

SUORTE NUTRICIONAL EM ONCOLOGIA

O Doente Ambulatório*

M.E. CAMILO

Serviço de Medicina II. Faculdade de Medicina. Hospital de Santa Maria. Lisboa.

RESUMO

Os processos de regeneração tissular e cicatrização exigem nutrição individualizada, muitas vezes com manipulação dietética de alimentos correntes e suplementação em macro e micro nutrientes para prevenção ou correcção de deficiências prévias ou iatrogénicas. São apresentados esquemas e soluções práticas para fornecer um suporte nutricional eficaz no ambulatório em Oncologia.

SUMMARY

Nutritional Support in Oncology - The out patient

The process of tissue regeneration and healing requires individualized nutrition, often with dietary manipulation of regular foodstuffs and supplements to prevent or correct previous or iatrogenic deficiencies. A practical approach to problem-solving in order to provide the best possible nutritional support at home is presented.

INTRODUÇÃO

A malnutrição é extremamente comum no doente oncológico¹. As causas são multifactoriais e resultam do desequilíbrio entre o aporte de nutrientes e as necessidades do doente. Entre os factores apontados são dominantes: a anorexia resultante da localização do tumor, alterações do paladar, aumento dos níveis de ácido láctico, factores neuroendócrinos e psicológicos, reacção a terapêutica sistémica (quimioterapia) ou dirigida (radioterapia ou cirurgia) e ainda as alterações do metabolismo das proteínas, hidratos de carbono e lípidos^{2,3}. Estas últimas parecem ser determinadas por interacções entre doente-tumor em que péptidos endógenos e citocinas, tais como o factor de necrose tumoral, são importantes mediadores. Embora a presença de malnutrição seja em certos casos um factor de grande importância prognóstica, o papel da terapêutica nutricional como medida adjuvante ainda não está bem definido; são raras as situações (hematologia) em que há dados científicos que permitam afirmar que o suporte nutricional agressivo determina melhor resposta terapêutica global. Na clínica, há sempre doentes que saem fora das estatísticas e portanto há que dar o benefício da dúvida e

fornecer um suporte nutricional que se pretende eficaz e precoce no sentido de prevenir a malnutrição, otimizar a qualidade de vida e eventual resposta a terapêutica dirigida^{4,5}. O objectivo deste artigo é divulgar medidas práticas de suporte nutricional exequíveis também no doente ambulatório em qualquer fase do seu plano terapêutico, sem benefício no doente terminal.

Terapêutica Nutricional

O doente oncológico necessita frequentes acertos do regime alimentar delienado na primeira avaliação. É uma terapêutica muito dinâmica, que embora planeada pelo médico e dietista/nutricionista, tem de ser adoptada pela restante equipa envolvida no tratamento e conforto do doente, sobretudo familiares^{6,7}.

Princípios Básicos

São semelhantes, embora mais complexos do que para a maioria dos doentes. Incluem a avaliação nutricional e plano nutricional individualizado

a) **Avaliação nutricional** - É importante que seja uma rotina simplificada que permita uma avaliação sequencial. Inclui uma anamnese e exame objectivos clássicos mas em que se dê ênfase a: extensão da doença com eventual repercussão no tubo digestivo, peso actual e perda de peso recente (nos 3 meses anteriores à primeira observação),

* Apresentado em parte no II Curso Pós-Graduado de Gastroenterologia Oncológica (Professor Lomba Viana). Instituto de oncologia, Porto, em 7 de Janeiro de 1994.

história dietética e ingestão de álcool, tempo de jejum recente, insuficiências de órgão associadas: diabetes, insuficiência hepática, cardíaca, renal, malabsorção e ainda análises: ionograma, fósforo, cálcio, magnésio, glicemia, ureia e creatinina séricas, função hepática, proteínas totais e albumina. A avaliação subjectiva e classificação do estado de nutrição em bom, regular ou mau, tendo o cuidado de palpar a espessura do tecido celular subcutâneo e a massa muscular na parte média do braço não dominante, são dados fundamentais para a valorização em posteriores observações. O registo do estado de hidratação permite apreciação crítica da evolução ponderal.

b) **Plano nutricional individualizado** - Fundamenta-se nos dados atrás colhidos, nas condições sócio-económicas e habitacionais, apoio familiar em termos de disponibilidade e grau de instrução. Deste conjunto resulta o plano inicial que poderá ter de ser adaptado em função de modificação de necessidades nutricionais, gostos e tolerância individuais e do tipo de terapêutica dirigida que possa ser encarada. À Cirurgia pode seguir-se melhor cicatrização e menos complicações se for possível melhorar o estado de nutrição prévio. Não deve no entanto ser protelada em função deste, sendo mais importante o suporte nutricional no pós-operatório. No caso de remoção de um segmento ou órgão significativo do aparelho digestivo podem ser necessárias modificações dietéticas (ex.: esteatorreia: redução de lípidos a 10-15% do valor calórico e suplementação de enzimas). A intensidade da Radioterapia e região irradiada determinam a natureza de alterações nutricionais, e causam frequentemente anorexia e náuseas. A radioterapia da cabeça, pescoço ou esófago

alteram a secreção salivar e mucosa bucal que vão afectar o paladar e sensibilidade à textura e temperatura dos alimentos. A radioterapia abdominal pode levar a alterações da mucosa intestinal com malabsorção e a médio/

QUADRO 1 - Atitudes para Controlo de Náuseas/Vómitos

Obter história detalhada dos vómitos

- . Data início
- . Duração
- . Gravidade
- . Factores que agravam ou aliviam sintomas
- . Repercussão no peso
- . Depleção electrolítica
- . Soluções

Limitar a ingestão de alimentos

Seleção cuidadosa para evitar aversão a alimentos anteriormente apreciados

Registar efeito antiemético de fármacos e eficácia relativa ao plano dietético

Identificar possíveis causas psicogénas

Reflexos condicionados! sobretudo se numerosos ciclos de quimioterapia; risco de falsas associações.

Excluir outras doenças

Insuf. Cardíaca, sind. gripal, oclusão ou subocclusão

Excluir outros fármacos

Antibióticos, digitálicos, narcóticos, anti-inflamatórios não esteroides

Adapt. de Williams SR⁶

QUADRO 2 - Sintomas que Afectam a Alimentação Entérica (I)

Problema	Causas	Soluções
Anorexia	Doença	Plano nutricional: Reforço pequeno almoço Utilização aperitivo com álcool
	Iatrogénica	
	Psicológica: Doente Família Médico	Psicoterapia: Desmistificar a importância da nutrição para a sobrevivência Fármacos psicotrópicos e/ou antidepressivos
Paladar	Redução e/ou modificação do sabor salgado e amargo	
	Avaliar: Fármacos Deficiência de zinco Excessos de vitaminas	Correcção
Náuseas/Vómitos	Doença	Antieméticos: Metoclopramida (10-20 mg oral) Dexametasona (10 mg IV) Fenotiazinas SOS Clorpromazina sup Procinéticos (se não há diarreia)
	Iatrogénicos: Químico e Radioterapia Deficiência de potássio e magnésio	Correcção
	Psicogénicos	
Fadiga	Aquisição: Preparação: Ingestão: Alimentação	Suporte Social ou Sonda

/longo prazo úlceras, inflamação, estenoses, síndromes de ansa cega e mesmo fístulas. A **Quimioterapia** provoca náuseas e vômitos (Quadro 1), modificação do paladar, anorexia, mucosite com malabsorção. Cuidado com a utilização pré-quimioterapia de fármacos antidepressores, os inibidores da monoamino/oxidase⁶, em que há o risco de agravar ou desencadear hipertensão arterial grave se não for prescrita uma dieta pobre em tiramina (é fundamental a exclusão de todos os queijos, vinhos e cerveja).

Objectivos da Terapêutica Nutricional

Os objectivos fundamentais são: a) a prevenção do catabolismo, sobretudo proteico (é mais fácil prevenir do que repor perdas), b) o alívio de sintomas. O tipo de alimentos usados, a sua preparação e oferta têm de ser adequados à situação individual. Os sintomas que mais influenciam a capacidade de ingestão e medidas a adoptar estão sumarizados no Quadro 2⁶.

QUADRO 2 - Sintomas que Afectam a Alimentação (II)

Problemas	Causas	Soluções
Mucosite	Quimioterapia	Elixir: Partes iguais de antiácido, xilocaína viscosa e hidrócloro de difenidramina líquida
	Candidíase	
	Herpes	
	Úlceras	Nistatina/Aciclovir
	Diarreia	operamida Tintura de ópio
Obstipação	Evitar laxantes	Procinéticos
Mal estar abdominal	Enfartamento	Procinéticos
	Refluxo GE	Antiácidos*
	Meteorismo	
	Dor	
Dor	Modifica a percepção da fome	Tratamento eficaz, invasivo se necessário

* Evitar bloqueadores H₂, preferir acção tópica

Necessidades em Nutrientes

São variáveis, dependendo sobretudo dos indicadores obtidos na avaliação nutricional.

Energia: embora alguns tumores provoquem elevados dispêndios de energia, não há nenhuma regra. Assim devem ser fornecidas calorias suficientes, fundamentalmente através de hidratos de carbono e menos de lípidos, para evitar a utilização de proteínas viscerais e musculares como fonte de energia. Um adulto com bom estado de nutrição necessita de 25 a 30 Kcal/Kg. Num doente com malnutrição, idealmente seria desejável tentar um valor

calórico de 30 a 40 Kcal/Kg para obter uma repleção, mas raramente suporta mais de 20 a 35 Kcal/kg.

Proteínas: de alto valor biológico, em quantidade de 1,5 a 2 g/Kg de peso, respeitando a relação de proteínas para calorias não proteicas. O excesso de proteínas sem outras fontes de energia pode provocar ureo e amoniogénese com náuseas, cefaleias e sobrecarga renal.

Vitaminas e minerais: devem ser fornecidos de forma completa e equilibrada. É frequente maior necessidade de potássio e magnésio para prevenir/corrigir deficiências iatrogénicas (sobretudo após quimioterapia). Estas deficiências agravam a dismotilidade digestiva e a fadiga.

Caso não haja retenção hídrica, o aumento de sal pode melhorar a ingestão. As alterações do paladar podem beneficiar com zinco, mas o excesso deste pode provocar náuseas. A ferropenia documentada exige suplementos de ferro que frequentemente provocam intolerância digestiva; é então necessário tentar suplementação sob a forma de solução oral ou raramente a via parentérica.

QUADRO 3 - Truques para Aceitação Alimentação Entérica

Problema	Solução
Sede, secura da boca	Lubrificar lábios Mastigar pastilha elástica <i>fresca</i> Lavar dentes Bochechar frequentemente nota: Usar poucos rebuçados de limão
Alteração do paladar Desinteresse global	<i>Servir para os olhos</i> Usar conhecimento da personalidade do doente Servir alimentos preferidos, liquefeitos Aquecer ou arrefecer alimentos nota: Alimentos demasiado frios podem causar diarreia
Fome persistente	Mastigar algo apetecível sem ingerir Mastigar pastilha elástica Chupar rebuçados
Incapacidade de beber	Bochechar frequentemente com água e outros líquidos
Desconforto com sonda	Usar sonda pequeno calibre, idealmente siliconada Gargarejar com mistura de água morna e elixir anestésico Limpar a sonda regularmente com água ou lubrificante solúvel com água Expirar mais intensamente pelo nariz Mudar a sonda
Enfartamento	Medidas de distração: auditivas, visuais Respirar profundamente após cada refeição
Eructações/meteorismo	Tomar refeições em privado
Mobilidade reduzida	Mudar frequentemente de posição na cama ou cadeira Andar em casa ou hospital

Adaptado de Williams, S.R.⁶

Fluídos: há que tentar um equilíbrio entre a necessidade de fornecer os nutrientes de forma concentrada e as frequentes necessidades aumentadas de água por duas razões: 1) substituição de perdas resultantes de febre, infecção, vômitos, diarreia. 2) permitir diurese eficaz para eliminação de produtos metabólicos tóxicos.

Vias de Administração

Em ambulatório raramente se justifica a alimentação parentérica, embora a patologia gastrointestinal seja a potencial candidata, sobretudo se houver *cura* com grande ressecção intestinal.

A via entérica é prioritária, por via oral ou sonda.

A via oral é preferencial, implica ajustes frequentes de consistência e temperaturas, gostos e tolerâncias. Exige regularmente a utilização de suplementos concentrados em proteínas (ex: Fortimel, Meritene, Nutricomp F, Sustagen, Proten Plus*). Deve fornecer a maior densidade de nutrientes no menor volume possível. O programa nutricional vigoroso implica comer independentemente do apetite (não tornar as refeições um inferno), as pequenas refeições, macias e frescas/frias são em regra mais bem toleradas; usar temperos suaves mas atraentes e um paladar mais

intenso e salgado (molhos! de soja!); alimentos picantes, muito doces ou gordos devem ser evitados; atenção à intolerância à lactose⁹.

A alimentação por sonda nasogástrica de pequeno calibre atraumática ou por gastrotomia percutânea ou cirúrgica deve ser utilizada sempre que a via oral falhe, mesmo que apenas por falta de apoio familiar. Muitos doentes, e ainda mais os técnicos de saúde, reagem negativamente à utilização de alimentação por sonda. No quadro 3 estão apontadas sugestões para melhor tolerância à via oral e sonda^{6,7,9}. Alguns doentes conseguem ser motivados para colocar eles próprios a sonda e fazer alimentação nocturna em casa. Neste caso é imprescindível uma bomba de infusão que de qualquer forma reduz os riscos. Podem usar-se dietas químicas completas pobres em lactose e idealmente concentradas (Nutrison Al E, Fresubin 750 MCT, Nutr. Intens 500, Precitene Energ, Salvimul MCT 800)* ou alternativamente batidos preparados em casa desde que com condições higiénicas estritas (Quadro 4).

Atingir os objectivos e necessidades nutricionais, face à frequente incapacidade para comer e/ou intolerância aos alimentos representa um grande desafio que só na doença terminal deve ser abandonado¹⁰.

QUADRO 4 - Esquemas de Alimentação para Sonda

Ingredientes	Quantidades	Calorias	Proteínas g	Gorduras g	Hidratos Carbono g
Standard					
Ovos	6	465	36	34,8	1,8
Leite completo	1 l	570	30	30	46
Leite em pó magro	120 gr	428	42	1	63
Mel	80 gr	250	-	-	62,4
75 mg vitamina C					
1/4 colher chá sal					
1500 ml		1713	108	65,8	173,2
Sustagen*					
1 lata (454 gr)		1770	106	15,8	301
4 chávenas água					
1200 ml					
Sustagen (600 gr)		2340	139	21	398
1200 ml água					
1400 ml					
Se Sustagen banana					
Juntar 1 banana		90	1,7		20,5
Baixo teor de sódio (500 mg)					
Leite	1 l	570	30	30	46
Protifar*	90	334	79	1,4	
Mel	80	250	-	-	62,4
Total		1154	109	31,4	108,4

* Nomes comerciais registados

BIBLIOGRAFIA

1. KERN KA, NORTON JA: Cancer cachexia. JPEN 1988; 12: 286-298.
2. DALY JA, REDMOND HP, LIEBERMAN MD, JARDINES L: Nutritional support of patients with cancer of the gastrointestinal tract. Surg. Clin N Am 1991; 71: 523-536.
3. DELARUE J, LERABOURS E: Statut nutritionnel et metabolique des cancéreux. Gastroenterol Clin Biol 1987; 11: 558-564.
4. FREDRIX EW, SOETERS PB, WOUTERS EF, DEERENBERG IM, VON MEYENFELDT MF, SARIS WH: Energy balance in relation to cancer cachexia. Clin Nutr 1990; 9: 319-324.
5. BOZZETTI F: Effects of artificial nutrition on the nutritional status of cancer patients. JPEN 1989; 13: 406-420.
6. WILLIAMS SR: Nutrition and cancer in: VAN RYMALINEE V: Basic Nutrition and Diet Therapy, St. Louis: Mosby-Year Book 1992; 368-383.
7. DWYER J: Nutrition education of the cancer patient and family: myths and realities. Cancer 1986; 58: 1887-1896.
8. FOLTS AT, NIXON DW: Cancer metastasico, in: JEEJEEB-HOY KN, Terapeutica Actualizada en Nutricion. Madrid: Ediciones CEA. 1989; 372-378.
9. KELLY K: An overview of how to nourish the cancer patient by mouth. Cancer 1986; 58: 1897-1901.
10. TOROSIAN MH, DALY JM: Nutritional support in the cancer-bearing host: effects on host and tumor. Cancer 1986; 58: 1915-1929.