% en 1 mes, o bien del 10% en 6 meses. En tal caso, deben realizarse controles semanales durante el tratamiento para evaluar el peso, la ingesta y la toxicidad.

Sumario

Efectos adversos de la radioterapia antineoplásica: mucositis, xerostomía y disgeusia – Consecuencias nutricionales y su tratamiento

Radioterapia y nutrición

Mucositis

Algoritmo de diagnóstico y manejo nutricional de la mucositis, la xerostomía y la disgeusia

Xerostomía y disgeusia

Bibliografía

Repercusión de los factores psicoafectivos en la alimentación del paciente oncológico

Importancia socioafectiva del comer

Trastornos de la alimentación y cáncer

Respuestas comportamentales

Respuestas emocionales

Respuestas perceptuales

Respuestas actitudinales

Abordaje multidisciplinar

Bibliografía

Puntos clave

Mucositis

La mucositis es la **inflamación de la mucosa oral** como consecuencia de la depleción del epitelio basal producida por la radiación. Suele complicarse con sobreinfecciones por *Candida*. La mayoría de los pacientes irradiados en la cabeza y el cuello desarrollan una mucositis grave. El paciente puede presentar **dolor, quemazón, dificultad para deglutir y sequedad de boca**.

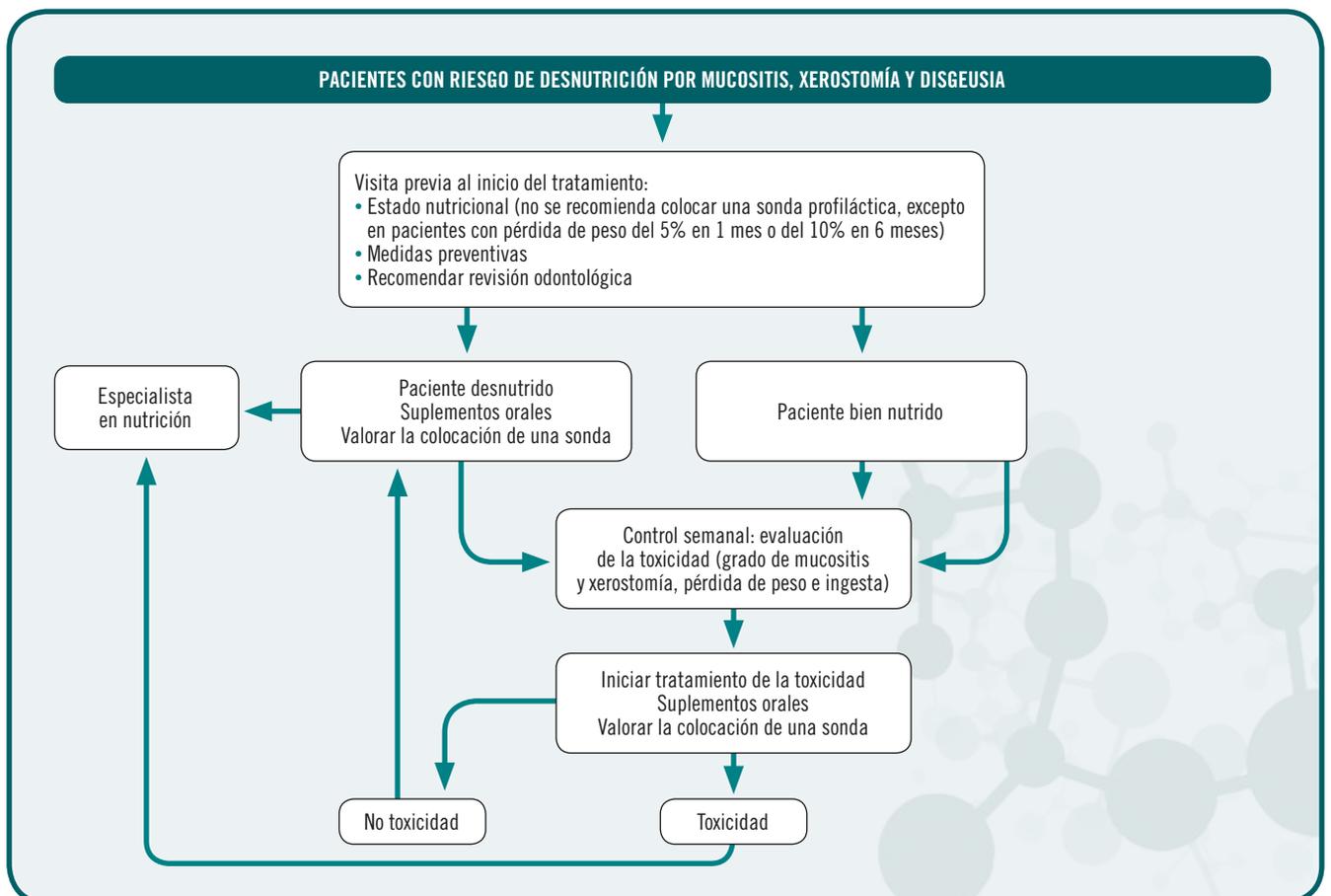
El tratamiento es fundamentalmente preventivo y de soporte. En cuanto al **tratamiento preventivo**, se recomienda seguir una dieta blanda, poco condimentada, beber abundantes líquidos, evitar el alcohol, el tabaco y los alimentos irritantes, seguir una higiene dental meticulosa con un dentífrico fluorado y enjuagues con bicarbonato, y no utilizar dentaduras postizas durante la radioterapia y,

al menos, hasta 2 meses después de la desaparición de los síntomas. Asimismo, se recomienda realizar una revisión de la cavidad oral y una extracción de las piezas dentales en mal estado^{1,2}.

La mayoría de los pacientes irradiados en la cabeza y el cuello desarrollan una mucositis grave

Si existe **odinofagia**, el uso de colutorios anestésicos con **lidocaína** viscosa al 2% antes de las comidas, además de la utilización de analgésicos, puede controlar los síntomas. Los enjuagues con **bencidamina** y **clonidina** han demostrado beneficios en pacientes tratados por cáncer de

Algoritmo de diagnóstico y manejo nutricional de la mucositis, la xerostomía y la disgeusia



cabeza y cuello. Por el contrario, se desaconseja el uso de colutorios con clorhexidina, ya que aumentan la sensación de quemazón. También pueden proporcionar alivio los agentes de barrera, como el **ácido hialurónico**.

Los cambios en el sentido del gusto inducen modificaciones en los hábitos alimentarios de los pacientes con cáncer

Respecto a las infecciones concomitantes, en su mayoría **candidiasis**, puede pautarse **cotrimoxazol** tópico, más eficaz que las soluciones con nistatina, si bien, debido a la inflamación de la mucosa, se tolera mejor el tratamiento sistémico con ketoconazol o fluconazol, además de antibióticos, si se sospecha una enfermedad bacteriana oral.

Controlar el **dolor provocado por la mucositis** es fundamental. El tratamiento debe iniciarse de forma precoz y muchos pacientes requieren fentanilo transdérmico, por tener afectada la vía oral. Hay que prestar especial atención al dolor irruptivo en el momento de la ingesta, que en muchas ocasiones requerirá la administración de medicamentos de rescate antes de las comidas.

Xerostomía y disgeusia

La xerostomía se manifiesta como **sequedad de boca, lengua urente, dificultad para hablar y tragar, disgeusia y aumento de las infecciones**. La xerostomía aparece tras la radioterapia a causa de la atrofia de las glándulas salivales (la saliva se vuelve densa, pegajosa y viscosa). La **hiposialia** favorece la **sobreinfección**, sobre todo por *Candida*, así como el aumento de la frecuencia de **caries** y del riesgo de **osteoradionecrosis**^{3,4}.

La depleción de las papilas gustativas ocasiona **cambios en el sentido del gusto (disgeusia)**, que empeoran la calidad de vida del paciente oncológico y dan lugar a modifi-

caciones en sus hábitos de alimentación que pueden conducir a la pérdida de peso y la desnutrición⁵.

Además de las medidas ya citadas para la mucositis, se recomienda ingerir alimentos que precisen masticación para incrementar la saliva y el sentido del gusto, utilizar chicles sin azúcar, beber con frecuencia entre las comidas, evitar comidas secas, productos con azúcares refinados (dulces, bollería, pasteles), y eliminar los fármacos que puedan producir xerostomía.

La utilización de fármacos **sustitutivos artificiales de la saliva** con mucina o metilcelulosa produce alivio. Sin embargo, debido a su corta duración, la mayoría de los pacientes prefiere humedecer la boca con agua. También se pueden recomendar fármacos estimuladores de la salivación, como la pilocarpina⁶ o la cevemelina, o estimuladores gustatorios, como el xilitol o el sorbitol. ●

Bibliografía

1. Verdú Rotellar JM, Algara López M, Foro Arnalot P, Domínguez Tarragona M, Blanch Mon A. Atención a los efectos secundarios de la radioterapia. Medifam. 2002; 12: 426-435.
2. Murdoch-Kinch CA, Zwetckhenbaum S. Dental management of the head and neck cancer patients treated with radiation therapy. J Mich Dent Assoc. 2011; 93: 28-37.
3. Lee IJ, Koom WS, Lee CG, Kim YB, Yoo SW, Keum KC, et al. Risk factors and dose-effect relationship for mandibular osteoradionecrosis in oral and oropharyngeal cancer patients. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2009; 75: 1.084-1.091.
4. Jensen SB, Pedersen AM, Vissink A, Andersen E, Brown CG, Davies AN, et al. A systematic review of salivary gland hypofunction and xerostomia induced by cancer therapies: management strategies and economic impact. Support Care Cancer. 2010; 18: 1.061-1.079.
5. Ackerman D, Laszlo M, Provisor A, Yu A. Nutrition management for the head and neck cancer patient. Cancer Treat Res. 2018; 174: 187-208.
6. Gorsky M, Epstein JB, Parry J, Epstein MS, Le ND, Silverman S Jr. The efficacy of pilocarpine and bethanechol upon saliva production in cancer patients with hyposalivation following radiation therapy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2004; 97: 190-195.

Repercusión de los factores psicoafectivos en la alimentación del paciente oncológico

Dra. María Die Trill

Importancia socioafectiva del comer

Para el ser humano alimentarse implica mucho más que el mero acto de saciar el hambre y recuperar la energía gastada. **Compartir una comida es el núcleo del lazo familiar y social**; es un modo primario de estar juntos, tiene un gran valor sociocultural y constituye una fuente significativa de satisfacción. Desde el momento en que nacemos la alimentación adquiere un significado especial: el contacto con el cuerpo cálido y suave de la madre que alimenta al lactante le transmite la sensación de ser querido y fortalece el vínculo entre madre e hijo. De esta forma, el sentimiento de ser alimentado y el de ser protegido y querido van inseparablemente unidos en las primeras experiencias de la vida.

Trastornos de la alimentación y cáncer

La **desnutrición**, la **inapetencia**, la **disgeusia**, la **disfagia** y otros trastornos de la alimentación son frecuentes en los pacientes con cáncer. Pueden estar causados por el propio tumor o por la administración de determinados tratamientos. A estos trastornos se unen otras alteraciones que también interfieren en el proceso de la alimentación, como las **náuseas** y los **vómitos**. Algunos pacientes que reciben altas dosis de quimioterapia pueden incluso necesitar nutrición parenteral. Todo ello afecta negativamente a la adaptación emocional del enfermo.

Respuestas comportamentales

Algunas consecuencias comportamentales del cáncer y su tratamiento son las **aversiones** condicionadas, los **cambios en las preferencias de alimentos** y las **náuseas y vómitos anticipatorios** o condicionados.

Tanto las aversiones condicionadas como las náuseas y vómitos anticipatorios son el resultado de un **proceso pavloviano de condicionamiento** clásico. En el caso de las aversiones

condicionadas, el paciente «aprende» a rechazar alimentos que le han producido náuseas o vómitos en alguna ocasión tras la quimioterapia. De aquí la importancia de sugerir a los pacientes que, durante la quimioterapia, cambien con frecuencia los alimentos que ingieren, con el fin de que no se asocien repetidamente a la administración de los fármacos antineoplásicos.

Como su propio nombre indica, las náuseas y vómitos anticipatorios o condicionados aparecen **antes de la administración de quimioterapia**. Ya dijimos que también son el resultado de un proceso de condicionamiento pavloviano: estímulos neutros que inicialmente no producen respuesta alguna en el paciente, asociados repetidamente a la administración de la quimioterapia, como el olor del alcohol o el color del jersey de la enfermera que administra el tratamiento, acaban adquiriendo la capacidad de inducir en el paciente respuestas similares a las que produce la quimioterapia, de manera que, cuando recibe ese estímulo, empieza a experimentar náuseas o vómitos.

Las náuseas y los vómitos, tanto posquimioterápicos como anticipatorios, afectan muy significativamente a la capacidad de ingerir alimentos y líquidos, e influyen negativamente en el bienestar de los pacientes. Además, muchos de ellos se preocupan excesivamente por el hecho de que no comer bien pueda perjudicar su recuperación.

Respuestas emocionales

La relación entre el **bienestar emocional** y el **estado nutricional** está documentada en la literatura científica psicooncológica. Las respuestas emocionales descritas con mayor frecuencia son la **ansiedad** y la **depresión**. Muchos pacientes con cáncer presentan dificultades emocionales de diferente intensidad debido al sufrimiento ocasionado por la enfermedad y los tratamientos. Un estado psicológico deteriorado no sólo afecta al apetito, sino que también **aumenta la toxicidad de los tratamientos**¹, lo cual, a su vez, revierte sobre el estado nutricional del enfermo y agrava el malestar emocional (figura 1).

Algunos investigadores han demostrado que **el mal estado nutricional y psicológico son factores de riesgo independientes** para la presentación de efectos graves tras la administración de tratamientos antineoplásicos e influyen en la recuperación de los pacientes². Los cambios en el apetito secundarios a la depresión ocasionan pérdidas o aumentos de peso que contribuyen a alterar la imagen del paciente y pueden generar altos niveles de **malestar emo-**

cional. Una pérdida de peso del 5% durante 6 meses se asocia a una **incidencia mayor de complicaciones** del tratamiento, **morbilidad** y **mortalidad** en pacientes con tumores de cabeza y cuello³. Los pacientes que experimentan pérdidas de peso y otros síntomas de desnutrición a menudo presentan malestar emocional, que se manifiesta en mayores índices de cansancio, ansiedad, insomnio y depresión⁴. Además, se han identificado algunos mecanismos biológicos que parecen asociar el malestar emocional con la desnutrición. Por ejemplo, la **anorexia** relacionada con los tumores parece estar asociada con un **desequilibrio de la serotonina**, un biomarcador de la depresión, lo que sugiere una asociación entre la anorexia relacionada con el cáncer y la depresión⁵.

El mal estado psicológico afecta a la alimentación y aumenta la toxicidad de los tratamientos

No sólo la quimioterapia y la radioterapia alteran el estado nutricional y afectan significativamente a la calidad de vida y el bienestar emocional. Muchos pacientes con tumores gastrointestinales o de cabeza y cuello tienen con

frecuencia, por las secuelas de la cirugía, dificultades para la deglución que favorecen la aparición de síntomas ansiosos o depresivos. La disfagia, la falta de apetito y las llagas en la boca causan desnutrición y se asocian a malestar emocional⁶.

Respuestas perceptuales

Un componente perceptual común es la **palatabilidad** de los alimentos. Los **cambios en el sentido del gusto** afectan a la calidad de vida del paciente. No poder saborear la comida constituye una gran pérdida que, añadida a los demás deterioros producidos por la enfermedad, puede inducir sentimientos de tristeza y frustración.

Respuestas actitudinales

Las respuestas actitudinales incluyen los **valores sociales, religiosos y culturales**, que pueden modificarse como consecuencia de la enfermedad, las alteraciones en la alimentación y los trastornos del estado del ánimo.

Por ejemplo, la disfunción y la deformidad que producen los tumores de cabeza y cuello, con las consiguientes dificulta-

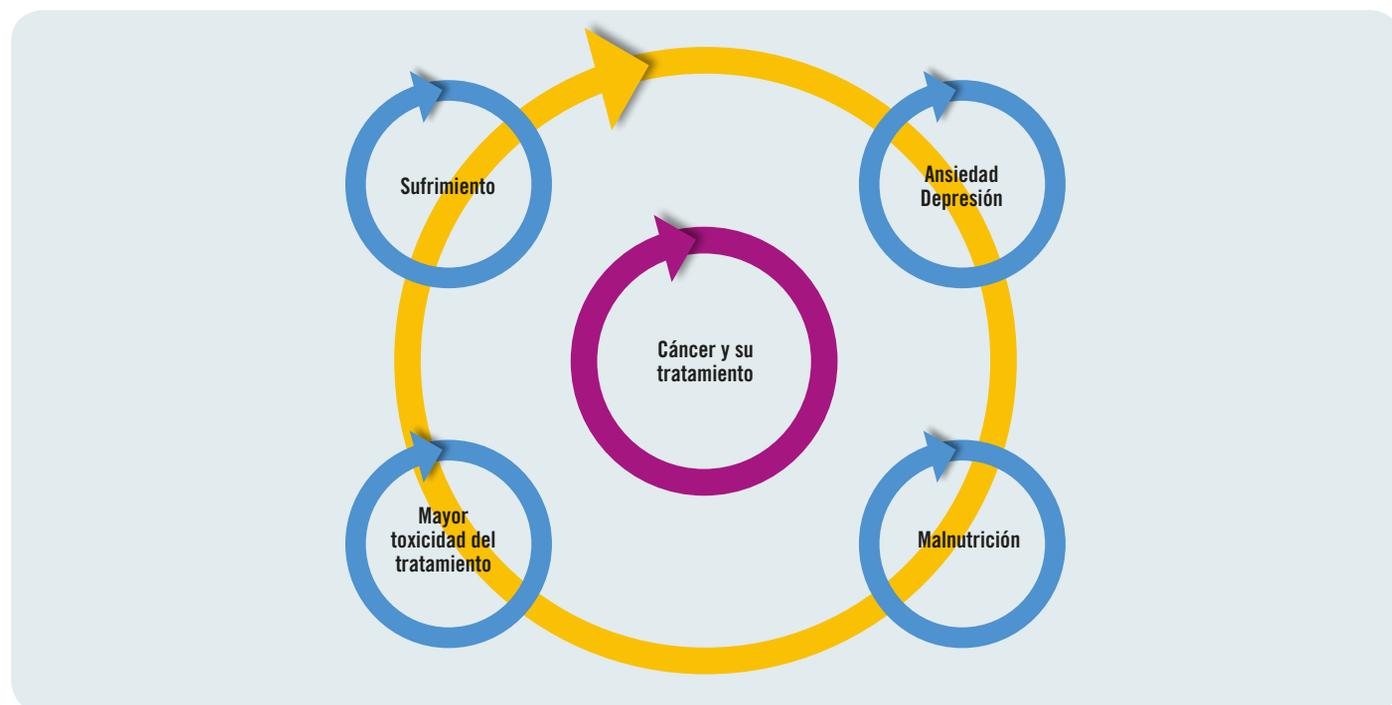


Figura 1. El círculo vicioso de las respuestas emocionales al cáncer y su tratamiento.



Figura 2. Abordaje multidisciplinario de los trastornos de la alimentación en el paciente oncológico.

des para masticar y tragar, sumadas a las limitaciones en la comunicación y la expresión emocional, aumentan el aislamiento y el malestar del paciente.

La pérdida de peso se asocia a una incidencia mayor de complicaciones, morbilidad y mortalidad en los pacientes con tumores de cabeza y cuello

Perderse comidas con familiares y amigos puede favorecer el sentimiento de **exclusión** y limitar los apoyos sociales que recibe el enfermo. Es frecuente que los enfermos de cáncer eviten comidas por estos motivos, lo cual puede empeorar su estado nutricional.

Abordaje multidisciplinario

La colaboración multidisciplinaria es fundamental en estos pacientes con necesidades tan diversas y complejas: el **logopeda** tratará las dificultades para tragar, con lo que mejora la ingesta de alimentos y se reduce la ansiedad asociada a las comidas; el **trabajador social** proporcionará apoyo sobre preocupaciones psicosociales básicas, y puede implicar al entorno social del paciente con el fin de

reducir su aislamiento; el **psicólogo o psiquiatra** abordará los problemas más graves de adaptación, depresión, ansiedad e insomnio; el **nutricionista** actuará sobre la alimentación del paciente teniendo en cuenta su estado médico y emocional, sus necesidades fisiológicas y sus preferencias personales, socioeconómicas, religiosas y culturales. En cualquier caso, ayudar a los pacientes a gestionar su malestar emocional e identificar los factores psicológicos que pueden estar influyendo en su desnutrición deben formar siempre parte de la evaluación clínica (figura 2). ●

Bibliografía

1. Gramignano G, Lusso MR, Madeddu C, Massa E, Serpe R, Deiana L, et al. Efficacy of L-carnitine administration on fatigue, nutritional status, oxidative stress, and related quality of life in 12 advanced cancer patients undergoing anticancer therapy. *Nutrition*. 2006; 22: 136-145.
2. Tian J, Chen ZC, Fang Hang L. Effects of nutritional and psychological status in gastrointestinal cancer on tolerance of treatment. *World J Gastroenterol*. 2007; 13(30): 4.136-4.140.
3. Rudolph D. Appetite stimulants in long term care: a literature review. *Internet J Adv Nurs Pract*. 2010; 11(1): 8.
4. Holland JC, Alici Y. Management of distress in cancer patient. *J Support Oncol*. 2010; 8: 4-12.
5. Hopkinson JB, Wright DN, Foster C. Management of weight loss and anorexia. *Ann Oncol*. 2008; 19 Supl 7: 289-293.
6. Ma L, Poulin P, Feldstain A, Chasen MR. The association between malnutrition and psychological distress in patients with advanced head and neck cancer. *Curr Oncol*. 2013; 20: 554-560.

Puntos clave

1

La radioterapia tiene efectos secundarios que pueden afectar de manera notable el estado nutricional del paciente, especialmente en los tumores ORL y digestivos.

2

Una visita previa para evaluar el estado nutricional y dar consejo dietético e higiénico puede minimizar los efectos secundarios de los tratamientos antineoplásicos.

3

Es fundamental controlar el dolor causado por la mucositis desde el primer momento, incluso con fentanilo transdérmico si fuera necesario.

4

Xerostomía y disgeusia dan lugar a modificaciones en los hábitos de alimentación que pueden conducir a la pérdida de peso y la desnutrición.

5

Las alteraciones nutricionales del paciente oncológico tienen implicaciones emocionales significativas, y viceversa, el estado emocional puede afectar negativamente a la nutrición del enfermo.

6

La evaluación clínica del enfermo oncológico debe incluir siempre la identificación de factores psicológicos que puedan influir en la nutrición.

7

El mal estado nutricional y psicológico es un factor de riesgo independiente para la aparición de efectos adversos graves de los tratamientos antineoplásicos.

8

El estado psicológico y nutricional del paciente con cáncer debe abordarse desde una perspectiva multidisciplinar.

Dietas completas líquidas

FontActiv®

Con la llegada de **HP/HC Fibra**, la familia se refuerza para ofrecerle el soporte nutricional que sus pacientes necesitan.

FINANCIABLES
SNS



Descubra toda nuestra gama de productos en

www.fontactiv.es

75 AÑOS INNOVANDO
ORDESA

XXXX