

● Prevención

Paula Jiménez Fonseca¹,
Alberto Carmona
Bayonas²

¹Servicio de Oncología Médica.
Hospital Universitario Central
de Asturias. Oviedo. ²Servicio de
Hematología y Oncología Médica.
Hospital General Universitario
Morales Meseguer. Murcia

“
**Una adecuada
alimentación ayudaría
a prevenir el 35% de
todos los cánceres,
proporción equiparable
al porcentaje de
tumores que se
evitarían abandonando
el tabaco»**

Recomendaciones nutricionales para pacientes con cáncer

Introducción

El estado nutricional y la dieta tienen un papel fundamental en todo el proceso del cáncer, desde la prevención hasta la fase final de la enfermedad. Así, una adecuada alimentación ayudaría a prevenir el 35% de todos los cánceres, proporción equiparable al porcentaje de tumores que se evitarían abandonando el tabaco. Por su parte, la pérdida de peso involuntaria y la desnutrición son muy frecuentes durante el cáncer, especialmente en fases avanzadas y en tumores localizados en páncreas, estómago, esófago o cabeza y cuello, asociándose al 20% de las muertes en estos pacientes^{1,2}. Esta pérdida de peso conlleva una peor tolerancia de los tratamientos del cáncer, así como una reducción de la calidad de vida y de las expectativas de supervivencia. Su causa es el síndrome de anorexia-caquexia asociado al cáncer (SACC), estado en el que existe un metabolismo basal aumentado de forma persistente que no se compensa con una ingesta calórica-proteica adecuada y que provoca deterioro funcional y sufrimiento psicológico¹.



©Jovanmandic/Stock/Thinkstock

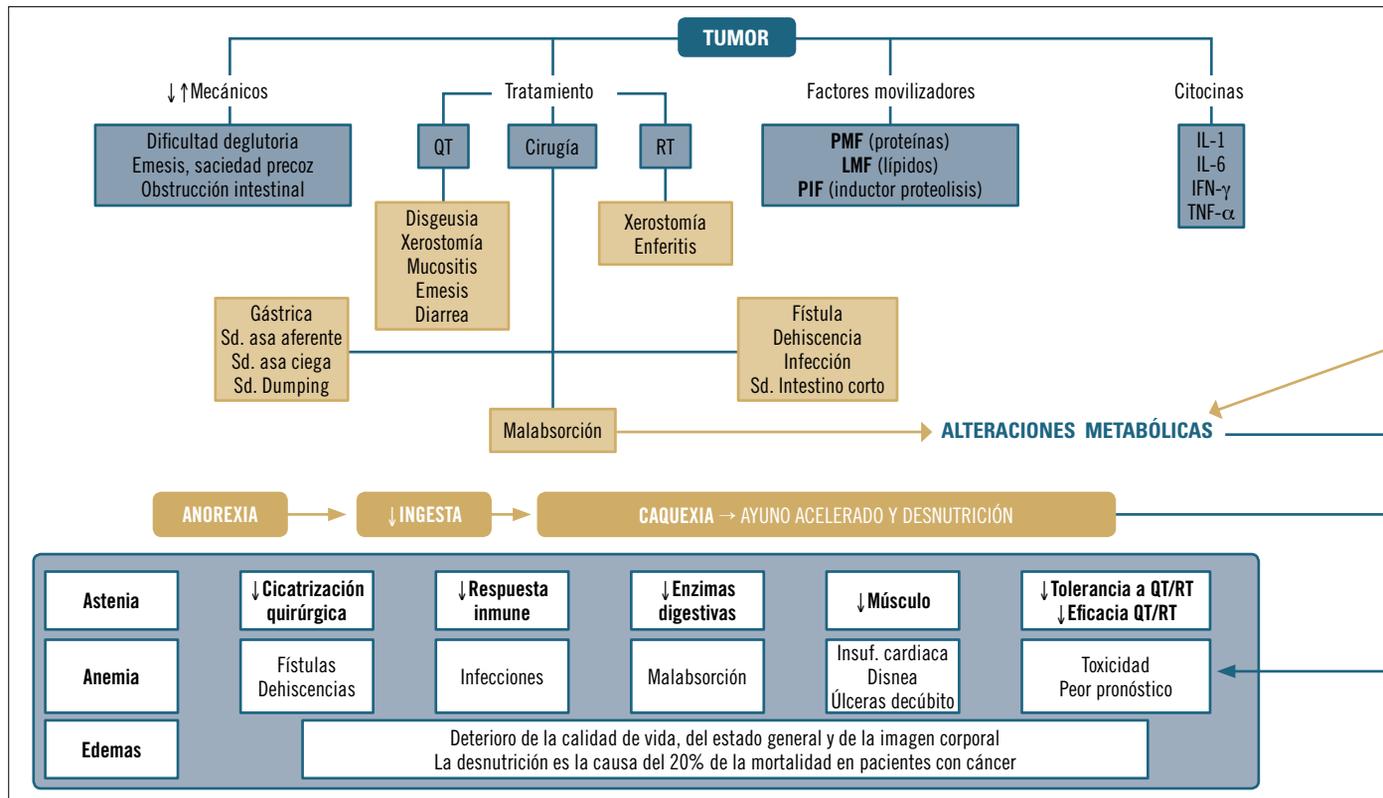


Figura 1. Etiopatogenia del síndrome anorexia-caquexia tumoral

Definición y epidemiología del síndrome anorexia-caquexia

El SACC se define como un complejo síndrome metabólico relacionado con una enfermedad subyacente –en este caso el cáncer–, y caracterizado por la pérdida de peso y de masa muscular, con o sin pérdida de masa grasa, frecuentemente asociado a anorexia, procesos inflamatorios, resistencia a la insulina y a un aumento del recambio proteico tisular¹.

La prevalencia global oscila entre el 40% en el momento del diagnóstico de cáncer y el 70-80% en las fases avanzadas de la enfermedad. La prevalencia del SACC según el origen tumoral primario es: 83-85% en neoplasias pancreáticas y gástricas; 54-60% en neoplasias de pulmón, próstata y colon, y 48-32% en neoplasias de mama, sarcomas, linfomas y leucemias¹.

Fisiopatología del síndrome anorexia-caquexia¹

El SACC es un estado de metabolismo basal aumentado de forma persistente que no se compensa con el aumento de la ingesta calórico-proteica. Su fisiopatología comprende una serie de complejos mecanismos metabólicos vinculados directamente con la relación tumor-huésped, asociados o no a factores estructurales o funcionales digestivos que

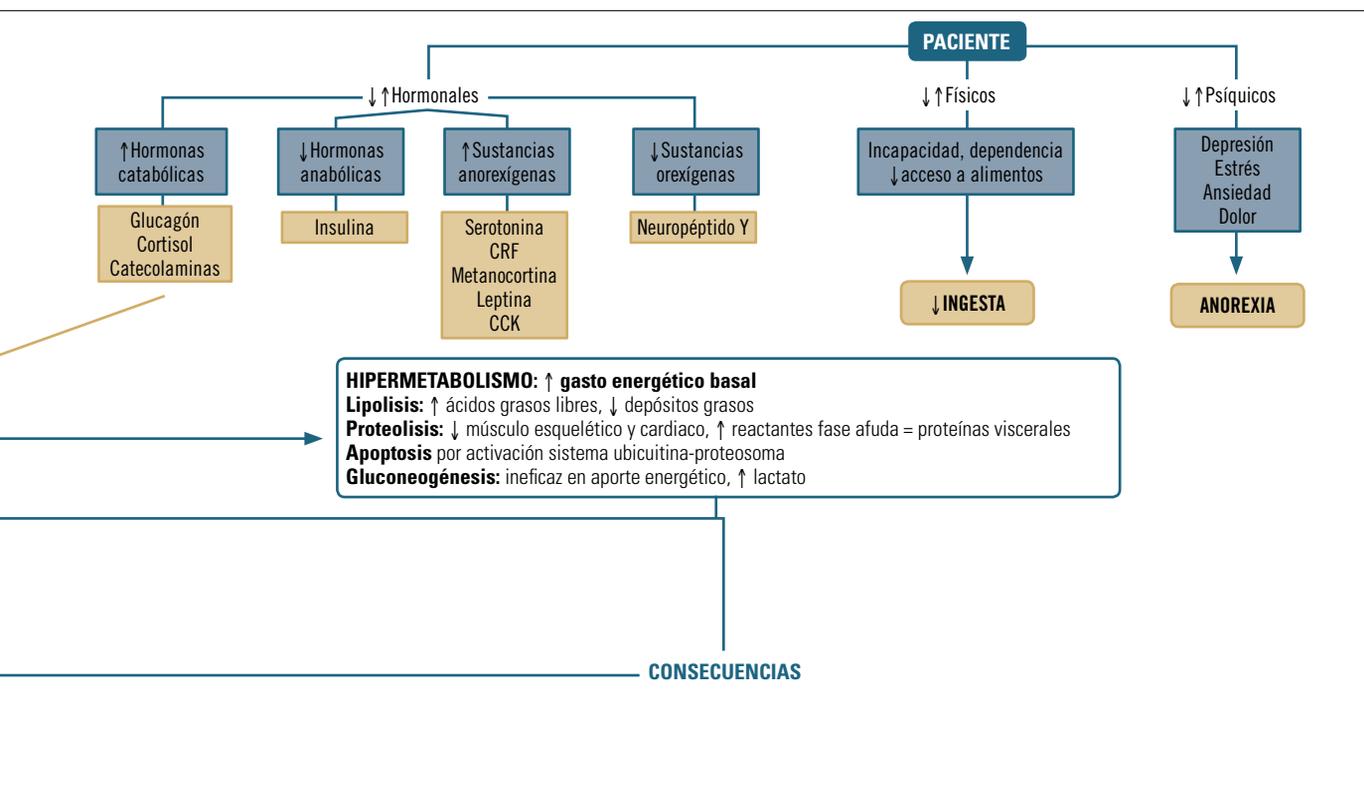
favorecen su establecimiento o consolidación (figura 1). Para entender la repercusión clínica y el abordaje terapéutico del síndrome es importante conocer su fisiopatología.

Entre los factores digestivos que pueden contribuir significativamente a la aparición del SACC destacan los siguientes:

- Disgeusia.
- Náuseas.
- Disfagia.
- Odinofagia.
- Mucositis.
- Estreñimiento.
- Malabsorción.
- Obstrucción intestinal.

Los mecanismos dependientes de la relación huésped-tumor, responsables de los cambios metabólicos y endocrinológicos del SACC, comprenden factores tumorales y hormonales. Entre los factores tumorales, generados o modificados por el propio tumor, destacan el factor inductor de la proteólisis (PIF) y el factor de movilización lipídica (LMF).

Los mediadores humorales del SACC generan una respuesta biológica del huésped a la presencia del tumor. Entre ellos, destacan:



- Las citocinas, que actúan reduciendo la lipogénesis y activando la lipólisis y movilización de triglicéridos: factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), interleucina 1 (IL-1), interleucina 6 (IL-6), e interferón gamma (IFN- γ).
- Los neuropéptidos implicados en la anorexia: neuropéptido Y (disminuido, ↓), serotonina (aumentada, ↑), melancortinas (↑).
- Las hormonas que favorecen el balance catabólico: insulina (↓), glucagón (↑) y leptina (↑).

Las consecuencias metabólicas y endocrinológicas del SACC pueden resumirse en: intolerancia a la glucosa, aumento de la gluconeogénesis hepática y del recambio de glucosa, disminución de captación muscular de glucosa, hiperlipemia, aumento de la lipólisis, del recambio proteico y de la proteólisis, degradación proteica muscular, resistencia a la insulina, aumento de hormonas contrarreguladoras (catecolaminas, cortisol, glucagón) y liberación de factores inflamatorios de respuesta rápida.

El SACC tiene también consecuencias psicosociales, con un impacto directo en la autoimagen, la autoestima, la relación social, la vida de pareja y la sexualidad. Además, la anorexia, junto con la astenia, el dolor, el deterioro funcional y de la imagen corporal, son los síntomas más amenazantes y que más preocupan a los enfermos de cáncer.

Diagnóstico y evaluación del síndrome anorexia-caquexia y de la desnutrición

Para el diagnóstico de SACC, hay que constatar una pérdida del 5% del peso en 12 meses o un índice de masa corporal (IMC) <20 kg/m², en presencia de una enfermedad crónica conocida, y al menos tres de los siguientes factores, conocidos como criterios de Evans³: pérdida de masa muscular, astenia, anorexia, pérdida de grasa corporal, alteración de parámetros analíticos (albúmina <3,2 g/dL) o incremento de parámetros inflamatorios como la IL-6 (>4 pg/mL) o la proteína C reactiva (>5 mg/L).

Tras la comprobación de estos parámetros, y para establecer un tratamiento eficiente, debe llevarse a cabo un examen físico exhaustivo, completar su historia clínica y realizar una entrevista con el paciente para conocer qué está dificultando la ingesta de alimentos y sus preferencias dietéticas.

Los valores antropométricos más utilizados para evaluar el estado nutricional son la reducción de peso y el IMC. Una reducción de peso superior al 10% en los últimos 6 meses o del 5% en menos de 1 mes y un IMC <20 se consideran criterio de desnutrición.

Los índices nutricionales y los instrumentos de valoración nutricional combinan datos sintomáticos, antropométricos y biológicos. Así, la Malnutrition Screening Tool (MST)¹ y la

Tabla 1. Cuestionario MST (Malnutrition Screening Tool) para evaluar el estado nutricional

Cuestionario MST (Malnutrition Screening Tool)	
	Puntos
¿Ha perdido peso recientemente de forma involuntaria?	
No	0
No estoy seguro	2
Sí he perdido peso:	
De 1 a 5 kg	1
De 6 a 10 kg	2
De 11 a 15 kg	3
Más de 15 kg	4
No sé cuánto	2
¿Come mal por la disminución del apetito?	
No	0
Sí	1

Total de puntos: si la puntuación es superior a 2, existe riesgo de desnutrición.

“**Las personas sanas y supervivientes de cáncer deben consumir alimentos saludables y con propiedades antitumorales para prevenir otro tumor o evitar una recaída**”

valoración global subjetiva generada por el paciente (VGS-GP)¹ son instrumentos validados de gran utilidad en el diagnóstico de riesgo nutricional y del SACC. La MST es un cuestionario de cribado sencillo y rápido (tabla 1). Comparada con la VSG-GP, la MST tiene una sensibilidad similar y una especificidad ligeramente inferior (86%). Una puntuación en la MST ≥ 2 detecta riesgo de malnutrición. Si se considera necesario, puede completarse con una valoración nutricional más amplia, como la escala VGS-GP, con la cual sólo es necesario recoger los parámetros que se tienen en cuenta en el cómputo global para el cálculo del estado nutricional (tabla 2).

Recomendaciones nutricionales y abordaje del SACC según la fase

La intervención nutricional debe comenzar tan pronto como sea posible, y tiene que formar parte del manejo integral del paciente con cáncer. La dieta deberá ser equilibrada (con

Tabla 2. Cuestionario VSG-GP (valoración subjetiva global generada por el paciente) para valorar el riesgo nutricional

	Grupo de riesgo		
	A: bajo	B: medio	C: alto
Peso*	<5%	5-10%	>10%
Alimentación	Normal	Deterioro moderado	Deterioro grave
Impedimento en la ingesta	No	Moderado	Severo
Deterioro de la actividad	No	Moderado	Severo
Edad	<65 años	>65 años	>65 años
Úlceras de presión	No	No	Sí
Fiebre/corticosteroides	No	Moderada	Elevada
Tratamiento antineoplásico	Bajo riesgo	Moderado riesgo	Alto riesgo
Pérdida adiposa	No	Moderada	Severa
Pérdida muscular	No	Moderada	Severa
Edemas/ascitis	No	Moderada	Severa
Albumina*	>3,5	3-3,5	<3
Prealbumina*	>18	15-18	<15

El paciente se incluirá en la categoría de riesgo nutricional (A: bajo; B: medio; C: alto) en la que se incluyan más valores sobre un total de 12. La pérdida de peso, albumina o prealbumina tiene un valor especial (*), por lo que si alguno se sitúa en la categoría C se clasificará como alto riesgo nutricional independientemente del resto de parámetros.

cantidades adecuadas) y personalizada, adaptándola al contexto de la enfermedad, al tipo de tumor, al estadio, al tratamiento y al paciente. Es necesario considerar su estado general, la situación de su tracto digestivo, la toxicidad percibida con los tratamientos y el entorno sociofamiliar.

Las personas sanas y supervivientes de cáncer deben consumir alimentos saludables y con propiedades antitumorales para prevenir otro tumor o evitar una recaída. Según la fase del SACC⁴ (precaquexia, caquexia y caquexia refractaria) en que se encuentre el paciente, los objetivos y prioridades serán distintos.

Fase de precaquexia (figura 2)

Lo prioritario en esta fase es el control de los factores de riesgo y el diagnóstico precoz de SACC y desnutrición. Para ello, deben tratarse precozmente los síntomas del tumor o los secundarios a los tratamientos que estén asociados a dificultad para la ingesta oral (como vómitos, diarrea, mu-

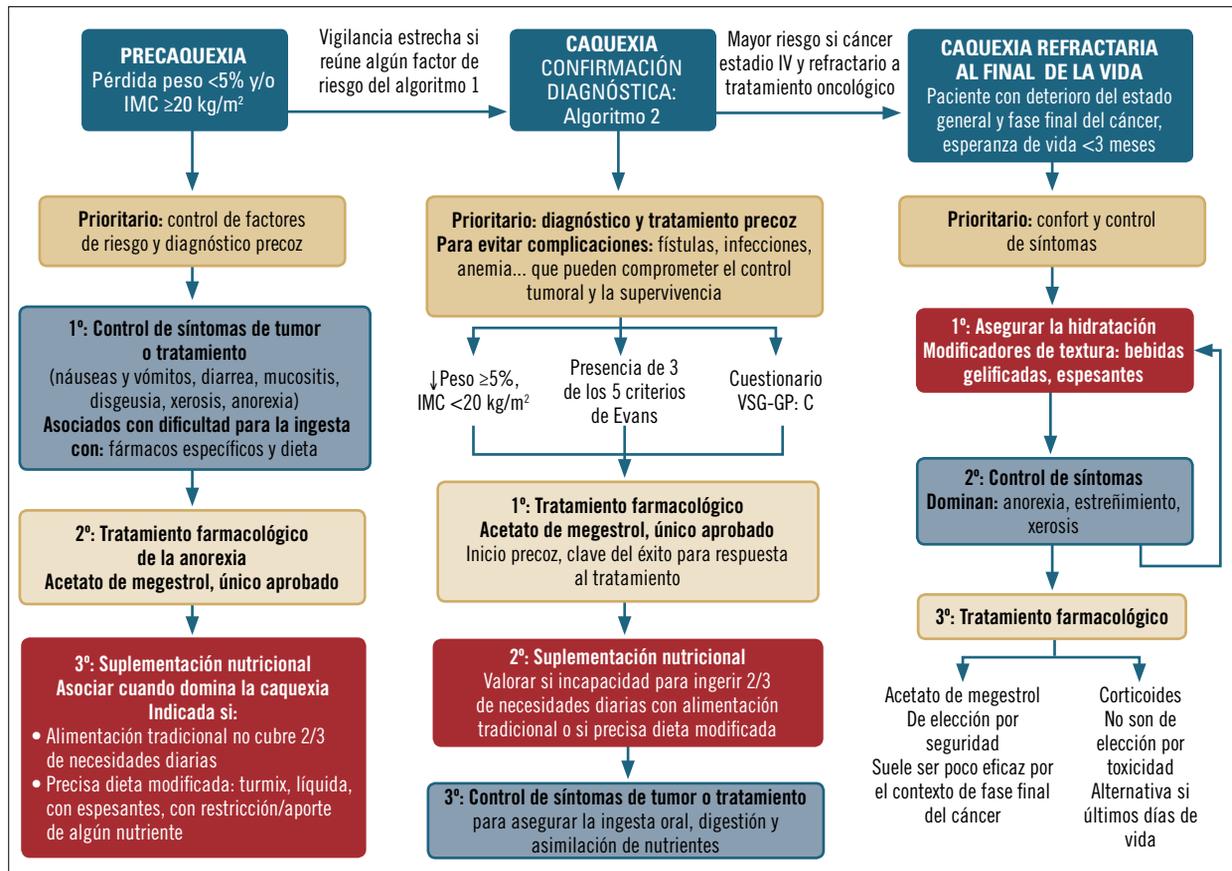


Figura 2. Abordaje nutricional según la fase evolutiva: precaquexia, caquexia y caquexia refractaria. Fuente: Paula Jiménez Fonseca. Algoritmos de Tratamiento en el síndrome de anorexia-caquexia. Madrid: Ediciones You & Us, 2014. ISBN: 978-84-695-9742-2.

cositis, disgeusia, xerosis y anorexia), y adaptar la dieta a las necesidades concretas de cada paciente.

Dieta⁵

Si domina la falta de apetito, además de las medidas farmacológicas expuestas en la tabla 3 puede ofrecerse al paciente una modificación de su estilo de vida y hábitos alimentarios. Así, el ejercicio físico, un simple paseo de 20 minutos, ayuda a potenciar la masa muscular, es el mejor estimulante del apetito y logra un efecto relajante que favorece la ingesta. También se estimula el apetito bebiendo pequeñas cantidades de caldo, zumo ligeramente ácido o una infusión de artemisa o cardo santo, plantas medicinales con propiedades orexígenas.

El paciente debe intentar realizar unas cinco comidas al día, y potenciar los alimentos energéticos en el desayuno (como cereales integrales, avena, germen de trigo, pan o galletas combinados con lácteos), tomar un bocadillo, un zumo o una pieza de fruta a media mañana y media tarde, y una pequeña ingesta, por ejemplo de un vaso de leche con galletas, al acostarse.

Para mejorar la ingesta de alimentos, es adecuado comer sentado en la mesa, en un ambiente agradable y tranquilo, si es posible acompañado, e intentar dedicar al menos 20

“**Para mejorar la ingesta de alimentos, es adecuado comer sentado en la mesa, en un ambiente agradable y tranquilo, si es posible acompañado, e intentar dedicar al menos 20 minutos a cada comida»**

minutos a cada comida, cuidando la presentación, textura y variedad de cada plato, dando preferencia a las apetencias del paciente y sirviéndole pequeñas cantidades para que pueda terminarlas sin inconvenientes. Durante las comidas, debe vestir ropa holgada que no comprima el abdomen.

Son ricos en nutrientes y un buen apoyo para recuperar peso, energía y vitalidad los siguientes alimentos: semillas de sésamo, avena, germen de trigo y otros germinales (como semillas de alfalfa, cebada y brócoli), levadura de cerveza, polen, aceitunas, papaya, piña, ruibarbo, y los condimentos como las hierbas aromáticas, ajo y cebolla. La

Tabla 3. Fármacos ensayados en el tratamiento del síndrome anorexia-caquexia

Fármacos con eficacia confirmada	
Acetato de megestrol	<ul style="list-style-type: none"> Eficacia confirmada por múltiples ensayos clínicos controlados y metaanálisis. Grado de recomendación A
Corticosteroides	<ul style="list-style-type: none"> Eficacia confirmada en múltiples ensayos clínicos Recomendable en casos seleccionados, durante un periodo corto y teniendo en cuenta los efectos secundarios a largo plazo
Fármacos eficaces pero que requieren confirmación en más ensayos clínicos controlados	
Cannabinoides*	<ul style="list-style-type: none"> Los resultados de investigación son contradictorios
Ácidos grasos omega-3	<ul style="list-style-type: none"> En monoterapia no ofrecen una eficacia superior al AM
Bortezomib, AINE	<ul style="list-style-type: none"> En monoterapia no ofrecen una eficacia superior al AM
Fármacos cuya eficacia no ha sido confirmada en ensayos clínicos controlados	
Procinéticos	Los ensayos clínicos no confirman su eficacia. Su utilización no puede recomendarse, excepto en el caso de los procinéticos (metoclopramida, cisaprida) para el tratamiento de las náuseas o estasis gástrica si existe como factor facilitador del SACC
Pentoxifilina	
Ciproheptadina	
Sulfato de hidracina	
Fármacos en curso de investigación y con expectativas de confirmación de eficacia	
Ghrelina	<ul style="list-style-type: none"> Algunos fármacos en investigación preclínica. Ensayos clínicos aislados con talidomida, ghrelina y esteroides anabolizantes con resultados esperanzadores pero insuficientes No pueden recomendarse actualmente en la práctica diaria. Es necesario ampliar la investigación clínica
Antag. melanocortina	
Beta-2-agonistas (formoterol), AcMo anti-IL-6, SARM, talidomina, oxandrolona	

AcMo: anticuerpo monoclonal; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; AM: acetato de megestrol; Antag.: antagonista; SARM: análogos moduladores de los receptores de andrógenos.

mejor fuente de aporte proteico en pacientes oncológicos desnutridos son el huevo, la carne magra, el pescado blanco (el azul, a pesar de ser más saludable, es de digestión más pesada), los quesos blandos y el jamón ibérico.

Si el paciente tiene saciedad precoz que dificulta su ingesta, la toma de zumos de varias frutas o purés de varias verduras cocinados con nata o leche puede asegurar que, con pocas cantidades, ingiera suficiente aporte energético. Asimismo, los frutos secos, el chocolate negro, la alfalfa⁶, el ginseng⁷ y el jengibre⁸ son alimentos ricos en sales y minerales.

Además, es fundamental cuidar la hidratación, ya que existe riesgo de que el paciente tenga una pérdida de líquidos aumentada si padece diarrea, vómitos o fiebre. Deben ingerirse alrededor de 6-8 vasos diarios de líquidos (agua, batidos, infusiones, zumos), a pequeños sorbos y fuera de las comidas. A continuación, enumeramos los cuatro ingredientes básicos de un batido energético:

- Producto lácteo (puede sustituirse por un suplemento nutricional de consistencia líquida): 1 vaso de leche o 2 yogures desnatados o una tarrina de queso de Burgos o 2 Petit-suisse®. Se puede añadir, para engordarlo, 1 cucharada sopera de leche en polvo descremada.
- Algunas de las siguientes piezas de fruta: 1 plátano o 1 manzana o 1 pera o 5 fresas o 10 cerezas o 1 melocotón o 3 albaricoques o 3 ciruelas o 2 rodajas de piña o 2 rodajas de melón.
- Hidratos de carbono: 2 tostadas o 3 galletas o 2 cucharadas soperas de cereales.
- Frutos secos triturados (opcional): 1 cucharada sopera de almendras o nueces.

« La suplementación nutricional está indicada cuando la alimentación tradicional no cubre al menos dos tercios de las necesidades diarias, y cuando el paciente precisa una dieta modificada o con restricción/ aporte de algún nutriente»

En momentos de poco apetito o digestiones pesadas, deben elegirse alimentos de sabor y olor suave, textura homogénea y cremosa, de consistencia blanda, de cocinado sencillo (cocido, hervido o plancha) y de fácil digestión:

- Hidratos: tostada, galleta, pan, arroz, pasta o cereales.
- Verduras y hortalizas: patata, calabacín y zanahoria, cocidos o en crema.
- Carne: aves como el pollo, pavo o conejo.
- Pescado blanco: merluza, lenguado, mero, gallo, rape, besugo, rodaballo o congrio.
- Queso fresco o blanco magro, requesón, huevo cocido (o en tortilla francesa o en revuelto) y bechamel.
- Postres: yogur, flan, natillas, cuajada, helado, batido o sorbete, fruta en almíbar o compota (manzana y pera) y plátano.

Suplementación nutricional^P

La suplementación nutricional está indicada cuando la alimentación tradicional no cubre al menos dos tercios de las



©Stockbyte/Thinkstock

necesidades diarias, y cuando el paciente precisa una dieta modificada o con restricción/aporte de algún nutriente. Un aporte nutricional diario adecuado debe incluir unas 30 kcal/kg/día y 1 g de proteínas/kg peso/día. Los pacientes cuya alimentación esté limitada, alterada o sea deficiente pueden complementarla con suplementos nutricionales comerciales. En aquellos que padezcan cáncer se prefieren los hipercalóricos ($\geq 1,5$ kcal/mL) e hiperproteicos ($\geq 18\%$ del valor energético en forma de proteínas o ≥ 4 g de proteínas/100 mL), enriquecidos con ácido eicosaminopentoi-co (EPA), los de sabor intenso y ácido por ser los más apetecibles o los de vainilla, chocolate o café por ser los que mejor se combinan con otros alimentos. Estos suplementos comerciales no deben sustituir a las comidas principales, sino que deben plantearse como un complemento pautado, como si fuese un batido, a media mañana, a media tarde y, si se tolera, antes de acostarse, preferiblemente tomado en varias dosis.

La «alimentación básica adaptada» es aquella modificada con el fin de lograr placer al comer y facilitar la preparación en personas con dificultades para ingerir una dieta equilibrada. El aspecto de los platos es similar a los elaborados en casa, con texturas sencillas y agradables, rápidos de preparar y seguros desde el punto de vista microbiológico. Puede basarse en: dietas trituradas, modificadores de textura o enriquecedores.

Las «dietas trituradas de alto valor energético» se presentan como purés liofilizados (polvo) o listos para consumir (*instant*), que se reconstituyen con caldo, agua, leche, nata o aceite y tienen sabor a distintos platos, como pollo, ternera, pescado, verdura, huevo, papilla de cereales y frutas. También existen postres de frutas en forma de compota instantánea que se reconstruyen con agua o zumo. Están indicados en pacientes que tienen dificultad para la masticación o deglución.

Los «modificadores de textura» incluyen espesantes, agua gelificada y gelificantes.

Los espesantes aumentan la consistencia de purés o líquidos hasta obtener una textura tipo pudín, y sin afectar al sabor. Están indicados en pacientes con disfagia para líquidos, que suele ser debida a cánceres de cabeza, cuello o esófago. El agua gelificada es una bebida saborizada, con textura gel, que hidrata y ayuda a ingerir otros alimentos y la toma de fármacos. Además, alivia la sensación de sequedad de boca.

Los «enriquecedores» son los módulos de nutrientes o alimentos que, añadidos a la alimentación tradicional, permiten mejorar sus características nutricionales al aumentar el aporte de distintos macro o micronutrientes, según las necesidades. Los módulos de nutrientes comercializados incluyen los hidratos de carbono –indicados en pacientes con insuficiencia renal–, las grasas (triglicéridos de cadena media, MCT), en pacientes con insuficiencia pancreática, y las proteínas, en pacientes con SACC o situaciones de estrés metabólico. El módulo más usado en pacientes con cáncer es la glutamina (para la prevención o tratamiento de la mucositis), los módulos de fibra (como tratamiento del estreñimiento) o la fibra soluble, que se usa en la enteritis. Los módulos de alimentos como leche en polvo, nata, queso, huevo duro picado, picatostes de pan duro, tacos de jamón serrano, frutos secos, mantequilla, harina de avena y/o aceite enriquecen las comidas y aumentan el aporte calórico.

“La “alimentación artificial” –parenteral y enteral– está indicada en pacientes con una esperanza de vida no limitada, cuando con una nutrición tradicional y/o suplementada no pueden cubrirse al menos la mitad de las necesidades básicas diarias o cuando existe una desnutrición muy grave»

La «alimentación artificial» –parenteral y enteral– está indicada en pacientes con una esperanza de vida no limitada, cuando con una nutrición tradicional y/o suplementada no pueden cubrirse al menos la mitad de las necesidades básicas diarias o cuando existe una desnutrición muy grave. Para pautar nutriciones artificiales, el médico que atiende al paciente debería valorar la conveniencia de derivarlo a un Servicio de Nutrición especializado. La nutrición parenteral es una medida invasiva, cara y excepcional, por lo que sólo debe emplearse en casos en los que la nutrición enteral esté contraindicada por diarrea o malabsorción severa, tubo digestivo no disponible, vómitos incoercibles, obstrucción intestinal, íleo, intestino corto, pancreatitis se-

vera o fístula digestiva de alto débito, y siempre que el paciente tenga un acceso vascular adecuado y una expectativa de vida superior a 3 meses.

Fase de caquexia (figura 2)

En esta fase es prioritario el diagnóstico y tratamiento precoz para evitar complicaciones de la desnutrición (como fistulas, infecciones, anemia o astenia) que pueden comprometer el control tumoral y la supervivencia. El síntoma dominante en esta fase es la anorexia, que suele responder a tratamiento farmacológico.

Tratamiento farmacológico del SACC'

En los últimos años se han estudiado diversos fármacos en el tratamiento del SACC (tabla 3). El fármaco ideal debería incrementar el apetito y el peso (a expensas de la masa magra y sin retención hídrica), mejorar la calidad de vida, no interferir en el tratamiento antitumoral y mostrar un perfil de tolerancia adecuado.

El acetato de megestrol fue aprobado en 1993 por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento del SACC, y es el único fármaco autorizado por dicho organismo para este síndrome al ser efectivo en la mejoría de la anorexia y en el aumento de peso con un nivel de evidencia 1A y de recomendación A^{10,11}. Hasta la actualidad, ningún fármaco ha demostrado superioridad frente al acetato de megestrol en eficacia y tolerabilidad (corticosteroides, dronabinol, procinéticos, ácidos omega-3, etc.). Además, el acetato de megestrol es un fármaco bien tolerado, con una baja incidencia de efectos adversos (edemas periféricos, ocasionalmente erupción cutánea, prurito, impotencia, raramente alteraciones menstruales, diarrea, intolerancia gástrica, cefalea, insuficiencia suprarrenal, hiperglucemia y trombosis).

Cabe destacar la publicación de tres metaanálisis sobre la eficacia del acetato de megestrol en el SACC, que incluyeron más de 25 ensayos clínicos controlados y más de 3.500 pacientes¹²⁻¹⁴. El grupo de control en los diferentes ensayos recibió placebo u otros

fármacos potencialmente activos en el SACC (cisaprida, dronabinol, ácido eicosapentaenoico, corticosteroides o nandrolona). La dosis media de acetato de megestrol utilizada fue de 480 mg/día durante una media de 12 semanas de tratamiento. Los metaanálisis confirmaron que el acetato de megestrol aumenta el apetito (riesgo relativo [RR]= 2,33; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,52-3,59)¹²⁻¹⁴, el peso (RR= 2,16, IC del 95%: 1,45-3,21)¹²⁻¹⁴ y la calidad de vida (RR= 1,81, IC del 95%: 1,13-2,89)¹⁴.

No se observaron diferencias significativas en los efectos secundarios comparado con placebo u otros fármacos, excepto en la aparición de edemas (RR= 1,67-1,74)¹²⁻¹⁴. Se confirmó que la eficacia del acetato de megestrol es dosis-dependiente en el rango entre 160 y 480 mg/día, ya que dosis superiores no demostraron mejoría en los resultados¹⁴. Globalmente, el acetato de megestrol mejoró el apetito en

ODAMIDA



Laboratorio Químico Biológico Pelayo

Recursos de Internet

Asociación Española Contra el Cáncer.

Web: <http://www.aecc.es>.

Enlace: <http://www.aecc.es/sobreelcancer/viviendocancer/alimentacion/paginas/nutricionales.aspx>

Grupo Español de Pacientes con Cáncer.

Web: www.gepac.es.

Enlace: <http://www.gepac.es/informate/publicaciones/autocuidado.html>

Instituto Nacional del Cáncer (NIH).

Web: <http://www.cancer.gov/espanol>.

Enlace: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/consejos-de-alimentacion.pdf>

Sociedad Española de Oncología Médica.

Web: <http://www.seom.org>.

Enlaces: www.oncosaludable.es / <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/guia-actualizada/cuidados-de-soporte>

más del 30% de los pacientes y favoreció una ganancia ponderal en el 35%.

En cuanto a los glucocorticoides, las diferentes revisiones sistemáticas de la bibliografía científica concluyen que dexametasona (3-6 mg/día), prednisona (15 mg/día) y metilprednisolona (12 mg/día) inducen un aumento del apetito y ganancia de peso. Sin embargo, su actividad es de corta duración (inferior a 4 semanas) y provocan más efectos secundarios a largo plazo (resistencia a insulina, retención hídrica, miopatía esteroidea, fragilidad cutánea, insuficiencia suprarrenal, alteraciones del sueño y cognitivas) comparados con placebo y acetato de megestrol^{11,14}. Globalmente, se ha constatado un alto nivel de evidencia (1B) con un favorable grado de recomendación (B), siempre que se usen en casos seleccionados (necesidad de acción muy rápida), durante un periodo corto y teniendo en cuenta los efectos secundarios a largo plazo.

El papel de éstos y otros fármacos en el SACC se recoge en la tabla 3.

Actualmente, diferentes estudios sugieren que el tratamiento multimodal que asocia diferentes fármacos activos puede ofrecer una mayor eficacia que su uso aislado. Por ejemplo, la asociación del acetato de megestrol con un procinético (para evitar las malas digestiones y la saciedad precoz), con un AINE (para reducir la respuesta inflamatoria tumoral y las citocinas) y, si el paciente tiene depresión, con un antidepresivo orexígeno como mirtazapina o, si se asocia caquexia, con un suplemento nutricional con EPA.

Fase de caquexia refractaria (figura 2)

Muchos pacientes en la fase final de la vida presentan SACC. En esta situación, lo prioritario es el confort y el control de los síntomas, siendo los más habituales la xerosis, la deshidratación y el estreñimiento, que pueden mejorar con modificadores de la textura. Un aporte mínimo de alimentos es suficiente para lograr el confort. Un ejemplo de alimento equilibrado, de textura agradable, fácil ingesta y digestión es el pudín, que se prepara mezclando yogur, zumo de limón, plátano, una cucharada de azúcar, una cucharadita de sal y otra de miel.

En esta fase, el tratamiento farmacológico con acetato de megestrol y/o corticoides no suele ser efectivo, y la suplementación nutricional no está indicada. ●

Bibliografía

1. Tuca A, Jiménez-Fonseca P, Gascón P. Clinical evaluation and optimal management of cancer cachexia. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2013; 88(3): 625-636.
2. Segura A, Pardo J, Jara C, Zugazbeitia L, Carulla J, De Las Peñas R, et al. An epidemiological evaluation of the prevalence of malnutrition in Spanish patients with locally advanced or metastatic cancer. *Clin Nutr*. 2005; 24(5): 801-814.
3. Evans WJ, Morley JE, Argilés J, Bales C, Baracos V, Guttridge Dc, et al. Cachexia: a new definition. *Clin Nutr*. 2008; 27(6): 793-799.
4. Blum D, Omlin A, Fearon K, Baracos V, Radbruch L, Kaasa S, et al. Evolving classification systems in cancer cachexia: ready for clinical practice? *Support Care Cancer*. 2010; 18: 273-279.
5. Jiménez-Fonseca P, Álvarez B. *Comer para vencer el cáncer*. Oviedo: Ediciones Nobel, 2012.
6. Bora KS, Sharma A. Phytochemical and pharmacological potential of *Medicago sativa*: a review. *Pharm Biol*. 2011; 49(2): 211-220.
7. Viale PH. Can ginseng alleviate cancer-related fatigue? *J Adv Pract Oncol*. 2013; 4(6): 392-393.
8. Marx W, Kiss N, Isenring L. Is ginger beneficial for nausea and vomiting? An update of the literature. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2015; 9(2): 189-195.
9. Jiménez-Fonseca P, Martínez Cano S. *Remedios naturales para síntomas habituales*. Oviedo: Ediciones Nobel, 2013; 135-142.
10. Maddedu C, Maccio A, Panzone F, Tanca FM, Mantovani G. Medroxyprogesterone acetate in the management of cancer cachexia. *Expert Opin Pharmacother*. 2009; 10(8): 1.359-1.366.
11. Lesniak W, Bała M, Jaeschke R, Krzakowski M. Effects of megestrol acetate in patients with cancer anorexia-cachexia syndrome – a systematic review and meta-analysis. *Pol Arch Med Wewn*. 2008; 118(11): 636-644.
12. Pascual López A, Roqué i Figuls M, Urrutia Cuchi G, Berenstein EG, Almenar Pasies B, Balcells Alegre M, et al. Systematic review of megestrol acetate in the treatment of anorexia-cachexia syndrome. *J Pain Symptom Manage*. 2004; 27(4): 360-369.
13. Berenstein EG, Ortiz Z. Acetato de megestrol para el tratamiento del síndrome anorexia-caquexia (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus. 2008; 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de: The Cochrane Library. 2008, issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
14. Loprinzi CL, Kugler JW, Sloan JA, Mailliard JA, Krook JE, Wilwerding MB, et al. Randomized comparison of megestrol acetate versus dexamethasone versus fluoxymesterone for the treatment of cancer anorexia/cachexia. *J Clin Oncol*. 1999; 17(10): 3.299-3.306.