

MAPA MENTAL ILUSTRADO - JULHO/2022

VIÉS do PESO

NAS FASES DO CUIDADO ONCOLÓGICO



CRISTIANE D'ALMEIDA
NUTRICIONISTA



TATIANE RIOS
NUTRICIONISTA

APOIO:



REALIZAÇÃO:



A DESNUTRIÇÃO É
ALTAMENTE PREVALENTE
NO PACIENTE ONCOLÓGICO,
COM PERCENTUAIS QUE PODEM
CHEGAR ATÉ 80%.^{1,2}



O DÉFICIT NUTRICIONAL IMPACTA
NEGATIVAMENTE NA QUALIDADE DE VIDA,
TOLERÂNCIA E TOXICIDADE DO TRATAMENTO.³

AS DEMANDAS NUTRICIONAIS DEVEM
CONSIDERAR A CONDIÇÃO CLÍNICA, TIPO
E LOCALIZAÇÃO DO TUMOR, ATIVIDADE
DA DOENÇA E TRATAMENTO PROPOSTO,
SENDO ESTAS DEMANDAS REAVALIADAS
DURANTE TODA A JORNADA DE CUIDADO.^{4,5}



A TRIAGEM E AVALIAÇÃO NUTRICIONAL SINALIZAM OS PACIENTES QUE
TERÃO BENEFÍCIOS COM A INTERVENÇÃO NUTRICIONAL PRECOCE E
ESPECIALIZADA.⁴ A TERAPIA NUTRICIONAL GARANTE A PRESERVAÇÃO
DO ESTADO NUTRICIONAL E MELHOR TOLERÂNCIA AO TRATAMENTO.⁵⁻⁷



CONDUTA NUTRICIONAL PREFERENCIAL

➔ VIA ORAL, COM ACONSELHAMENTO DIETÉTICO.^{4,5}

**QUANDO VIA ORAL NÃO FOR SUFICIENTE
($<70\%$ DAS NECESSIDADES)**

**utilizar suplementos nutricionais
orais como forma de melhorar
o aporte nutricional.^{4,5}**



**IDENTIFICAR O PERCENTUAL DE PERDA DE PESO E SUA REAL CAUSA,
PODE SER UMA BOA ESTRATÉGIA DE ACOMPANHAMENTO**

É CONSIDERADA PERDA DE PESO GRAVE:

- > MAIOR QUE 5% EM UM MÊS
- > MAIOR QUE 7,5% EM TRÊS MESES
- > MAIOR QUE 10% EM SEIS MESES



**IDENTIFICAR A FALTA DE ADESÃO À PRESCRIÇÃO DIETÉTICA
E/OU À SUPLEMENTAÇÃO ORAL, MONITORAR A EVOLUÇÃO
DA DOENÇA, OS EFEITOS COLATERAIS E TOLERÂNCIA AO
TRATAMENTO TAMBÉM SÃO PONTOS IMPORTANTES
DO ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL.**



A SINTOMATOLOGIA INDUZIDA PELO TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA E/OU RADIOTERAPIA, PODE LEVAR A REDUÇÃO DA INGESTÃO ALIMENTAR, COM PERDA DE PESO E PREJUÍZO SIGNIFICATIVO DA CONDIÇÃO NUTRICIONAL.⁶

ALGUNS DOS PRINCIPAIS SINTOMAS INCLUEM

NÁUSEAS, VÔMITOS, DIARREIA, MUCOSITE (INFLAMAÇÃO DAS MUCOSAS), FALTA DE APETITE E DISGEUSIA (ALTERAÇÃO DE PALADAR).⁵



PEQUENAS E CONSTANTES MODIFICAÇÕES DA DIETA ORAL COMO:

- ✓ AUMENTO DA DENSIDADE CALÓRICA E PROTEICA
- ✓ ADEQUAÇÃO DA CONSISTÊNCIA ÀS PREFERÊNCIAS E PALATABILIDADE DO PACIENTE, E AUMENTO DO FRACIONAMENTO

São estratégias que devem ser utilizadas precocemente durante o tratamento antineoplásico



A ESCOLHA DE UM COMPLEMENTO NUTRICIONAL SEM SABOR PODE SER ÚTIL NA ADESÃO E FLEXIBILIDADE DE USO DA TNO (TERAPIA NUTRICIONAL ORAL), CONSIDERANDO OS SINTOMAS DE NÁUSEAS, DISGEUSIA E A DURAÇÃO PROLONGADA DO TRATAMENTO.⁵

A RECOMENDAÇÃO DE PROTEÍNA PARA PACIENTE EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO VARIA DE 1,2 A 2G PTN/KG/DIA,^{2,4,5} E UMA DIETA HIPERPROTEICA PROMOVE MELHORA DA MASSA MUSCULAR E SOBREVIDA GLOBAL.¹¹

ALGUNS NUTRIENTES ESPECÍFICOS COMO ÔMEGA 3,

PODEM CONTRIBUIR PARA MELHORA DO APETITE, REDUZINDO EFEITOS INFLAMATÓRIOS, AUXILIANDO NA MANUTENÇÃO DO PESO E DA MASSA MAGRA.^{8,9} A DOSE ESTUDADA NA ONCOLOGIA PODE VARIAR DE 2 A 2,2G/DIA DE ÁCIDO EICOSAPENTAENÓICO (EPA).^{9,10}



ÔMEGA 3

PARA OS PACIENTES CANDIDATOS À CIRURGIA QUE ESTÃO DESNUTRIDOS OU EM RISCO DE DESNUTRIÇÃO, É RECOMENDADO A UTILIZAÇÃO DE



FÓRMULAS HIPERPROTEICAS
COM IMUNONUTRIENTES.^{4,5}





O PACIENTE PERCORRE DIVERSOS MOMENTOS
EM SUA TRAJETÓRIA DE TRATAMENTO, ONDE ESSA
SINTOMATOLOGIA OCORRE EM MOMENTOS DIFERENTES,
QUE MUDAM, SE MISTURAM E/OU SE SOMAM.

POR ISSO, O MANEJO DOS EFEITOS COLATERAIS
INDUZIDOS PELO TRATAMENTO ONCOLÓGICO DEVE SER
FEITO COM ORIENTAÇÕES DIETÉTICAS INDIVIDUALIZADAS
E ACOMPANHAMENTO REGULAR.^{4,5}

MESMO AO FIM DO TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO, ESTES
PACIENTES APRESENTAM NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO
NUTRICIONAL PARA REABILITAÇÃO. RECOMENDA-SE ASSIM
O SEGUIMENTO AMBULATORIAL MENSAL OU QUINZENAL.⁵



Referências:

1. Ravasco P. Nutrition in Cancer Patients. J Clin Med. 2019 Aug 14;8(8):1211. 2. Arends J, Baracos V, Bertz H, et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. Clin Nutr. 2017; 36(1):1187-1196. 3. Argilés JM, Campos N, Lopez-Pedrosa JM, et al. Skeletal Muscle Regulates Metabolism via Interorgan Crosstalk: Roles in Health and Disease. J Am Med Dir Assoc. 2016 Sep 1;17(9):789-96. 4. Horie LM, Barrère APN, Castro MG, et al. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente com câncer. BRASPEN J 2019; 34 (Supl 1):2-32. 5. INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA. Consenso nacional de nutrição oncológica/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, - 2. ed. rev. ampl. atual. - Rio de Janeiro: INCA, 2015. 182p. 6. Schiessel DL, et al. Barriers to cancer nutrition therapy: excess catabolism of muscle and adipose tissues induced by tumor products and chemotherapy. Proc Nutr Soc. 2018;77(4):394-402. 7. Sorensen JC, et al. Mitochondria: Inadvertent targets in chemotherapy-induced skeletal muscle toxicity and wasting? Cancer Chemother Pharmacol. 2016;78(4):673-83. 8. Freitas RDS, Campos MM. Protective Effects of Omega-3 Fatty Acids in Cancer-Related Complications. Nutrients. 2019 Apr 26;11(5):945. 9. Prado CM, Purcell SA, Laviano A. Nutrition interventions to treat low muscle mass in cancer. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2020 Apr;11(2):366-380. 10. de Castro GS, Andrade MF, Pinto FCS, et al. Omega-3 Fatty Acid Supplementation and Its Impact on Systemic Inflammation and Body Weight in Patients With Cancer Cachexia-A Systematic Review and Meta-Analysis. Front Nutr. 2022 Jan 31;8:797513. 11. Pimentel GD, Pichard C, Laviano A, Fernandes RC. High protein diet improves the overall survival in older adults with advanced gastrointestinal cancer. Clin Nutr. 2021 Mar;40(3):1376-1380.

APOIO:



REALIZAÇÃO:

