



DESAFIOS DA NUTRIÇÃO E MANEJO DO PACIENTE ONCOLÓGICO

Transcrição da aula ministrada em 22.08.2019



Dr. Thiago Jorge

Oncologista Clínico
BP- A Beneficência Portuguesa
de São Paulo



Nut. Lilian Mika

Nutricionista
Mestre em Ciências pela FMUSP
Especialista em Terapia Nutricional
Parenteral e Enteral pela BRASPEN
Especialização em Nutrição Hospitalar
pelo ICHC-FMUSP

Do período de suspeita até o diagnóstico, pode levar muito tempo. O indivíduo demora a suspeitar que tenha um tumor e muitas das vezes, ele não associará os sintomas que está tendo com isso. É durante esse período que ele emagrece e acaba sofrendo o cataclismo inflamatório que o câncer pode gerar.

O diagnóstico é primariamente histológico, sendo necessária uma biópsia. Mas também envolve o estadiamento. O estadiamento significa saber onde o tumor está localizado, bem como seu avanço ou se é metastático.

Estima-se que cerca de 40% a 80% dos pacientes apresentarão desnutrição durante o curso da doença¹, de 15% a 40% dos pacientes apresentam perda de peso até o diagnóstico² e 42% dos pacientes desnutridos intrahospitalares não recebem tratamento para tal.³

COMO DIAGNOSTICAR A DESNUTRIÇÃO?

Avaliação Nutricional (AN)

- Diversas ferramentas de triagem e avaliação nutricional baseiam-se em peso, altura, necessidades metabólicas e ingestão calórica;
- Outras medidas antropométricas, como: pregas cutâneas e definição de tônus e força muscular raramente são feitas em consultórios.

Quando o paciente desenvolve alguma alteração nutricional indicada por esses parâmetros, isso já pode caracterizar a presença de sarcopenia.

SARCOPENIA E PROGNÓSTICO

Sarcopenia é uma síndrome geriátrica que acomete a musculatura esquelética de forma progressiva e generalizada. É a combinação do comprometimento da força, massa e performance muscular. No idoso, a presença de sarcopenia está associada a maior chance de desfechos negativos, tais como: quedas, fraturas, incapacidade física e mortalidade.^{4,5}

IMPACTO DA SARCOPENIA NO DESFECHO



NÁUSEAS
E VÔMITOS



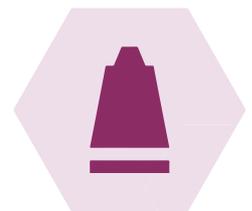
DIARREIA



DISGEUSIA



FADIGA



MUCOSITE

MENOR TOLERÂNCIA AO TRATAMENTO

Os pacientes com sarcopenia que perdem peso principalmente durante o tratamento, não toleram bem o tratamento oncológico. A relação da dose de quimioterapia tem a ver com o desfecho. Os que conseguem tomar as doses adequadas são os pacientes que possuem melhor prognóstico, mas também possuem relação direta com a sarcopenia propriamente dita.⁶

SOBREVIDA MENOR

A perda muscular durante o tratamento implica em falha mais rápida e menor sobrevida global.⁷

INTERVENÇÃO NUTRICIONAL⁸

Não há um remédio específico para a Sarcopenia. O que se tem é uma intervenção nutricional oral, dando suporte com suplementos orais, ou por meio de uma nutrição parenteral ou enteral. Conseqüentemente se vê um ganho de sobrevida com essas intervenções. Um paciente bem nutrido ou que não perde peso durante a quimioterapia tolera melhor o tratamento.

EXERCÍCIOS FÍSICOS

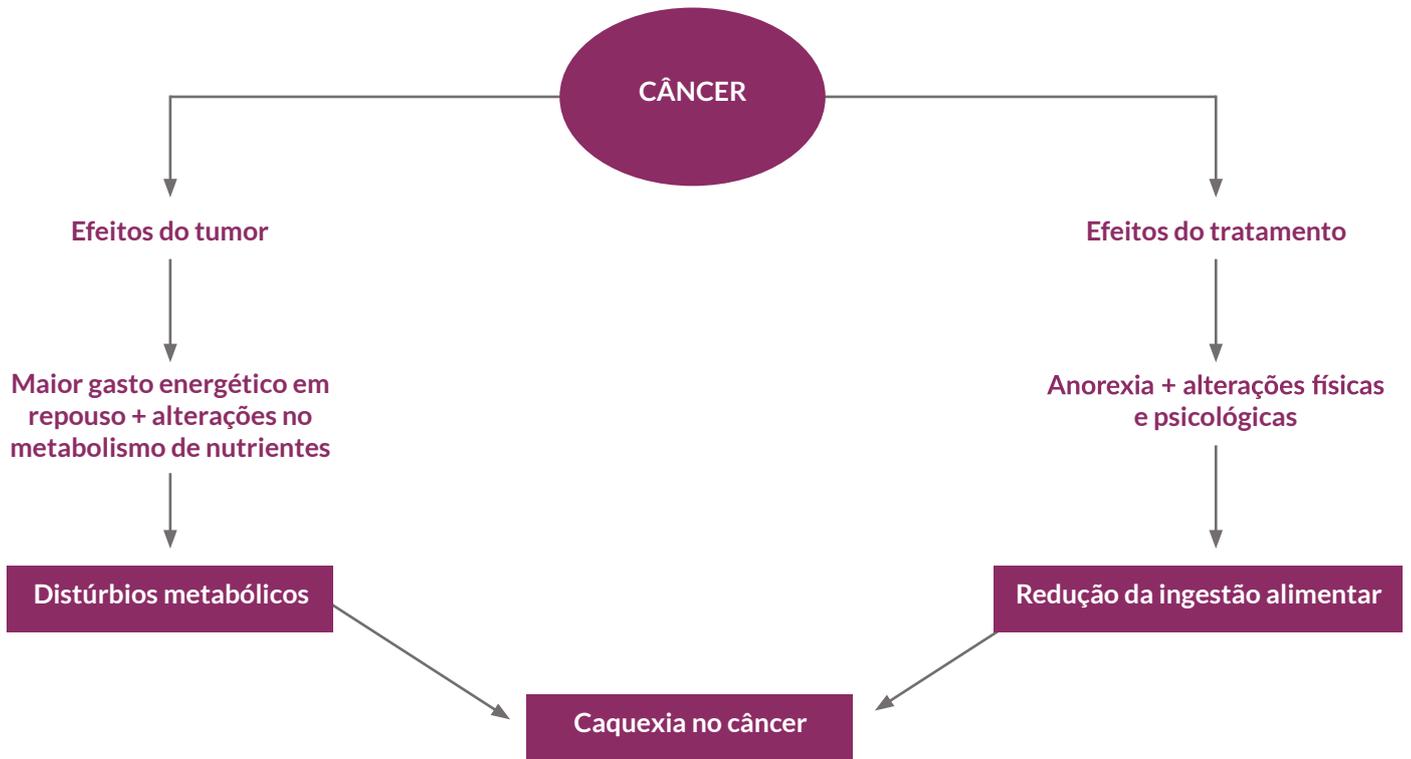
Quanto mais o paciente está ativo, maior sobrevida ele tem com o tratamento. Pacientes ativos têm menos toxicidade com o tratamento.⁸



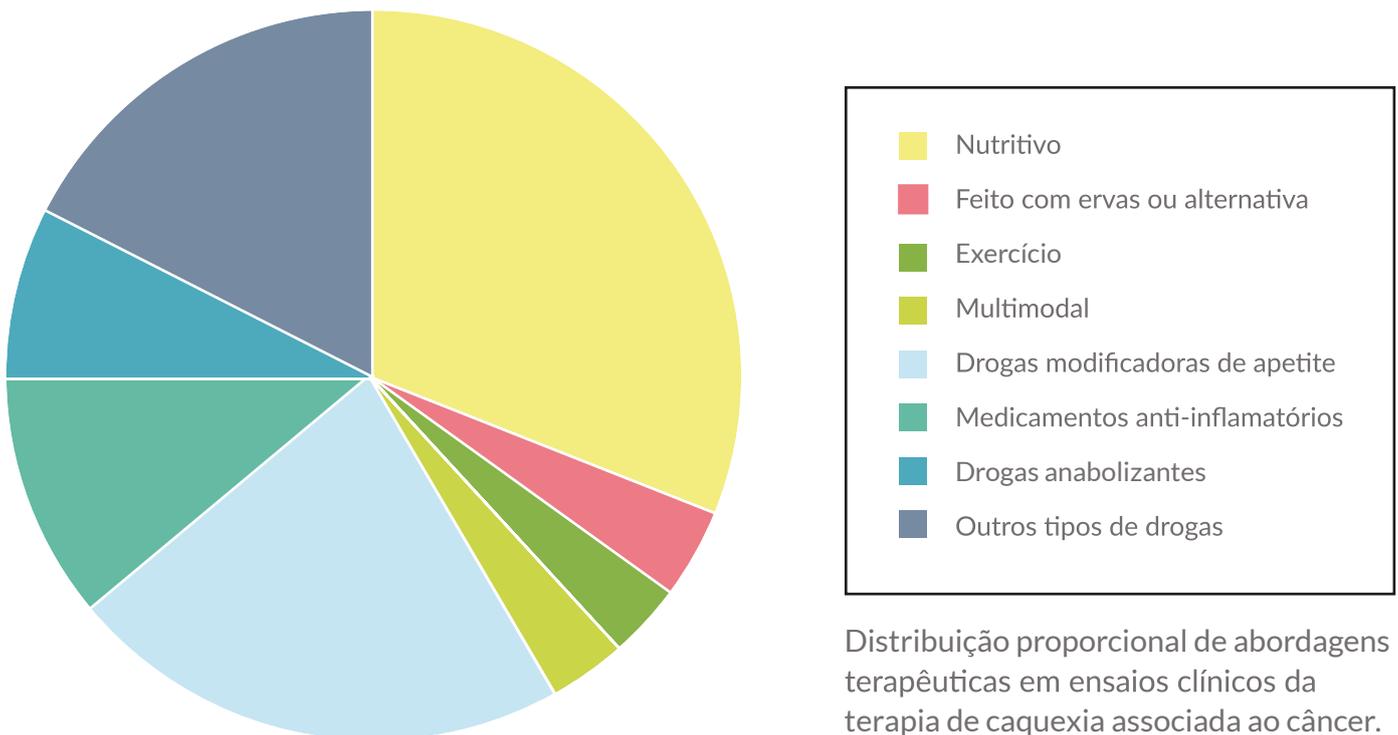
CAQUEXIA

A caquexia associada ao câncer é uma síndrome multifatorial. É caracterizada por perda progressiva da massa muscular esquelética, acompanhada ou não da perda de gordura, não podendo ser totalmente revertida pela terapia nutricional convencional, levando a uma alteração funcional progressiva.^{9,10} Ela afeta de 50% a 80% dos pacientes com câncer. Cerca de 20% das mortes de pacientes oncológicos estão relacionadas com a caquexia.¹¹

CAQUEXIA ASSOCIADA AO CÂNCER¹²

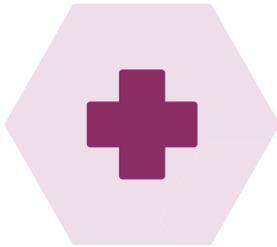


ABORDAGEM TERAPÊUTICA¹³



REPERCUSSÕES INDESEJÁVEIS DO CÂNCER SOBRE O ESTADO NUTRICIONAL

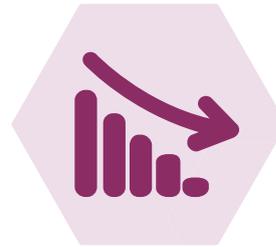
O estado nutricional comprometido deve ser tratado desde o início e durante toda a jornada oncológica do paciente.¹⁴ É preciso nutrir o paciente em todas as frentes, seja na cirurgia, na quimioterapia ou radioterapia, porque esse estado nutricional prejudicado, essa perda de peso e de massa muscular, está relacionado a:¹⁵



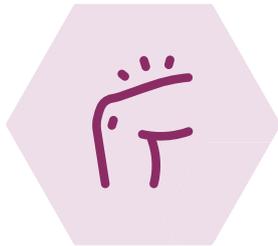
COMPLICAÇÃO
CIRÚRGICA



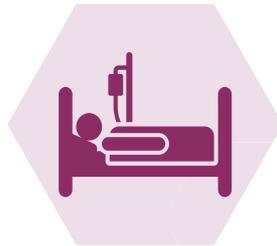
MAIOR TOXICIDADE
À QT



REDUÇÃO DA RESPOSTA
AO TRATAMENTO



DIMINUIÇÃO DA
CAPACIDADE FÍSICA



PIOR DESFECHO
CLÍNICO



PIORA DA
QUALIDADE DE VIDA

MANEJO NUTRICIONAL

O manejo nutricional tem como objetivo prevenir a perda de peso e da massa muscular, além de evitar interrupções do tratamento. Em cânceres com estágios mais avançados:¹⁶

- Melhora a qualidade de vida;
- Minimiza sintomas, como náuseas e vômitos que impactam na ingestão alimentar.

NECESSIDADES CALÓRICAS

Como fazer intervenção nutricional para esse paciente, após a triagem e avaliação nutricional? É preciso realizar o cálculo das necessidades calóricas.

O que dizem as Diretrizes?¹⁷

Tabela 2: Recomendações de oferta energética para paciente com câncer

PACIENTES	OFERTA ENERGÉTICA
Com câncer adulto e idoso, em tratamento antineoplásico ^{2,13}	Semelhante a indivíduos saudáveis. Geralmente entre 25 a 30 kcal/kg/dia
Com câncer idoso com IMC < 18,5 kg/m ^{2,12}	De 32 a 38 kcal/kg/dia
Com câncer em tratamento paliativo ²	Considerar a mesma recomendação para o paciente com câncer adulto e idoso em tratamento antineoplásico, mas na impossibilidade de atingir a meta, adequar a oferta calórica que melhor conforte o paciente
Sobreviventes do câncer ²	Indivíduos saudáveis e geralmente variando entre 25 e 30 kcal/kg/ dia, para manutenção do peso em pacientes eutróficos
Com câncer e obesidade ^{5,7}	Entre 20 a 25 kcal/kg/dia
Com câncer e caquexia ou desnutridos ^{5,7}	Entre 30 a 35 kcal/kg/dia

NECESSIDADES PROTEICAS

O que dizem as Diretrizes?

ESPEN^{18,19} Oncologia

Recomendado: > 1,0g/kg/dia

Manter: 1,2 a 2,0g/kg/dia

Se possível 1,5 g/kg/dia

Cirurgia: 1,5g/kg Peso Ideal/dia

INCA²⁰

Tratamento oncológico sem complicações: de 1,0 a 1,2 g/kg/dia

Tratamento oncológico com estresse moderado: de 1,2 a 1,5 g/kg/dia

Tratamento oncológico com estresse grave e depleção proteica 1,5 a 2,0g/kg/dia

BRASPEN¹⁷

Considerar oferta proteica acima de 1,0 e, se a inflamação sistêmica for presente, considerar 1,2 -2,0g/kg/dia

Pacientes com algum grau de desnutrição, de 1,2 a 1,5g/kg/dia

O estado nutricional é um dos fatores que mais influenciam nos resultados do pós-operatório. A resposta orgânica ao trauma cirúrgico tem maiores repercussões e influencia negativamente os resultados pós-operatórios.²¹

MANEJO NUTRICIONAL DO PACIENTE ONCOLÓGICO CIRÚRGICO^{22,23}

O paciente deve ter um cuidado integral, desde o pré-operatório até a alta hospitalar.

Benefícios do preparo imunológico

Atender o paciente antes da cirurgia oferece inúmeros benefícios. O uso de nutrientes imunomoduladores visa uma melhor resposta metabólica ao estresse, além de:

- Diminuição no tempo de permanência hospitalar (custos hospitalares);
- Melhora da cicatrização operatória;
- Melhora de marcadores bioquímicos como pré-albumina, proteína ligadora do retinol e transferrina;
- Diminuição de taxas de infecções pós-cirúrgicas;
- Manutenção da barreira intestinal como órgão de defesa.

IMUNIDADE INTESTINAL²²

Cerca de 80% do sistema imunológico está localizado no TGI. Portanto, através da alimentação saudável, nutrição enteral ou suplemento oral, se tem uma ótima maneira de modulá-lo.

TERAPIA NUTRICIONAL EM CIRURGIA, EM QUAL MOMENTO?²³

Recomenda-se que os pacientes cirúrgicos, independente do estado nutricional, recebem fórmulas imunomoduladoras contendo arginina, ômega-3, nucleotídeos e antioxidantes na quantidade de 500ml a 1000ml por dia, de 5 a 7 dias no pré-operatório, sendo que para pacientes com alto risco nutricional, essa fórmula deve ser continuada no pós-operatório de 5 a 7 dias.

CONCLUSÃO

Desafios: adesão ao tratamento nutricional (tanto para o paciente como para o profissional)

Principais dificuldades: perda de apetite, dor, mucosite, náuseas, vômitos, alteração do paladar

É preciso respeitar a tolerância e a aceitação do paciente

As principais evidências da imunonutrição no paciente oncológico cirúrgico é no perioperatório (5-7 dias no pré + 5-7 dias no pós)

Fornecer suplementação antes e depois das intervenções, com continuidade inclusive após a alta

Todas as dúvidas dos pacientes devem ser desmistificadas, sendo necessária a devida orientação sobre o tratamento nutricional, da melhor forma possível.

Referências 1. Dewys WD, et al. Prognostic Effect of Weight Loss Prior to Chemotherapy in Cancer Patients. Eastern Cooperative Oncology Group. Am J. Med. 1980;69(4):481-97. 2. Wigmore SJ, et al. Contribution of anorexia and hypermetabolism to weight loss in anicteric patients with pancreatic cancer. BJS. 1997;84(2):196-7. 3. Hébuterne X, et al. Prevalence of Malnutrition and Current Use of Nutrition Support in Patients With Cancer. JPEN. 2014;38(2):196-204. 4. Colloca G, et al. Musculoskeletal aging, sarcopenia and cancer. J Geriatr Oncol. 2019;10(3):504-509. 5. Ryan AM, et al. Cancer-associated malnutrition, cachexia and sarcopenia: the skeleton in the hospital closet 40 years later. Proc Nutr Soc. 2016;75(2):199-211. 6. Ganju RG, et al. The impact of skeletal muscle abnormalities on tolerance to adjuvant chemotherapy and radiation and outcome in patients with endometrial cancer. J Med Imaging Radiat Oncol. 2019;64(1):104-12. 7. Sugiyama K, et al. Baseline Sarcopenia and Skeletal Muscle Loss During Chemotherapy Affect Survival Outcomes in Metastatic Gastric Cancer. Anticancer Res. 2018;38(10):5859-66. 8. Guercio BJ, et al. Associations of Physical Activity With Survival and Progression in Metastatic Colorectal Cancer: Results From Cancer and Leukemia Group B (Alliance)/SWOG 80405. Journal of Clinical Oncology. 2019;37(29):2620-31. 9. Fearon K, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. Lancet Oncol. 2011;12(5):489-95. 10. Ryan AM, et al. Cancer-associated malnutrition, cachexia and sarcopenia: the skeleton in the hospital closet 40 years later. Proc Nutr Soc. 2016;75(2):199-211. 11. Argilés JM, et al. Cancer Cachexia: Understanding the Molecular Basis. Nat Rev Cancer. 2014;14(11):754-62. 12. Van Cutsem E, Arends J. The Causes and Consequences of Cancer-Associated Malnutrition. Eur J Oncol Nurs. 2005;9(Suppl 2):51-63. 13. Baracos VE, et al. Cancer-associated cachexia. Nat Rev Dis Primers. 2018;4:17105. 14. Britton B, et al. Eating As Treatment (EAT) study protocol. BMJ Open. 2015;5(7):e008921. 15. Martin L, et al. Diagnostic Criteria for the Classification of Cancer-Associated Weight Loss. J Clin Oncol. 2015;33(1):90-9. 16. Blackwood HA, et al. A Systematic Review Examining Nutrition Support Interventions in Patients With Incurable Cancer. Support Care Cancer. 2020;28(4):1877-1889. 17. Horie LM, et al. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente com câncer. BRASPEN J. 2019;34(1):3-23. 18. Arends J, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr. 2017;36(1):11-48. 19. Weimann A, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. Clin Nutr. 2017;36(3):623-50. 20. Consenso nacional de nutrição oncológica / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Gestão Assistencial, Hospital do Câncer I, Serviço de Nutrição e Dietética; organização Nivaldo Barroso de Pinho - 2. ed. rev. ampl atual - Rio de Janeiro: INCA, 2015; 182p. 21. Koch CG, et al. What Are the Real Rates of Postoperative Complications: Elucidating Inconsistencies Between Administrative and Clinical Data Sources. J Am Coll Surg. 2012;214(5):798-805. 22. Bengmark S. Enteral nutrition in HPB surgery: past and future. Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery. 2002;9(4):448-458. 23. McClave AS, et al. An Evidence-Based Approach to Perioperative Nutrition Support in the Elective Surgery Patient. JPEN. 2013;37(5 Suppl):39S-50S.



Conheça a loja virtual da Nestlé
www.nutricaoatevoce.com.br