

SOPORTE NUTRICIONAL

AVERSIONES ALIMENTARIAS SEGÚN TIPO DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

FOOD AVERSIONS ACCORDING TO TYPE OF ONCOLOGICAL TREATMENT

María Raquel Zunino^{1,2}, Florencia Coronel¹, Gabriela Giribaldi³

¹ Área de Soporte Nutricional, Centro Oncológico Agave, Venado Tuerto, Santa Fe, Argentina

² Universidad del Centro Educativo Latinoamericano, Cátedra de Soporte Nutricional de la Carrera de Licenciatura en Nutrición, Venado Tuerto, Santa Fe, Argentina

³ Universidad del Centro Educativo Latinoamericano, Cátedra de Epidemiología de la Carrera de Licenciatura en Nutrición, Venado Tuerto, Santa Fe, Argentina

Correspondencia: María Raquel Zunino

E-mail: raquelz-4@hotmail.com

Presentado: 25/08/17. Aceptado: 02/10/18

Conflictos de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés

RESUMEN

Introducción: los pacientes que padecen cáncer deben someterse a tratamientos agresivos como la radioterapia y quimioterapia. Diversos estudios demostraron que estos pacientes con frecuencia adquieren aversiones a alimentos consumidos antes del tratamiento, las cuales se desarrollan si luego de consumir un alimento se experimenta una sensación negativa. Esto, en consecuencia, dificulta el mantenimiento de un correcto estado nutricional en varios de los casos.

Objetivos: comparar las aversiones alimentarias desarrolladas durante los tratamientos oncológicos de quimioterapia, radioterapia o ambos en pacientes asistidos en el Hospital Provincial Centenario de la ciudad de Rosario y en el Centro de Tratamiento Oncológico (CTO) y Centro AGAVE de la ciudad de Venado Tuerto, durante los meses de abril a agosto de 2016. Identificar los alimentos que producen aversiones con mayor frecuencia según el tipo de tratamiento antineoplásico y establecer el desarrollo de la aversión alimentaria en relación al tiempo de inicio del tratamiento antineoplásico.

Materiales y métodos: se evaluó una muestra conformada por 108 pacientes en tratamiento oncológico de entre 23 y 84 años de edad de ambos sexos. Los datos se obtuvieron por medio de una encuesta autoadministrada a través de la cual se midió presencia de rechazo alimentario, identificación de alimento/s rechazado/s, tipo de tratamiento y duración del mismo.

Resultados: del total de los pacientes evaluados, un 27% (n=29) presentó aversión. De ellos, el 58,6% (n=17) se encontraba realizando quimioterapia, el 10,3% (n=3) radioterapia y el 31% (n=9) ambos tratamientos.

En las tres modalidades de tratamiento se destacó en primer lugar el rechazo a las carnes con un 69% (n=34) (carne de vaca 33%, pollo 14%, cerdo 12% y pescado 10%) y el queso con un 10% (n=5).

De aquellos pacientes que se encontraban en tratamiento de quimioterapia por 30 días o más, el 51,7% (n=15) presentó aversión alimentaria.

Conclusiones: los datos obtenidos mostraron relación entre las variables: presencia de aversión alimentaria, y tipo y tiempo de tratamiento oncológico.

Palabras clave: aversión alimentaria; quimioterapia; radioterapia.

ABSTRACT

Introduction: patients suffering from cancer should undergo aggressive treatments such as radiotherapy and chemotherapy. Several studies have shown that these patients often acquire aversions to food that they used to consume before their treatment. These aversions are developed when they experience a negative sensation after consuming certain food. Consequently, this hinders the maintenance of a correct nutritional status in many cases.

Objectives: to compare the food aversions developed during the oncological treatments of chemotherapy, radiotherapy or both in patients assisted in the Centennial Provincial Hospital of the city of Rosario and in the Oncological Treatment Center (CTO by its acronym in Spanish) and the AGAVE (by its acronym in Spanish) Center of the City of Venado Tuerto, during the months of April to August 2016. To identify the foods that produce aversions more frequently depending on the type of antineoplastic treatment and to establish the food aversion's development in relation with the time of initiation of the antineoplastic treatment.

Materials and methods: a sample consisting of 108 patients undergoing oncological treatment between 23 and 84 years old of both sexes was evaluated. The data was obtained by means of a self-administered survey through which was measured the presence of food refusal, identification of rejected foods, type and duration of treatment.

Results: 27% (n=29) of the patients showed aversion. Of these 27% (n=29), 58.6% (n=17) were undergoing chemotherapy, 10.3% (n=3) radiotherapy and 31% (n=9) both of them.

The rejection of meats was first highlighted with 69% (n=34) (beef 33%, chicken 14%, pork 12% and fish 10%) and cheese with a 10% (n=5) in the three modalities of treatment.

51.7% (n=15) of the patients who were undergoing chemotherapy for 30 days or more presented food aversion.

Conclusions: the data obtained showed a relationship between the variables: presence of food aversion, and type and time of oncological treatment.

Key words: food aversion; chemotherapy; radiotherapy.

INTRODUCCIÓN

Un correcto estado nutricional permite afrontar con mayor capacidad los problemas de salud. Las personas malnutridas que debutan con una patología están menos capacitadas tanto para superar la enfermedad como para soportar los tratamientos asociados¹.

Los motivos de deterioro del estado nutricional en el paciente oncológico son múltiples y variados. En primer lugar el crecimiento del propio tumor y la modificación metabólica que su presencia produce, aumentan las necesidades energéticas de estos pacientes. A ello debe añadirse la anorexia, síntoma muy común en el paciente con cáncer, que dificulta la posibilidad de ingerir toda la energía necesaria, así como las modificaciones en la capacidad de digerir, absorber y metabolizar correctamente, lo que implica una menor capacidad de aprovechar los nutrientes ingeridos¹.

Un paciente bien nutrido tolera mejor el tratamiento oncológico, además le resulta menos tóxico y le permite recibir todas las dosis programadas. El paciente bien nutrido tiene una mejor calidad de vida, se siente más fuerte y menos fatigado, y su estado psicológico es mejor. Además se ha demostrado que estos pacientes padecen menos complicaciones, y su estancia hospitalaria es más corta e incluso innecesaria a lo largo del tratamiento¹.

Los tratamientos oncológicos quirúrgicos, radiológicos y/o farmacológicos, las complicaciones producidas por los tratamientos, el dolor y la fatiga, se suman a los síntomas anteriores y conforman un cúmulo de problemas que dificulta mantener un correcto estado nutricional en este tipo de pacientes¹.

Los efectos más importantes en estos tratamientos son la alteración de los sentidos del gusto y el olfato, las náuseas y los vómitos, los cuales parecen influir en la aparición de las aversiones alimentarias².

El término aversión es aquel que se utiliza para referirse a un sentimiento de rechazo o repugnancia hacia algo o alguien. En cualquier caso, la aversión se trata de una reacción subjetiva de repulsión y asco ante un estímulo externo que provoca cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, aunque en muchos casos, también influidos por la experiencia. Se entiende que la aversión tiene una función original de protección ante algo que se percibe como negativo, perjudicial o peligroso para la persona ya que le incita a apartarse³.

Las aversiones alimentarias favorecen la disminución del apetito y de la ingesta, con la consecuente pérdida de peso (que ya de por sí puede ser importante en estos pacientes debido a la propia enfermedad)⁴.

Diversos estudios controlados muestran que, con frecuencia, los pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia adquieren aversiones, especialmente a los alimentos consumidos antes del tratamiento. El porcentaje de pacientes sometidos a quimioterapia que adquiere aversiones alimentarias oscila del 21 al 70%, en función de los diferentes estudios realizados. Esta amplia variabilidad puede deberse a distintos factores como: los criterios utilizados para definir lo que es una aversión alimentaria, el tipo de quimioterapia o la gravedad de la enfermedad⁴.

Las alteraciones de la función gustativa, como la disgeusia, se han reportado hasta en un 50 al 60% de los pacientes sometidos a tratamiento oncológico. Dichas alteraciones son factores etiológicos que contribuyen a la anorexia y efectos secundarios de la pérdida de peso y desnutrición que afectan la calidad de vida del paciente. Debido al propio padecimiento y a algunos tratamientos oncológicos, la cavidad bucal está expuesta a complicaciones y alteraciones que promueven la atrofia y destrucción de las papilas gustativas⁵.

La pérdida de la percepción gustativa suele ser transitoria y no existen tratamientos específicos aconsejables para esta afección; sin embargo, las modificaciones dietéticas y las recomendaciones alimentarias durante este proceso pueden disminuir la pérdida de peso y mejorar de forma significativa la calidad de vida del paciente oncológico⁵.

Las dificultades para implementar una dieta correcta y los problemas nutricionales son una complicación habitual de los pacientes con cáncer. A las alteraciones generales inducidas por la neoplasia se suman los efectos locales de la misma y los efectos secundarios de la cirugía, quimioterapia y radioterapia que, en muchas ocasiones, dificultan o impiden la alimentación oral del paciente. La relación entre el consumo de algunos alimentos y el efecto tóxico del tratamiento puede condicionar rechazos adquiridos y condicionados frente a alimentos específicos que se asocian a síntomas como náuseas y vómitos. Esta asociación afecta no solamente a alimentos nuevos, sino también a aquellos que se tomaban con regularidad antes de comenzar el tratamiento⁶.

Por lo expuesto anteriormente, y teniendo en cuenta que un correcto estado nutricional permite afrontar con mayor capacidad los problemas de salud, se considera de importancia establecer la relación existente entre el tratamiento oncológico que reciben los pacientes y las aversiones alimentarias que puedan resultar a causa de éste, ya que las

mismas podrían influir en el estado nutricional del mismo y consecuentemente provocar una respuesta desfavorable en su salud y en la manera en que éstos podrán sobrellevar la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal. La población en estudio la conformaron pacientes adultos de entre 23 y 84 años de edad, con cáncer, asistidos en el Hospital Provincial del Centenario de la ciudad de Rosario, el Centro de Tratamiento Oncológico (CTO) y el Centro AGAVE, ambos de la ciudad de Venado Tuerto, que se encontraban bajo tratamiento oncológico. La muestra quedó conformada por 108 pacientes bajo tratamiento oncológico seleccionados por muestreo simple al azar. Se incluyeron pacientes adultos de 23 a 84 años de edad con diagnóstico de cáncer bajo tratamiento de quimioterapia, radioterapia o ambos. Los datos se recolectaron a través de una encuesta autoadministrada por el paciente de acuerdo a instrucciones facilitadas en una entrevista. Por medio de ésta, se obtuvo información cualitativa acerca de la presencia de rechazos a sabores y/o alimentos y dificultades para alimentarse.

En forma paralela, se le entregó al médico un cuestionario que le permitió obtener datos del paciente sobre el tipo de tratamiento antineoplásico y el tiempo que lleva realizándolo. Una vez obtenidos estos datos, se relacionó la presencia de aversiones alimentarias con el tipo de tratamiento antineoplásico.

Análisis estadístico

Se aplicaron técnicas de estadística descriptiva, gráficos exploratorios de datos, cálculo de promedios (+/- DS), medianas (+/- RQ), proporciones (+/- DS), técnicas de estadística inferencial no paramétrica y test de chi cuadrado con nivel de confianza del 90% para comparar tratamientos.

RESULTADOS

De los 108 pacientes en tratamiento oncológico, el 58% (n=63) fue mujer. La edad de los pacientes más frecuente fue de 73 años y la mitad tenía más de 65 años.

Del total de los pacientes, un 27% (n=29) manifestó tener aversión a algún alimento. De éstos últimos, un 72% (n=21) presentó rechazo a un solo tipo de alimento y un 28% (n=8) a más de un alimento.

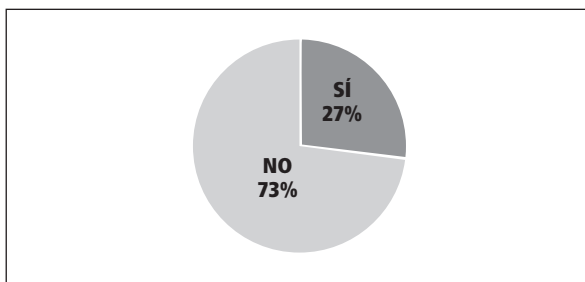


Gráfico 1: Distribución según presencia de aversión alimentaria.

Según el Gráfico 2 se observó que de un 27% (n=29) de los pacientes que sufrió algún tipo de rechazo a alimentos, un 58,6% (n=17) se sometió a quimioterapia, un 31% (n=9) hizo ambos tratamientos (quimioterapia y radioterapia) y sólo un 10,3% (n=3) de aquellos tratados con radioterapia sufrió algún tipo de aversión alimentaria.

Esta relación entre los tipos de tratamientos oncológicos y el desarrollo de aversión alimentaria resultó estadísticamente significativa (p=0,0074).

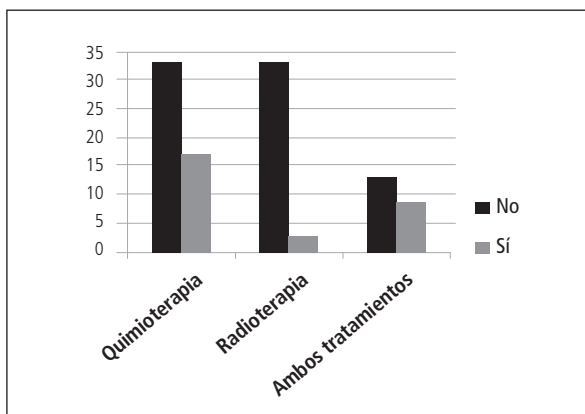


Gráfico 2: Presencia de aversión alimentaria en pacientes oncológicos según el tipo de tratamiento antineoplásico realizado.

De los 10 alimentos mencionados por los pacientes (leche, yogur, queso, carne de vaca, carne de pollo, carne de cerdo, pescado, verduras, cereales, otros), se destacaron en primer lugar las carnes con un 69% (n=34) (carne de vaca 33%, pollo 14%, cerdo 12% y pescado 10%) y el queso con un 10% (n=5).

En los tres tratamientos apareció el rechazo a la carne vacuna con mayor frecuencia que otros alimentos (18,75% [n=3] para quimioterapia y ambos tratamientos, 62,5% [n=10] en radioterapia). En el tratamiento con quimioterapia el rechazo al queso con un

60% (n=3) surgió como segundo alimento rechazado. Para el tratamiento de radioterapia el rechazo al pollo y el pescado ocuparon el segundo lugar.

Dado el valor de $p=0,4188$, no se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables tipo de tratamiento oncológico y alimento rechazado.

El tiempo de inicio de tratamiento en los pacientes evaluados más frecuente fue el de quimioterapia por más de 30 días en un 39% (n=42), le siguió la radioterapia por más de una semana en un 26% (n=28) y en tercer lugar los pacientes sometidos a ambos tratamientos: quimioterapia por menos de 30 días y radioterapia por más de una semana con un 12% (n=13).

De aquellos pacientes que se encontraban en tratamiento de quimioterapia por 30 días o más, el 51,7% (n=15) presentó aversión alimentaria. El menor porcentaje de desarrollo de aversión se dio en aquellos que realizaban el tratamiento combinado de quimioterapia por 30 días o más y radioterapia por menos de una semana, así como también los que sólo realizaban radioterapia por menos de una semana con un 3,48% (n=1).

Con un nivel de confianza del 90%, la relación entre ambas variables resultó estadísticamente significativa ($p=0,0933$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Del análisis de los resultados obtenidos pudo determinarse que del total de los pacientes evaluados, un cuarto de los mismos presentó aversión alimentaria.

Con respecto a la relación entre las aversiones alimentarias y el tipo de tratamiento oncológico, se observó que los tipos de tratamientos oncológicos estarían relacionados con el desarrollo de aversiones alimentarias entre los pacientes con cáncer ($p=0,0074$), siendo la quimioterapia el tipo de tratamiento en el que se registró mayor frecuencia de aversión. Como menciona García y Bach en su investigación, el porcentaje de pacientes sometidos a quimioterapia, que adquiere aversiones alimentarias, oscila del 21 al 70%. Esto es similar a lo detectado en el estudio⁴.

Podría deducirse que los pacientes sometidos a radioterapia tienen menor posibilidad de padecer aversión alimentaria. Esto podría deberse a que en este tipo de tratamiento no se registran en los pacientes tantos efectos secundarios como náuseas, vómitos, diarrea y alteraciones del gusto, entre otros.

Entre los alimentos rechazados, se destacaron las carnes en general y el queso. Esto pudo observarse

también en el estudio realizado por Lancheros et al., publicado por la Revista Colombiana de Cancerología en el año 2004, de casos y controles con 58 pacientes de la Clínica San Pedro Claver en Bogotá, en el cual el 72% de los pacientes que recibió al menos tres ciclos de quimioterapia desarrolló disgeusia⁷.

Esta alteración en la percepción del gusto produce un rechazo a productos ureicos como carnes y otros alimentos ricos en proteínas. También la presencia de náuseas, vómitos y/o mucositis causados por los tratamientos antineoplásicos pudieron haber dado origen a dichas aversiones¹.

Uno de los objetivos específicos planteados en este estudio fue identificar los alimentos que producen aversiones con mayor frecuencia según el tipo de tratamiento antineoplásico. Pudo detectarse que en los tres tratamientos, el rechazo a la carne vacuna se presentó con mayor frecuencia que otros alimentos. En el tratamiento con quimioterapia el rechazo al queso se observó como segundo alimento rechazado. Para el tratamiento de radioterapia el rechazo al pollo y el pescado estuvieron en segundo lugar. Esto resultó similar en el estudio desarrollado por Lancheros et al. donde se observó que durante el tratamiento con quimioterapia el mayor porcentaje de los pacientes eliminó el consumo de carnes en primer lugar⁷. Sin embargo, los alimentos que producen aversión alimentaria serían independientes del tipo de tratamiento oncológico.

De aquellos pacientes que se encontraban en tratamiento de quimioterapia por 30 días o más, el 51,7% (n=15) presentó aversión alimentaria. El menor porcentaje de desarrollo de aversión se observó en aquellos que realizaban el tratamiento combinado de quimioterapia por 30 días o más y radioterapia por menos de una semana, así como también los que sólo realizaban radioterapia por menos de una semana, en un 3,48% (n=1). Estos resultados suponen una relación entre la presencia de aversión alimentaria, y los tiempos y tipos de tratamiento antineoplásicos considerados ($p=0,0933$). Mattes et al. pudieron confirmar dicha relación en un estudio elaborado con pacientes en tratamiento de quimioterapia en los cuales se evidenciaron aversiones luego de 30 a 60 días de iniciado el mismo, y en los que recibían radioterapia, luego de una a tres semanas⁸.

En conclusión, se advirtió que un considerable porcentaje de pacientes bajo tratamiento antineoplásico desarrolló aversiones alimentarias, y que este desarrollo tuvo relación con el tipo de tratamiento implementado y el tiempo desde iniciado

el mismo. A su vez, se observó que los alimentos rechazados con mayor frecuencia resultaron ser independientes con respecto al tipo de tratamiento realizado por dichos pacientes.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. María Cecilia Torrent y a la Lic. Silvina Camoletto por su fundamental aporte para el desarrollo del presente trabajo.

REFERENCIAS

1. Pérez-Portabella C. Beneficios de un correcto estado nutricional en el paciente con cáncer. *Enfermería Oncológica* 2006; 5-8.
2. Máñez Picazo A. Náuseas y vómitos. *Enfermería Oncológica* 2006; 66- 67.
3. Real Academia Española, 2012. Aversión. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=aversion>. Consulta: 25 de septiembre de 2015.
4. García E, Bach L. Preferencia y aversiones alimentarias. *Anuario de Psicología* 1999; 30 (2): 57-68.
5. Sánchez-Lara K, Rodríguez-Ríos L, Sosa-Sánchez R, Green-Renner D. Trastornos del gusto en pacientes oncológicos. *Gaceta Mexicana de Oncología* 2009; 8(5).
6. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Dieta y cáncer, 2004. Página web actualizada a julio de 2006. Disponible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap_09.pdf. Fecha de acceso: 08/06/15.
7. Lancheros L, Gamba M, González H, Sánchez R. Caracterización de la evolución del estado nutricional de pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico. *Revista Colombiana de Cancerología* 2004; 8(2): 12-19.
8. Mattes RD, Curran WJ, Alavi J, Powlis W, Whittington R. Clinical implications of learned food aversions in patients with cancer treated with chemotherapy or radiation therapy. *Cancer* 1992; 70(1): 192-200.