



Your Facility Name Here

Información Imprimida del CancerHelp®

Aviso:

CancerHelp™ no tiene la intención, ni debe usarse, para hacer recomendaciones médicas. Su fin es únicamente proveer información que, posiblemente, le ayude tanto a usted como a su médico a tomar decisiones sobre su cuidado médico. La información se actualiza mensualmente.

Nutrición 02/03

-- Descripción --

La incapacidad de mantener el estado de nutrición es un problema particularmente común entre las personas con cáncer. El proceso de la enfermedad y su tratamiento pueden llevar a desnutrición proteica calórica severa, el cual es el síndrome paraneoplásico o diagnóstico secundario más común en el paciente con cáncer. Es una causa principal de morbilidad y mortalidad. La desnutrición proteica calórica existe cuando la ingestión de macronutrientes es inadecuada para satisfacer los requisitos metabólicos. Puede resultar desgaste progresivo, debilidad, decaimiento, compromiso de la función inmune, posible intolerancia a la terapia y por último la muerte.

La anorexia, la pérdida del apetito o del deseo de comer, es el síntoma más común entre las personas con cáncer la cual puede ocurrir al principio del proceso de la enfermedad o más tarde a medida que el tumor crece y hace metástasis.[1] La anorexia está presente en un 15% a 25% de todos los pacientes con cáncer en el momento del diagnóstico y es casi universal entre los pacientes con enfermedad metastásica amplia.[2] [3] La anorexia es la causa más común de la disminución de ingestión de nutrientes, trayendo consigo la desnutrición, la inanición progresiva (deterioro

progresivo con desgaste muscular y cambio de la composición del cuerpo) en la malignidad.

La caquexia es un síndrome clínico de desgaste manifestado por debilidad y pérdida marcada y progresiva de peso corporal, grasa y músculo.[4] La anorexia y la caquexia con frecuencia se presentan juntas; sin embargo, la caquexia puede ocurrir en individuos que ingieren cantidades adecuadas de calorías y proteínas, pero que han tenido mala absorción de nutrientes. Se ha estimado que la mitad de las personas con cáncer experimentan caquexia, dos tercios en la fase terminal de la enfermedad.[5] Además, los investigadores no han encontrado ninguna correlación entre la caquexia y el tamaño, tipo o grado del tumor.[6] Lo que se ha observado es que la caquexia del cáncer difiere de simple inanición.[7] Las personas se adaptan a la inanición reduciendo la tasa metabólica basal, mientras que entre los pacientes con cáncer, la tasa metabólica basal no se adapta y puede aumentar, disminuir o ser normal.[8] Aunque los mecanismos exactos que causan caquexia en el cáncer son desconocidos, varias teorías en cuanto a su patogénesis señalan una mezcla compleja de variables del tumor, huésped y tratamientos, haciéndola difícil para ser estudiada.

El impacto pronóstico de la pérdida de peso y desnutrición ha sido documentado desde los años 30 [9] en enfermedades benignas y más tarde en enfermedades malignas.[10] [11] [12] [13] Se estima que hasta un 20% de las personas con cáncer pueden morir de los efectos de la inanición incluida con el cáncer o relacionada con el tratamiento. Además, el impacto que tiene la desnutrición en los costos del cuidado de la salud es importante.[14] [15]

Bibliografía:

1. Donoghue M, Nunnally C, Yasko JM: Nutritional Aspects of Cancer Care. Reston, VA: Reston Publishing Company, Inc., 1982.
2. Langstein HN, Norton JA: Mechanisms of cancer cachexia. Hematol Oncol Clin North Am 5 (1): 103-23, 1991.
3. Tisdale MJ: Cancer cachexia. Anticancer Drugs 4 (2): 115-25, 1993.
4. Theologides A: Cancer cachexia. Curr Concepts Nutr 6:75-94, 1977.

5. Lindsey AM, Piper BF, Stotts NA: The phenomenon of cancer cachexia: a review. *Oncol Nurs Forum* 9 (2): 38-42, 1982 Spring.
6. Smith SA: Theories and intervention of nutritional deficit in neoplastic disease. *Oncol Nurs Forum* 9 (2): 43-6, 1982 Spring.
7. Lindsey AM: Cancer cachexia: effects of the disease and its treatment. *Semin Oncol Nurs* 2 (1): 19-29, 1986.
8. Ottery FD: Cancer cachexia: prevention, early diagnosis, and management. *Cancer Pract* 2 (2): 123-31, 1994 Mar-Apr.
9. Studley HO: Percentage of weight loss: a basic indicator of surgical risk in patients with chronic peptic ulcer. *JAMA* 106(6): 458-460, 1936.
10. Blackburn GL, Bistrain BR, Maini BS, et al.: Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1 (1): 11-22, 1977.
11. Tubiana M, Attié E, Flamant R, et al.: Prognostic factors in 454 cases of Hodgkin's disease. *Cancer Res* 31 (11): 1801-10, 1971.
12. Dewys WD, Begg C, Lavin PT, et al.: Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Med* 69 (4): 491-7, 1980.
13. DeWys WD, Begg C, Band P, et al.: The impact of malnutrition on treatment results in breast cancer. *Cancer Treat Rep* 65 Suppl 5:87-91, 1981.
14. Robinson G, Goldstein M, Levine GM: Impact of nutritional status on DRG length of stay. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 11 (1): 49-51, 1987 Jan-Feb.
15. Reilly JJ, Hull SF, Albert N, et al.: Economic impact of malnutrition: a model system for hospitalized patients. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 12 (4): 371-6, 1988 Jul-Aug.

La información en este sistema fue producida y recopilada por el Instituto CancerHelp © Copyright, 1991-2002. CancerHelp™ es una marca registrada del Instituto CancerHelp. El Instituto CancerHelp, 1000 Skokie Blvd., Suite 100, Wilmette, IL 60091, Teléfono: (847) 256-3093, Fax: (847) 256-4985.