



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

**ALUMNOS:** CÉSAR ALEXIS GARCÍA RODRÍGUEZ

**LICENCIATURA:** MEDICINA HUMANA

**SEMESTRE:** 6º

**UNIDAD:** 2

**MATERIA:** MEDICINA PALIATIVA

**TITULO DEL TRABAJO:** (RESUMEN)

- **ANOREXIA Y PERDIDA DE PESO**



**Anorexia y pérdida 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 (< 20kcal/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.

### **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 equivalentes 3,9,11,12. Según los modelos animales del SAC primario, existen diferentes fenotipos que podrían recibir tratamiento dirigido. El SAC secundario se refiere a la caquexia que se produce debido a la alteración de la ingesta oral e incluye síntomas graves, por ejemplo: dolor, depresión, estados catabólicos coincidentes en el tiempo, pérdidas de proteínas o pérdidas de tejido muscular debido a la reducción de la actividad física descondicionamiento.

**EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA.** 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 8,10. 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 5,10. 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 2,10. La pérdida de peso tiene un impacto significativo en la calidad de vida y es un factor de mal pronóstico.

**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. Los familiares pueden estar preocupados sobre la pérdida de peso o pueden quejarse de una escasa atención del personal sanitario a este tema.

**Evaluación.** 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.

**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. Caso práctico: Tratamiento del síndrome de anorexia caquexia. 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  $\geq 25\%$  menos de lo normal según indique el paciente o disminución de la ingesta  $< 20\text{kcal/kg}$ . Si el resultado del cribado es positivo, la estimación simultánea del impacto dirige las estrategias a seguir.

**Valoración sistemática.** 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. El primer paso es la valoración del SAC primario, la dinámica tumoral, el pronóstico y la respuesta al tratamiento orientado a la enfermedad. Ninguno de los parámetros frecuentes de laboratorio es un indicador fiable del SAC primario. El segundo paso es la valoración de los factores secundarios, potencialmente reversibles. Se dispone de escasa información sobre la frecuencia y la importancia relativa de los cinco factores secundarios más frecuentes: estomatitis, estreñimiento, dolor y disnea, delirio y náuseas o vómitos. El tercer paso es la valoración de la ingesta calórica. La mayoría de los métodos dependen de la capacidad del paciente para comunicar de forma retrospectiva lo que ha comido o para mantener un registro dietético prospectivo durante 3 días. La precisión mejora si un observador calcula o pesa la comida consumida en cada ingesta. El cuarto paso es la valoración del estado nutricional, la composición corporal, los nutrientes esenciales condicionales y los parámetros de laboratorio. La evaluación del peso comprende la anamnesis de la pérdida involuntaria de peso, la valoración del peso corporal y el índice de masa corporal, el cálculo del peso corporal ideal (altura en centímetros - 100) y el reconocimiento de entidades confusoras como la ascitis, el derrame pleural o el edema significativos.

**Tratamiento, plan de cuidados.** se valoran y tratan cinco factores frecuentes y potencialmente reversibles de SAC secundario. Las prioridades deberían ser

negociadas con el paciente y la familia, porque las prioridades del paciente con frecuencia son diferentes de las de los médicos. A continuación, se discuten los objetivos del tratamiento y las mediciones de los resultados con el paciente, la familia y el equipo interdisciplinario. Por ejemplo, el control de los síntomas predominantes (como anorexia o náuseas crónicas) puede ser lo prioritario para algunos, mientras que otros se centran en la actividad física. 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.

**Fármacos.** 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).

**Tratamiento de apoyo.** 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 2,5,6. Sin embargo, se carece de pruebas sobre efectos constantes sobre la pérdida de peso o la calidad de vida.

**FUTURAS INVESTIGACIONES.** Se sospecha la asociación de varios fenotipos del SAC primario a diferentes mecanismos subyacentes diferentes y éstos deberían ser caracterizados para dirigir el tratamiento. Es importante un abordaje sistemático a la valoración y la clasificación del SAC para la mejora en la práctica clínica. Deberían evaluarse los tratamientos farmacológicos con varios objetivos, es decir, apetito y otros, e intervenciones individualizadas es decir un apoyo nutricional.

#### **Bibliografía:**

Declan Walsh. (2010). Anorexia y Pérdida de Peso. En Medicina Paliativa (826 a la 833). Cleveland, Ohio: ELSEVIER SAUNDERS.