

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

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

**SEXTO SEMESTRE.**

**ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA.**

**ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.**

**SEGUNDO PARCIAL.**

**TEMA: ANOREXIA Y PERDIDA DE PESO.**



**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.**

## ANOREXIA Y PERDIDA DE PESO

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.

El SAC es la consecuencia de complejas interacciones entre una enfermedad crónica incurable, el sistema nervioso central y las alteraciones metabólicas. La definición se basa en la pérdida de peso y de apetito de forma involuntaria o la disminución de la ingesta oral. 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). Las percepciones subjetivas son síntomas, mientras que un síndrome incluye variables objetivas (es decir, pérdida de peso, ingesta calórica y síntomas).

Se están desarrollando nuevas definiciones que incluyen variables de ingesta calórica, pérdida de masa grasa y muscular e inflamación crónica. Es probable que se caractericen subtipos (fenotipos), incluyendo las consecuencias típicas como la reducción de la actividad física, la alteración de la calidad de vida y los cambios en la composición corporal.

Trabajar con pacientes que sufren SAC y con sus familias requiere una cuidadosa valoración del SAC y del sufrimiento físico y psicosocial coexistente, incluido el pronóstico de una enfermedad crónica incurable. El tratamiento comprende el asesoramiento de los pacientes y sus familiares, el tratamiento de factores secundarios potencialmente reversibles e intervenciones farmacológicas y nutricionales. Se han iniciado ensayos controlados y aleatorizados con tratamientos farmacológicos prometedores. Se requiere intensificar las futuras investigaciones sobre las medidas no farmacológicas.

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 equivalentes. 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). El SAC es un síndrome silente que pasa inadvertido fácilmente. Parece que la valoración y la sospecha clínica precoces son cruciales para un tratamiento eficaz. La anorexia afecta hasta a tres de cada cuatro pacientes con cáncer. Puede producirse de forma independiente de la caquexia y es un factor de mal pronóstico. La frecuencia de la caquexia en los pacientes con tumores sólidos avanzados (excepto en el cáncer de mama) varía entre aproximadamente un 25% hasta más de un 80% antes de la muerte. La pérdida de peso tiene un impacto significativo en la calidad de vida y es un factor de mal pronóstico.

Manifestaciones clínicas: 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.

En la práctica clínica resulta interesante una estrategia de valoración estructurada y de varios niveles. 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.

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. Una estimación de la función física es la escala del estado funcional de Kamofsky, que permite al médico clasificar el funcionamiento de los pacientes desde la actividad física normal a la incapacidad grave. Una breve anamnesis permite una evaluación posterior de las actividades de la vida diaria (AVD) o las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). La escala de valoración de síntomas de Edmonton proporciona información sobre ocho síntomas adicionales: dolor, astenia, náuseas, depresión, dificultad respiratoria, cansancio, ansiedad y bienestar. Puede identificar una causa del SAC o sus consecuencias. Por ejemplo, un paciente puede sentirse deprimido debido a la anorexia y la disminución de la ingesta oral, o la depresión preexistente puede causar una pérdida de apetito y una reducción de la ingesta oral. La valoración sistemática (nivel II) del SAC es importante porque los hallazgos guían los tratamientos individualizados. Un algoritmo combina el tratamiento precoz de las causas potencialmente corregibles del SAC secundario antes de la valoración detallada.

Las progestinas, los corticoides a corto plazo y los procinéticos alivian determinados aspectos del SAC. Se han investigado varios fármacos dirigidos a la estimulación del apetito o a la anorexia secundaria con resultados negativos. Sin embargo, se han comunicado datos limitados de ensayos y preclínicos sobre algunos fármacos prometedores (p. ej., grelina, ATP, talidomida, antagonistas del receptor MC4, miméticos). Cada vez existen más estudios sobre múltiples intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. El uso de fármacos derivados de la progesterona, de corticoides a corto plazo y de metoclopramida para la anorexia

está apoyado por los resultados de ensayos controlados aleatorizados y metaanálisis. Sin embargo, se carece de pruebas sobre efectos constantes sobre la pérdida de peso o la calidad de vida.

Los estudios de asesoramiento nutricionales o los suplementos orales han demostrado un aumento de la ingesta de alimentos, pero sin que existan pruebas coherentes de mejoría en la composición y la función corporales, la respuesta al tratamiento del tumor o la supervivencia.

Bibliografía: Declan Walsh. (2010). ANOREXIA Y PERDIDA DE PESO. En Medicina Paliativa (826-833). Barcelona, España.: ELSEVIER SAUNDERS