

1.0 Información general
NOMBRE: GUÍA DE MANEJO PARA SÍNDROME ANOREXIA - CAQUEXIA
Fecha de revisión: 09 de junio 2020
Código CIE-10: Se pueden utilizar el código R64. Caquexia. F50.1 Anorexia
2.0 Objetivo
Establecer recomendaciones que puedan ser aplicadas por los profesionales de la salud en su práctica clínica para optimizar el manejo de los pacientes que padecen anorexia y caquexia en pacientes con cáncer.
3.0 Aplicabilidad
Esta guía es una recomendación basada en la mejor evidencia disponible, sin embargo es de aplicabilidad bajo el criterio de cada profesional de la salud.
4.0 Responsabilidad
La revisión y actualización de la guía fue realizada por los doctores Katalina Espinosa, Médico Residente de Medicina Física y Rehabilitación de la Universidad del Valle y René Rodríguez, Médico Anestesiólogo Especialista en Dolor y Cuidado Paliativo, docente de Dolor y Cuidados Paliativos del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación de la Universidad del Valle y docente de la Escuela de Medicina de la Universidad Libre Seccional Cali.
5.0 Introducción
El síndrome anorexia- caquexia es uno de los estados mas estresantes para el paciente y su familia, pues el cambio en el aspecto corporal del enfermo no solo implica una amenazas contra su autoestima, sino que suele asociarse con la proximidad de la muerte y con falta de respuesta a los tratamientos, este síndrome se asocia a un mal pronóstico, siendo responsable de aproximadamente un 20% de las muertes en pacientes con cáncer. Su incidencia depende del tipo de tumor y del momento de diagnóstico siendo más frecuente en los tumores sólido con excepción del cáncer de mama, se presenta entre un 20 y 25% de los pacientes al momento del diagnóstico en estadios tempranos y en mas del 80% de éstos en los estadios avanzados.
6.0 Definición y descripción clínica
El síndrome anorexia- caquexia se define como un estado de malnutrición severa, debido no solo a disminución de la ingesta calórica, sino también a una alteración metabólica y hormonal que implica un alto gasto de energía con una mala utilización de los recursos energéticos del organismo, resultado de la acción de sustancias liberadas por el tumor y por el huésped en respuesta a éste. Este síndrome abarca signos y síntomas en donde se ven implicados varios factores, tanto bioquímicos como anatómicos y neurohumorales, estos signos y síntomas incluyen pérdida involuntaria de más del

10% del peso corporal habitual, anorexia, debilidad generalizada, alteraciones mucocutáneas carenciales, náuseas crónicas, atrofia muscular, edemas. Etcétera.

7.0 Etiología – Fisiopatología

El síndrome anorexia – caquexia involucra una serie de alteraciones metabólicas y hormonales que producen una mala utilización de la energía derivada de los alimentos, a la vez que por diversas causas hay una disminución en el aporte calórico por disminución en el aporte calórico por disminución de la ingesta. Como consecuencia existe un balance energético negativo que se traduce en la depleción de los lípidos y las proteínas, conllevando al organismo a un estado pro inflamatorio, donde los péptido inductores de proteólisis y lipólisis depletan los tejidos corporales periféricos, llevando sustratos energéticos a un hígado activado por citoquinas y sustancias pro inflamatorias, que a partir de los aminoácidos y ácidos grasos liberados a la circulación va a producir proteínas de fase aguda y glucosa por medio de la gluconeogénesis y de la glucólisis, llevando a un aumento en la producción de ácido láctico el cual por medio del ciclo de Cori.

Se resalta que el llegar a este síndrome depende directamente de los factores relacionados con el tumor, como lo son la serotonina, bombesina, péptido inductor de la proteólisis y péptidos lipolíticos y factores producidos por el huésped como lo es factor de necrosis tumoral, interleuquinas 1 y 6, interferón gamma, colecistocinina, calcitonina, glucagón.

Todo lo anterior conlleva a una intolerancia a los carbohidratos, lo cual se manifiesta por una secreción exagerada de insulina ante la ingesta de glúcidos, a su vez hay un aumento en la actividad de las enzimas implicadas en los procesos de gluconeogénesis y glucólisis como la glucosa 6 fosfatasa y la fosfoenolpiruvatocarboxiquinasa. Las alteraciones metabólicas se manifiestan por hallazgos bioquímicos en el paciente como; hiperlactacidemia, hipertrigliceridemia, hipoalbuminemia, anemia, excreción urinaria de metilhistidina, hiperinsulinemia e hipoglicemia.

8.0 Factores de riesgo

- Padecer cáncer
- Alteración metabólica de base
- Trastorno psiquiátrico (anorexia nerviosa)

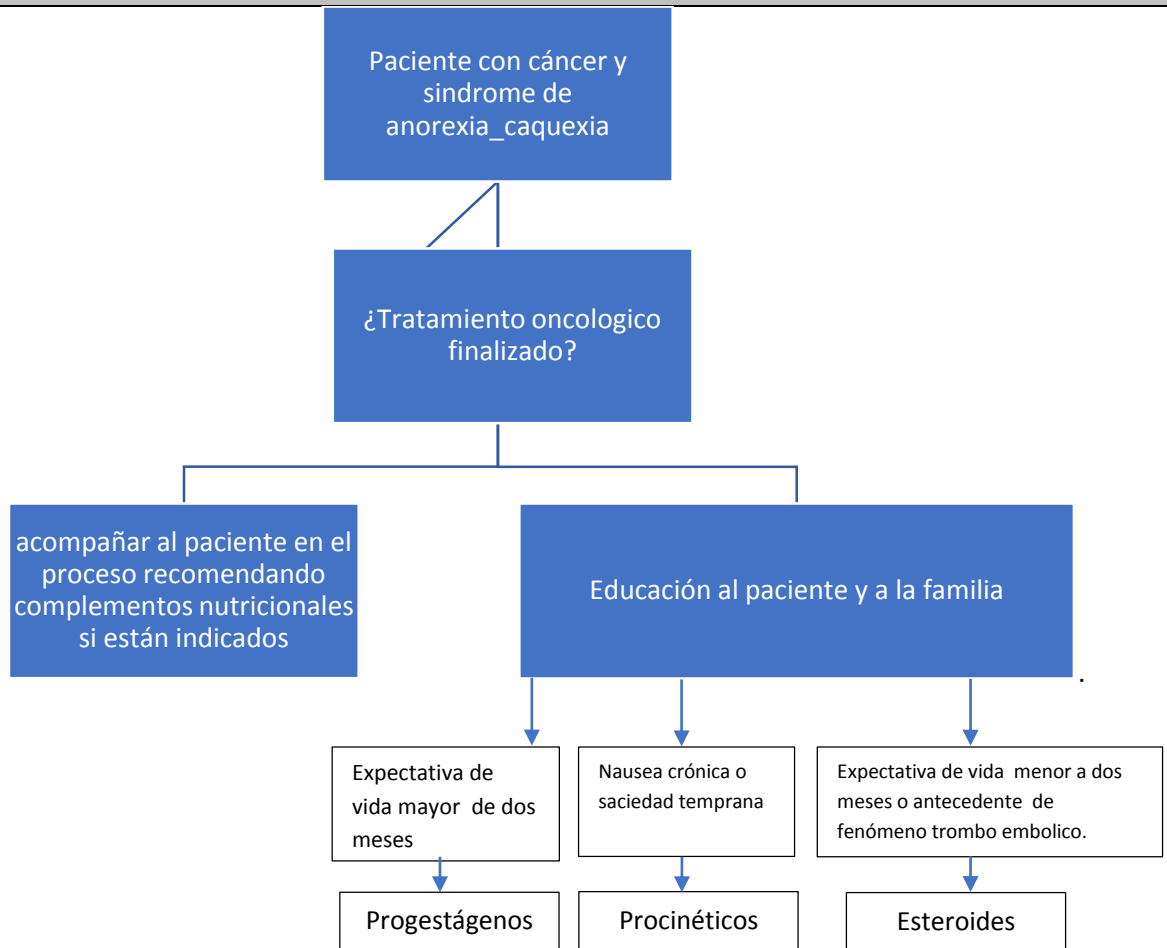
9.0 Diagnóstico

Eminentemente clínico.

10 Evaluación del paciente con Síndrome Anorexia- Caquexia

Es imprescindible conocer detalladamente la historia clínica del paciente, incluyendo su diagnóstico, pronóstico y tener en cuenta los antineoplásicos que hayan utilizado, es importante indagar acerca del porcentaje de pérdida de peso, velocidad de la pérdida, descartar causas reversibles como la presencia de mucositis, constipación, verificar estado emocional y funcional del enfermo, verificar el grado de hidratación.

11 Tratamiento



Tomado de: Cadavid A., Estupiñan J., Vargas. J; Dolor y cuidados paliativos. CIB, cap.25.

12 Guía de Práctica Clínica: Basado en la evidencia y Formulación de recomendaciones

Tabla 1. Categoría de la evidencia y fuerza de las recomendaciones

Categoría de la Evidencia	
IA	Evidencia de meta-análisis, estudios controlados.
IB	Evidencia de al menos un estudio controlado, aleatorizado.
IIA	Evidencia de al menos un estudio controlado sin aleatorización.
IIB	Evidencia de al menos un estudio de otro tipo cuasi-experimental.

III	Evidencia de estudios descriptivos no-experimentales, tales como estudios comparativos, estudios de correlación y casos y controles.
IV	Evidencia de reportes de comités de expertos o de opiniones o experiencia clínica de autoridades respetadas o ambos.
Fuerza de las Recomendaciones	
A	Directamente basada en evidencia categoría I.
B	Directamente basada en evidencia categoría II o recomendación extrapolada de evidencia categoría I.
C	Directamente basada en evidencia categoría III o recomendación extrapolada de evidencia categoría I o II.
D	Directamente basada en evidencia categoría IV o recomendación extrapolada de evidencia categoría I, II o III.

Recomendación 1

Medidas no farmacológicas

Comunicación clara entre el grupo familiar y el equipo terapéutico, incluyendo explicación del fenómeno fisiopatológico de una forma sencilla y comprensible, esta medida puede brindar tranquilidad al paciente y a la familia.

Se debe indagar al paciente por sus costumbres alimenticias antiguas y actuales, sus preferencias y los horarios en los cuales recibe mejor los alimentos. Las comidas principales deben fraccionarse para que las cantidades con que se reta al tracto digestivo sean menores y haya menor probabilidad de generar problemas

Recomendación 2

Manejo farmacológico

- **Procinéticos.** Utilizados para mejorar la náusea crónica y la sensación de saciedad temprana, el mas estudiado es la metoclopramida.
Mecanismo de acción. Tiene efecto tanto a nivel central como periférico, siendo un fármaco antidopaminérgico y antagonista serotoninérgico, Útil para el tratamiento de las nauseas producidos por opiodes y en los pacientes con falla autonómica.
Dosis. 10mg cada 4 a 6h VO, SC, EV.

- **Corticoesteroides.** Han demostrado que mejoran el apetito, dan sensación subjetiva de bienestar y mejoran el estado funcional de los pacientes, pero tiene su efecto benéfico que duran aproximadamente 4 semanas.
Mecanismo de acción. Se relaciona con la inhibición de la liberación de citoquinas inflamatorias, produciendo efectos a nivel central y periférico.
Dosis. Prednisona 20 a 50mg día, o dexametasona máximo 16mg/ día.
- **Progestágenos.** Mejoran el apetito y algunos estudios encuentran que pueden prevenir la pérdida de peso en pacientes con cáncer.
Mecanismo de acción. El más utilizado es el acetato de megestrol, seguido por acetato de medroxiprogesterona; Puede estar relacionado con el estímulo del apetito en el sistema nervioso central, con su efecto anabolizante por su actividad glucocorticoide (induce la transformación de fibroblastos en adipocitos) o con la modulación de las citoquinas inflamatorias.
Dosis. Acetato de megestrol, dosis 160 a 800mg, iniciando con 1 tab. al día de 160mg. Su efectividad se mantiene por más de 8 semanas.

Nivel de evidencia I

Grado de recomendación: A

20. Bibliografía

1. PEREZ CAMARGO, Dana Aline et al. Frecuencia de anorexia-caquexia y su asociación con síntomas gastrointestinales, en pacientes paliativos del Instituto Nacional de Cancerología, México. *Nutr. Hosp.* [online]. 2014, vol.30, n.4, pp.891-895. ISSN 1699-5198. 2009;2009:693458. Epub 2009 July 1.
2. Fox KM, Brooks JM, Gandra SR, Markus R, Chiou CF. Estimation of cachexia among cancer patients based on four definitions. *J Oncol.* 2009;2009:693458. Epub 2009 July 1.
3. Reid J, McKenna H, Fitzsimons D, McCance T. Fighting over food: Patient and family understanding of cancer cachexia. *Oncol Nurs Forum.* 2009;36:439-45.
4. Berger A, Portenoy R, Weissman D. *principles and practice of palliative Care and supportive Oncology* second edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002.