

**Licenciatura en Medicina Humana**

Materia:  
**Medicina paliativa.**

Trabajo:  
**Resumen de Anorexia y perdida de peso.**

Docente:  
**Dr. Samuel Esau Fonseca Fierro**

Alumno:  
**Carlos Alfredo Solano Díaz.**

Semestre y Grupo:  
**6° "A"**

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a; 19 de octubre del 2021.

El síndrome de anorexia-caquexia (SAC) se produce en numero sas 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 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).

## CIENCIAS BASICAS Y FISIOPATOLOGIA

Es importante diferenciar entre el SAC primario y el secundario. El SACprimario 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.

## EPIDEMIOLOGIA 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 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

## MANIFESTACIONES CLINICAS

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

## EVALUACION

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

## Valoración básica

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

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).

## 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.

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.

El cuarto paso es la valoración del estado nutricional, la composición corporal, los nutrientes esenciales condicionales y los parámetros de laboratorio.

La valoración global subjetiva (VGS) de una encuesta nutricional combina la información sobre el cambio del peso, la ingesta dietética, los síntomas digestivos y la alteración funcional con la información sobre la composición corporal. Se definen tres grupos: bien nutridos, mal nutridos leves o moderados o mal nutridos graves

El quinto paso es la valoración de la función física, la actividad física y el gasto de energía del paciente. En el caso de la función muscular, el control de la fuerza del apretón y del muslo es simple de realizar, al igual que la prueba de caminar tras levantarse de la silla.

El sexto paso en la valoración del SAC es la evaluación de su impacto psicosocial sobre el paciente y los familiares. Además de los parámetros somáticos, deben incluirse las características psicológicas, los aspectos sociales y familiares y el sufrimiento espiritual o existencial.

## 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.

El primer paso en el plan de cuidados es tratar las causas primarias del SAC. El tratamiento de la enfermedad causal subyacente es fundamental. Los tratamientos antineoplásicos cuidadosamente elegidos y controlados pueden ofrecer un beneficio sintomático. Las citocinas antiinflamatorias (p. ej., el factor de necrosis tumoral  $\alpha$ , los inhibidores de la interleucina 6, los fármacos similares a la talidomida), la grelina o los antagonistas del receptor de la melanocortina pueden proporcionar nuevos abordajes terapéuticos

El segundo elemento del plan de cuidados es tratar las causas secundarias frecuentemente reversibles del SAC: estomatitis, estreñimiento, dolor y disnea, delirio y náuseas o vómitos. En el caso de muchas causas secundarias es aconsejable el tratamiento interdisciplinario.

El tercer componente del tratamiento es proporcionar un apoyo nutricional adecuado. El asesoramiento nutricional es una piedra angular del tratamiento del SAC, mientras que resulta con trovertido el uso de la nutrición artificial en el tratamiento de los pacientes con cáncer avanzado.

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 anabolismo global y especialmente el anabolismo muscular son maximizados mediante el ejercicio contráctil frecuente, especialmente las actividades de tipo resistencia (p. ej., levantamiento de pesas) en los pacientes ancianos y mediante apoyos nutricionales y farmacológicos

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. Los síntomas asociados pueden ser la causa o el resultado del SAC.

## **Farmacos**

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

## **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 con trolados aleatorizados y metaanálisis

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Waish, D., Caraceni, A., Glare, P., Fainsinger, R., & Foley, K. (2010). Medicina paliativa. Barcelona : Elsevier.