

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**“ANOREXIA Y PERDIDA DE PESO”**

**ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ  
CELAYA**

**SEMESTRE: 6°**

**ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA**

**UNIDAD: 2**

**CATEDRATICO: DR. RICARDO ACUÑA DEL  
SAZ**

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, 23 DE  
SEPTIEMBRE DE 2020**

El síndrome de anorexia-caquexia es un estado de emaciación que implica la pérdida de músculo y grasa causada por la enfermedad subyacente y mediada indirectamente por factores secundarios. La disminución de la ingesta oral y los complejos cambios metabólicos causan un balance negativo crónico de energía y proteínas, lo cual se asocia a una aceleración del metabolismo.

El síndrome de anorexia-caquexia (SAC) se produce en numerosas enfermedades crónicas en fase terminal, como el cáncer, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la enfermedad pulmonar crónica, la insuficiencia renal crónica y la insuficiencia cardíaca.

Se utilizan diferentes criterios, que incluyen escalas de síntomas (umbral  $>3/10$ ) o carga percibida (sin umbral) del apetito, la ingesta calórica ( $< 20\text{kcal/kg}$ ) y la pérdida de peso ( $>5\%$  en 6 meses o  $>2\%$  en 2 meses).

### **Ciencias básicas y fisiopatología**

Es importante diferenciar entre el SAC primario y el secundario.

El SAC primario representa un estado metabólico causado directamente por el tumor o la enfermedad crónica, en el cual se producen modificaciones metabólicas y neuroendocrinas complejas en un estado inflamatorio alterado continuo. Se acelera el catabolismo a pesar de disminuir la ingesta de alimentos y la energía y existe una movilización de proteínas y lípidos periféricos que mantienen una síntesis aumentada de proteínas de fase aguda. Las pérdidas de masa grasa y celular corporal, especialmente en el músculo esquelético, son aproximadamente equivalente.

El SAC secundario se refiere a la caquexia que se produce debido a la alteración de la ingesta oral e incluye síntomas graves (p. ej., dolor, depresión), estados catabólicos coincidentes en el tiempo, pérdidas de proteínas o pérdidas de tejido muscular debido a la reducción de la actividad física (desacondicionamiento).

### **Manifestaciones clínicas**

El SAC se manifiesta como pérdida de apetito, pérdida de peso y astenia, que con frecuencia se asocia a náuseas, saciedad precoz y alteraciones del gusto de forma

crónica. El paciente puede o no presentar pérdida de peso y puede haber edema o ascitis

## **Evaluación**

Se propone un abordaje en dos fases con una valoración básica (nivel I) que comprende el cribado selectivo del SAC y de las consecuencias que con frecuencia guían las principales acciones. Si el SAC es una prioridad en el tratamiento paliativo, se requiere una valoración en profundidad (nivel II). Las valoraciones del nivel III son realizadas en contextos especializados.

### **Valoración básica**

La valoración básica (nivel I) del SAC tiene dos partes: el cribado selectivo y la estimación de las consecuencias.

El cribado determina de forma fiable y rápida si el paciente tiene SAC. El SAC es probable si se identifica uno de los síntomas siguientes: pérdida de apetito (cuantificada como 3/10 o superior en una escala numérica o visual analógica), pérdida de peso (es decir, 2% o más en 2 meses o 5% o más en 6 meses), disminución de la ingesta oral (S25% menos de lo normal según indique el paciente) o disminución de la ingesta (<20kcal/kg). Si el resultado del cribado es positivo, la estimación simultánea del impacto dirige las estrategias a seguir.

El SAC tiene muchas consecuencias, como el estado nutricional, la función física, los efectos de los síntomas asociados y los efectos psicosociales sobre los pacientes y sus familias. El SAC altera la composición corporal y el estado nutricional del paciente. La valoración de la composición corporal a la cabecera del enfermo se apoya en la impresión visual del médico (p. ej., bien nutrido, mal nutrido), una estimación de la grasa muscular y corporal y la evaluación clínica del edema, la ascitis o el derrame pulmonar.

### **Tratamiento**

La toma de decisiones incluye la definición de un objetivo de intervención y un acuerdo sobre el tiempo de reevaluación y la medida de los síntomas. Es importante

asegurar la comprensión de estos objetivos y de los métodos por parte de los pacientes y la familia. El modelo de las 7 P es útil en la toma de decisiones.

- El primer paso en el plan de cuidados es tratar las causas primarias del SAC.
- El segundo elemento del plan de cuidados es tratar las causas secundarias frecuentemente reversibles del SAC.
- El tercer componente del tratamiento es proporcionar un apoyo nutricional adecuado.
- El cuarto componente del plan de cuidados es proporcionar medidas para estabilizar o mejorar la composición corporal mediante una combinación de intervenciones que aborden la ingesta nutricional, la función muscular y la reversión del catabolismo.
- El quinto componente del plan de tratamiento es aumentar la actividad física y el ejercicio.
- El sexto componente del tratamiento es el asesoramiento y el apoyo psicosocial-existencial.
- El séptimo componente del plan de cuidados es el tratamiento de los síntomas asociados

### **Fármacos**

Las progestinas, los corticoides a corto plazo y los procinéticos alivian determinados aspectos del SAC.

## Bibliografía

- Walsh, D. (2010). Medicina paliativa. Barcelona, España: Elsevier.