

SÍNDROME ANOREXIA-CAQUEXIA / DISNEA

Ana Bañuelos Gordón

SÍNDROME ANOREXIA-CAQUEXIA

La anorexia es uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes con cáncer avanzado y se define como la falta anormal de apetito. Por otro lado, la caquexia es un síndrome caracterizado por una paulatina e involuntaria pérdida de peso que conduce al consumo progresivo de las reservas grasas y de las masas musculares esqueléticas. La presencia de caquexia implica una menor respuesta a los tratamientos tanto de cirugía como de quimioterapia o radioterapia. Además, su influencia negativa no sólo afecta a la calidad de vida sino que se considera que un 20 a 25% de las muertes por cáncer se relacionan directamente con su presencia.

La frecuencia de este síndrome varía con cada tipo de tumor. En realidad se va a asociar, en diferentes grados, a casi todos los tumores sólidos, teniendo escasa incidencia en las hemopatías malignas. Además, no va a ser exclusivo de la enfermedad tumoral sino que también puede encontrarse en otros estados patológicos como sepsis, SIDA, procesos inflamatorios crónicos, etc.

Desde el **punto de vista clínico** la caquexia se va a caracterizar por la presencia de anorexia, astenia, pérdida de peso, náuseas crónicas, saciedad precoz, anemia, malestar general e inmunosupresión. De todos ellos la pérdida de peso constituye el síntoma más importante.

La etiología aún no se comprende del todo. En la caquexia, se producen una serie de alteraciones metabólicas profundas que incluyen la movilización de proteínas y lípidos desde depósitos periféricos, aumento de la neoglucogénesis hepática, activación de reactantes de fase aguda y el desarrollo de una resistencia a la insulina. Todo ello resulta en una pérdida significativa no sólo del tejido adiposo sino también del tejido esquelético. Parece que todas estas alteraciones metabólicas se producen como consecuencia de la liberación de una serie de sustancias producidas por las células tumorales (proteolíticas, lipolíticas, etc.) y por factores relacionados con la respuesta inmune del huésped (citoquinas inflamatorias, hormonas, etc.) en respuesta al tumor. La acción de estas sustancias generadas por la interacción entre el organismo y el tumor van a ser las responsables del proceso caquético que se va a presentar en forma de una malnutrición energético-proteica.

La **detección temprana** del riesgo de desnutrición se considera algo de importancia fundamental. El objetivo de la valoración nutricional debe ser identificar a los pacientes con desnutrición o con riesgo de padecerla. Existen parámetros sencillos de medición como:

- La determinación del peso actual en relación al peso ideal.
- Indicadores de pérdida de peso significativo: (valores mayores del 5% en 1 mes; de 7,5% en 3 meses o mayor del 10% en 6 meses).
- Valor de la albúmina sérica.

Se pueden aplicar otros métodos más precisos de valoración nutricional como:

- ANTROPOMETRÍA:
 - Peso
 - Talla,
 - IMC
- MEDICIÓN DE PROTEÍNAS PLASMÁTICAS:
 - Prealbúmina
 - Albúmina
 - Transferína
 - Proteína C reactiva
- LINFOCITOS SANGUÍNEOS Y PRUEBAS DE SENSIBILIDAD CUTÁNEA
- VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA (VGS):
 - Método que estima el estado nutricional mediante la historia clínica y el examen físico. Finalmente los pacientes quedan encuadrados como estado nutricional adecuado(A), malnutrición moderada (B) y malnutrición grave (C).
- VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA GENERADA POR EL PACIENTE:
 - El paciente cumplimenta una parte de la encuesta y otra el médico. Al final se obtiene un valor numérico que permite definir el nivel de actuación nutricional necesario.

TRATAMIENTO

El síndrome de anorexia-caquexia relacionado con el cáncer va a requerir de un abordaje terapéutico integral. En fases paliativas, el objetivo a conseguir es la mejoría de la calidad de vida y el confort de los pacientes. La comunicación con el paciente y la familia es fundamental ya que los objetivos del tratamiento deben ser explicados y comprendidos.

1. TRATAMIENTO DE LOS FACTORES REVERSIBLES.
2. CONSEJOS DIETÉTICOS.
3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

FÁRMACOS DE EFICACIA PROBADA

- **Procinéticos:** El fármaco mejor estudiado es la metoclopramida. Mejora la náusea crónica, los vómitos y la saciedad precoz. Dosis recomendadas: 10-15 mg cada 4-6 horas.
- **Corticoesteroides:** En diferentes estudios la prednisolona, metilprednisolona y dexametasona han demostrado que mejoran el bienestar y el apetito aunque sin producir una clara ganancia de peso. Además, el efecto beneficioso parece limitado a unas pocas semanas. No hay acuerdo sobre cuál es el mejor corticoide ni la dosis más apropiada por eso se recomienda la administración a dosis bajas.
- **Progestágenos:** Son fármacos de primera línea. El más estudiado es el acetato de megestrol y, en menor medida, la medroxiprogesterona. Está demostrado que consiguen mejorar el apetito, la ingesta calórica y producen ganancia de peso, fundamentalmente a base del contenido grasa. El acetato de megestrol ha demostrado tener un efecto dosis dependiente. No se ha podido demostrar un impacto sobre la calidad de vida. El mayor riesgo es el de presentación de eventos tromboembólicos.

FÁRMACOS POTENCIALMENTE EFICACES (sin evidencia suficiente)

- **Ciproheptadina.** Acción moderada sobre el estímulo del apetito pero con efectos adversos

- **Ácidos Grasos Omega 3 (EPA-DHA):** sólo en el cáncer de páncreas la administración de estos suplementos ha obtenido ganancia de peso. **Nandrolona.** Parece que incrementa la masa muscular.
- **Melatonina:** En algún estudio se ha demostrado una menor pérdida de peso corporal.
- **Talidomida:** Pendiente de estudios que confirmen su efecto positivo sobre el apetito.
- **Cannabinoides (Dronabinol):** En un estudio comparativo con acetato de megestrol se mostró inferior a éste sin observarse efectos positivos adicionales con su combinación.

FÁRMACOS SIN UTILIDAD

- **Sulfato de Hidracina.** Varios estudios han demostrado su ausencia de beneficio.

DISNEA

La disnea se puede definir como la sensación subjetiva de falta de aire. Con frecuencia, los enfermos la describen con una amplia variedad de términos como sensación de asfixia, rigidez o dificultad para inflar el pecho al respirar.

La prevalencia de la disnea es variable. Globalmente va a estar presente en el 50% de los pacientes con cáncer terminal, pudiendo llegar al 70% en el caso de que la neoplasia se localice a nivel pulmonar. En las últimas semanas de vida su frecuencia es máxima pudiendo encontrarse hasta en el 80% de los casos.

Las causas de la disnea son muy variadas y no es raro encontrar más de una causa actuando a la vez. Globalmente se pueden dividir en 4 grupos:

- Debidas al cáncer: derrame pleural, atelectasia, SVCS, etc.
- Secundarias a tratamientos: Neumonectomía, quimioterapia, radioterapia, etc.

- Relacionadas con la situación funcional del enfermo: debilidad, anemia, etc.
- Presencia de otras enfermedades asociadas: EPOC, IC, etc.

La valoración de la disnea se basará en la percepción que de la intensidad tenga el paciente. Para ello se puede utilizar la escala analógica visual (EVA) o escalas funcionales que categorizan la disnea según diferentes grados de esfuerzo:

-
- | | | |
|----------------|-------|--------------------|
| – Nula | ----- | No disnea |
| – Leve | ----- | Máximos esfuerzos |
| – Moderada | ----- | Medianos esfuerzos |
| – Intensa | ----- | Mínimos esfuerzos |
| – Insoportable | ----- | Disnea de reposo. |
-

Esta última escala debido a su claridad y sencillez suele ser la más utilizada en la práctica clínica diaria.

En el caso de que el paciente no pueda colaborar con el uso de escalas, la utilización de la musculatura respiratoria accesoria es el signo más evidente de disnea.

TRATAMIENTO

Hacer una cuidadosa evaluación es la clave para decidir el tratamiento más apropiado. El manejo de la disnea siempre debe comenzar con una buena *historia y exploración física*. No hay que olvidar que puede haber causas reversibles y fácilmente tratables como una insuficiencia cardíaca. En cualquier caso, cualquier investigación diagnóstica o abordaje terapéutico deberá tener en cuenta tanto el estado general del paciente como el beneficio esperado.

Si tras poner en marcha todas las intervenciones posibles no se logra un alivio adecuado de la disnea habrá que plantearse un tratamiento paliativo que vaya dirigido al alivio sintomático. Este tratamiento se basará tanto en el uso de medidas farmacológicas como no farmacológicas.

Tratamiento sintomático:

a) *Medidas no farmacológicas o generales*

- Ubicación: espacios amplios
- Aire fresco sobre la cara: proximidad ventanas, ventilador, etc.
- Técnicas de relajación
- Posición confortable y/o semisentada.
- Adaptación del estilo de vida
- Compañía tranquilizadora

b) *Medidas farmacológicas*

- *Opioides*: Constituye el tratamiento básico de la disnea en el paciente terminal. Dosis bajas de morfina (2,5-5 mg cada 4 horas V.O.) pueden ser suficientes en aquellos pacientes que no han estado expuestos previamente a la morfina. En caso de que la tomaran previamente es suficiente con aumentar la dosis en un 25%-50%.

Tanto la vía oral como la parenteral se han mostrado eficaces. No hay suficientes pruebas que apoyen el uso de opioides nebulizados.

- *Fenotiacinas*: Aunque existe una limitada evidencia podrían tenerse en cuenta como fármacos de segunda fila.
- *Corticoides*: Son útiles en caso de obstrucción de vía aérea, linfangitis carcinomatosa, SCVCS (Síndrome de compresión de vena cava superior) y broncoespasmo.
- *Benzodiacepinas*: La disnea puede ser causa de ansiedad y ésta puede empeorar la percepción de disnea. Su utilidad se reduce al alivio de la ansiedad y los ataques de pánico respiratorio. Ejemplo: Loracepam 0,5-1 mg cada 4-12 horas o a demanda VO o midazolam subcutáneo.
- *Oxigenoterapia*: Uso controvertido. En la práctica debe ser considerado en pacientes con una saturación de oxígeno inferior al 90%.

BIBLIOGRAFÍA

GÓMEZ CANDELA, A., SASTRE GALLEGO, A.: *Soporte nutricional en el paciente oncológico*. 2002.

GÓMEZ SANCHO, Marcos: *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*,. 1999.
Guía Anorexia-Caquexia 2005. Sociedad Española de Oncología Médica.

Palliation of Breathlessness. *Clinical Medicine*. Vol. 6 No 2. March/April 2006.

“Tratamiento paliativo con opiáceos para la disnea de la enfermedad terminal”. *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 1, 2007 (Revisión traducida).

