

Manejo del síndrome caquexia-anorexia en el cáncer avanzado

Ariel F. Cherro, Raúl Sala, Adriana Velasco Leiva, y Gloria Márquez

Equipo de Cuidados Paliativos, Carehome, Argentina, Cuidados Paliativos, Instituto de Oncología de Rosario, Santa Fe, Servicio de Oncología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Buenos Aires, Cuidados Paliativos, Centro Oncológico Don Bosco, Vicente López, Buenos Aires

Parte 2: Tratamiento farmacológico

Resumen

El síndrome de caquexia-anorexia (SCA) afecta aproximadamente al 80% de los pacientes con cáncer avanzado cercanos al final de la vida. El SCA asociado al cáncer avanzado es un fenómeno complejo que no se revierte con el aumento de la ingesta calórica. Su incidencia y gravedad aumentan a medida que progresa el cáncer. Las posibilidades de aumentar la masa magra o de lograr aumento del peso en el paciente caquético con cáncer avanzado son prácticamente nulas. Un abordaje multimodal aplicado precozmente permitiría mejorar la tolerancia al tratamiento oncológico, detener la pérdida de peso y eventualmente mejorar la supervivencia. Sin embargo, en etapas avanzadas y con pobre pronóstico, no es apropiado por el tiempo necesario para lograr un efecto. En la caquexia avanzada es conveniente utilizar esquemas de medicación sencillos y de acción a corto plazo. Los progestágenos producen aumento del apetito, de la ingesta calórica, reducción de las náuseas y de la fatiga. Dado que estos efectos se logran luego de varias semanas de tratamiento, es racional utilizar este fármaco cuando el pronóstico de supervivencia sea de 3 meses o más. Los corticoides producen aumento del apetito y de la ingesta sin aumento de peso concomitante, su eficacia está limitada a unas pocas semanas (2-4 semanas en general). La indicación más apropiada de los corticoides es a corto plazo o por períodos intermitentes. Con respecto a la hidratación parenteral en pacientes con cáncer avanzado, es aconsejable efectuar una toma de decisiones individualizadas para cada paciente, como así también monitorear de cerca la cantidad de líquido administrada y la respuesta a la misma.

Palabras clave: caquexia, anorexia, cáncer avanzado, progestágenos, corticoides, cannabinoides, psicoestimulantes, hidratación, cuidados paliativos

Abstract

Anorexia-cachexia syndrome (ACS) affects nearly 80% of advanced cancer patients near the end of life. It is a complex phenomena not reversed by increased oral food intake. Its incidence and severity increase with disease progression. Chances of producing weight gain are scarce in advanced cancer patients with ACS. An early multimodal approach may allow better treatment tolerance, weight maintenance and eventually better quality of life although it is sometimes unsuitable in advance disease as the time for clinically useful results may not be enough. In ACS of advanced disease simple interventions with rapid results are recommended. Progestagens produce increase appetite, increase oral food intake, reduction in nausea and fatigue. As these effects will be evident after several weeks of treatment, an expected survival longer than 3 months is recommended. Corticosteroids produce appetite increase and higher oral food intake, with no weight gain. Its efficacy is limited to a few weeks (usually no longer than 4 weeks). Most appropriate indication of corticosteroids is intermittent courses for short term results. Regarding parenteral hydration in patients with advanced cancer, decisions must be individualized as well as results and benefits.

Manejo del síndrome caquexia-anorexia en el cáncer avanzado

Ariel F. Cherro, Raúl Sala, Adriana Velasco Leiva, y Gloria Márquez

Key words: cachexia, anorexia, advanced cancer, progestagens, corticosteroids, cannabinoids, psicostimulants, hydration, palliative care

Introducción

El síndrome de caquexia-anorexia (SCA) afecta aproximadamente al 80% de los pacientes con cáncer avanzado cercanos al final de la vida¹, y es una importante fuente de distrés para el paciente y la familia.

El SCA asociado al cáncer avanzado es un fenómeno complejo que no se revierte con el aumento de la ingesta calórica. Su incidencia y gravedad aumentan a medida que progresa el cáncer.

La prioridad en esta etapa es aliviar los síntomas asociados al SCA y mejorar la calidad de vida. Muchos autores coinciden en que la nutrición artificial (enteral/parenteral) carece de utilidad en el final de la vida, aunque existen pacientes con circunstancias especiales que pueden beneficiarse. La hidratación artificial también puede ser una fuente de morbilidad en el final de la vida.

Tratamiento farmacológico del SCA

Existe una lista creciente de fármacos con posibilidad de influir sobre el SCA, aunque los mayores resultados se han logrado sobre la anorexia, y en menor medida sobre la fatiga.

Son prácticamente nulas las posibilidades que tenemos de aumentar la masa magra o de lograr aumento del peso en el paciente caquético con cáncer avanzado.

Cuando planificamos el tratamiento farmacológico del SCA en etapas avanzadas, es conveniente utilizar esquemas sencillos con medicaciones de acción a corto plazo, reservando el tratamiento multimodal para etapas más precoces.

Es muy probable que un abordaje multimodal aplicado precozmente (dieta, tratamientos anticitoquinas, anabólicos, antioxidantes, ejercicio, suplementos alimentarios, etc.) permita mejorar la tolerancia al tratamiento oncológico, detener la pérdida de peso, eventualmente mejorar la supervivencia y reducir las secuelas en los sobrevivientes al cáncer²⁻⁷.

Sin embargo, el abordaje multimodal en etapas avanzadas y con pobre pronóstico no es apropiado por el tiempo necesario para lograr un efecto, la incomodidad de la administración, la relación carga-beneficio de la polifarmacia y la futilidad de estos fármacos en ensayos clínicos.

En la caquexia avanzada es conveniente utilizar esquemas de medicación sencillos y de acción a corto plazo.

Manejo del síndrome caquexia-anorexia en el cáncer avanzado

Ariel F. Cherro, Raúl Sala, Adriana Velasco Leiva, y Gloria Márquez

Fármacos de utilidad comprobada en SCA

Progestágenos^{8,9}

El acetato de megestrol y la medroxiprogesterona son derivados sintéticos de la progesterona.

El acetato de megestrol es el progestágeno más ampliamente estudiado. Se recomienda utilizar dosis entre 160 y 800mg día en comprimidos, y hasta 600mg en suspensión.

Produce aumento del apetito, de la ingesta calórica, reducción de las náuseas y de la fatiga y sensación de bienestar.

Múltiples estudios han demostrado que producen aumento del peso corporal, si bien es a expensas de aumento del compartimento graso y retención hidrosalina.

Este efecto se logra luego de varias semanas de tratamiento. En cambio, el efecto sobre la fatiga y el apetito es casi inmediato y con dosis más bajas.

Su efecto es más sostenido que el de los corticosteroides, llegando a durar inclusive varios meses. Por tal motivo, es racional utilizar este fármaco cuando el pronóstico de supervivencia sea de 3 meses o más.

El mecanismo de acción del acetato de megestrol no se conoce completamente, pero se trata de un mecanismo corticoideo-símil, que involucra inhibición de citoquinas, actividad anabólica, elevación del neuropéptido Y a nivel hipotalámico y modulación de canales de calcio en el hipotálamo ventromedial.

La medroxiprogesterona en dosis de 500-1000 mg/día produce efectos similares, si bien es una droga menos estudiada.

Ambos progestágenos comparten el perfil de efectos adversos, que incluye:

- Aumento de la incidencia de fenómenos tromboembólicos
- Supresión adrenal
- Aumento de la presión arterial
- Sangrados uterinos
- Edemas periféricos

Por tal motivo están contraindicados en pacientes con antecedentes de trombosis/embolias, cardiopatías o hipertensión arterial no controlada.

Corticosteroides

Los corticosteroides son de gran utilidad en el paciente con cáncer avanzado, ya que tienen múltiples efectos beneficiosos:

Manejo del síndrome caquexia-anorexia en el cáncer avanzado

Ariel F. Cherro, Raúl Sala, Adriana Velasco Leiva, y Gloria Márquez

- Aumento del apetito
- Reducción de la fatiga
- Antiemético
- Reducción del dolor óseo, visceral y neuropático
- Psicoestimulante (sensación de bienestar, mejoría del ánimo, disminución de la somnolencia)
- Reducción de presión intracraneana/anticonvulsivantes
- Mejoría de disnea en linfangitis y síndrome de vena cava superior
- Tratamiento de la suboclusión/oclusión intestinal

Producen aumento del apetito y de la ingesta sin aumento de peso concomitante. Su eficacia como orexígenos está limitada a unas pocas semanas (2-4 semanas en general). La indicación más apropiada de los corticoides es a corto plazo o por períodos intermitentes.

Si fuera necesario mantenerlos por períodos prolongados, conviene utilizar corticoides no fluorados (meprednisona) y a la dosis mínima posible, para reducir el riesgo de miopatía corticoidea que podría empeorar la fatiga.

La dosis óptima no esta definida, pero es preferible utilizar la mínima dosis posible para evitar efectos adversos:

- Dexametasona 4-16 mg/día vía oral
- Meprednisona 8-40 mg/día vía oral

El mecanismo de acción estaría relacionado con disminución de las citoquinas, prostaglandinas, factor liberador de corticotrofina (CRF) y serotonina, y con un aumento del neuropéptido Y.

El perfil de efectos adversos de los corticosteroides es bien conocido, pero los de mayor riesgo en este tipo de pacientes son disforia, ansiedad, manía, insomnio, hábito *cushingoide* y úlcera péptica. Conviene utilizarlos durante la mañana y la tarde, evitando las horas cercanas al sueño. En general la hiperglucemia, la hipertensión arterial, la supresión adrenal y las infecciones (excepto el muguet), no suelen ser una limitación dada la corta supervivencia de los pacientes en la etapa que estamos analizando.

Canabinoides

Los nuevos conocimientos surgidos en los últimos años sobre el sistema endocanabinoide y su modulación, han generado gran expectativa sobre el uso de canabinoides para combatir los síntomas asociados al cáncer.

Los mismos tienen utilidad como antieméticos, orexígenos y analgésicos para el dolor neuropático. El receptor endocanabinoide tipo I (CB1), está estrechamente vinculado con la estimulación del apetito y el mantenimiento de la ingesta alimentaria.

El efecto orexígeno de los canabinoides es menos potente que el de los progestágenos. Sin embargo son eficaces y

Manejo del síndrome caquexia-anorexia en el cáncer avanzado

Ariel F. Cherro, Raúl Sala, Adriana Velasco Leiva, y Gloria Márquez

mantienen su efecto por más tiempo que los corticoides. Por este motivo constituyen una buena alternativa cuando se busca un orexígeno en personas con supervivencia esperada de varios meses y contraindicaciones para recibir progestágenos.

La mayor parte de los estudios han sido realizados con dronabinol o delta-9-tetrahidrocanabinol.

En la Argentina contábamos hasta hace poco tiempo con el derivado sintético del canabinol, denominado nabilona (Cesamet®), en cápsulas de 0.5 y 1 mg para administración por vía oral.

Su uso está aprobado para el tratamiento de las náuseas y los vómitos inducidos por quimioterapia, en una dosis entre 0.5 y 4 mg/día.

Al igual que el resto de los cannabinoides, la principal limitación para el uso de la nabilona es la alta frecuencia de efectos adversos a nivel del sistema nervioso central. Puede producir disforia, somnolencia, despersonalización y ocasionalmente alucinaciones. En dosis altas puede producir visión borrosa, ataxia, hipotensión, taquicardia y mareos.

La incidencia de efectos adversos depende en gran parte de la dosis utilizada. Además, los pacientes con SCA avanzado y los ancianos presentan una mayor predisposición a eventos adversos, debido al estado cognitivo limítrofe y el uso concomitante de opioides y psicofármacos.

Es recomendable titular la nabilona lentamente, indicando la primera toma por la noche, y aumentando 0.5 mg cada 48-72 horas de acuerdo a la tolerancia y el efecto logrado.

Actualmente no contamos con este fármaco en el país.

Proquinéticos (metoclopramida, domperidona, mosaprida)

Dentro de los patrones de anorexia en el paciente con cáncer, la saciedad precoz ("sentirse lleno rápidamente"), es uno de los más frecuentes. La saciedad precoz puede deberse a fármacos (opioides, antidepressivos tricíclicos, otros), compresión/ infiltración del tubo digestivo, alteraciones hipotalámicas, disautonomía, gastroparesia asociada al cáncer, ascitis, etc.

La metoclopramida actúa a nivel de SNC y sobre el tubo digestivo acelerando el vaciamiento gástrico. Es el fármaco de elección para la saciedad precoz, las náuseas crónicas y las náuseas inducidas por opioides.

Se indica en dosis de 10 mg-20 mg cada 4-8 horas (dosis máxima 120 mg/día). Conviene administrarla 30 minutos antes de las comidas e indicar dosis de rescates de ser necesario. La indicación de dosis subóptimas de metoclopramida es una causa frecuente de náuseas/vómitos persistentes. Puede utilizarse por vía oral, sublingual, endovenosa o subcutánea. La administración en goteo continuo es de utilidad ante las náuseas crónicas sin respuesta a dosis divididas.

La domperidona en dosis de 10 a 20 mg cada 6 horas es una alternativa en pacientes con efectos extrapiramidales o acatisia por metoclopramida, más frecuentes en varones jóvenes.

Manejo del síndrome caquexia-anorexia en el cáncer avanzado

Ariel F. Cherro, Raúl Sala, Adriana Velasco Leiva, y Gloria Márquez

La mosaprida en dosis de 5 mg dos a tres veces por día puede ser de utilidad en pacientes con reflujo gastroesofágico asociado, o con respuesta parcial a metoclopramida/domperidona.

Fármacos de escasa utilidad en SCA avanzado

Ciproheptadina

El uso de ciproheptadina como orexígeno en pacientes con cáncer está ampliamente difundido en nuestro medio. Sin embargo, no ha demostrado ser de utilidad en pacientes con cáncer^{10,11}, excepto en aquellos con síndrome carcinoide, debido quizás a su efecto antiserotoninérgico. Además, produce sedación como efecto secundario, lo cual puede agravar la fatiga.

Puede ser beneficiosa en la anorexia asociada a enfermedades no oncológicas como fibrosis quística, EPOC, etc.

Ácidos grasos omega

Integran este grupo el ácido eicosapentaenoico, docosahexaenoico, docosapentaenoico y ácido alfa-linoléico. Son opciones prometedoras para uso en etapas precoces del SCA. Numerosos estudios con pacientes y con modelos animales de caquexia han demostrado su efecto inmunomodulador, antitumoral, inhibidor de citoquinas proinflamatorias, de la lipólisis y de la proteólisis. Sin embargo, carecen de utilidad en etapas avanzadas y no se cuenta con una forma farmacéutica de administración cómoda.

Tratamiento farmacológico de fatiga asociada al cáncer

Metilfenidato¹²⁻⁴

El metilfenidato es un derivado anfetamínico con acción psicoestimulante. Es un fármaco de gran utilidad para tratar síntomas asociados al cáncer como la depresión, la somnolencia inducida por opioides, el deterioro cognitivo y la fatiga. Su efecto se ejerce a través de la unión a transportadores de dopamina en la membrana presináptica e inhibiendo la recaptación de dopamina. Además, inhibe la recaptación de norepinefrina y se une débilmente al transportador de serotonina. Tiene un inicio de acción rápido, lo cual permite utilizarlo en el momento en que surge la fatiga a lo largo del día. Es un fármaco de gran utilidad en el tratamiento de la depresión en pacientes con expectativa de vida corta, ya que su inicio de acción es casi inmediato.

La dosis recomendada es de 1 mg/kg/día, no superando los 60 mg en total. La dosis de inicio recomendada es de 2.5 mg por la mañana y por la tarde. Es poco frecuente utilizar más de 30 mg/ día. Es preferible evitar su administración cerca de la noche para no producir insomnio.

Los efectos adversos más comunes son nerviosismo, insomnio, aumento de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial y temblores. Está contraindicado en pacientes con antecedentes de convulsiones, tumores cerebrales,

Manejo del síndrome caquexia-anorexia en el cáncer avanzado

Ariel F. Cherro, Raúl Sala, Adriana Velasco Leiva, y Gloria Márquez

arritmias y con síndrome confusional en curso.

Otros fármacos

Modafinilo

El modafinilo es un psicoestimulante con un mecanismo de acción desconocido, cuyo uso más difundido es el tratamiento de la narcolepsia. Es una medicación bien tolerada con baja incidencia de efectos adversos como cefalea, náuseas, diarrea, nerviosismo, insomnio y dispepsia.

La dosis recomendada varía entre 100 y 400mg. Se trata de un fármaco que no altera el sueño REM (*rapid eye movements*), y no produce tolerancia ni abstinencia luego de su suspensión, por lo cual posee un bajo potencial de abuso. Esto lo diferencia del metilfenidato y de otros anfetamínicos. Es de utilidad en el manejo de la somnolencia inducida por opioides, y ejerce cierto efecto sobre la astenia por cáncer y otras enfermedades crónicas como la esclerosis múltiple^{15,16}.

La dextroanfetamina, la pemolina y la cafeína son otros fármacos que se han utilizado con variable eficacia en el tratamiento de la somnolencia inducida por opioides y la fatiga asociada al cáncer. Los dos primeros no se encuentran disponibles en la Argentina.

Antidepresivos

No existe evidencia suficiente que apoye la utilidad de los antidepresivos para mejorar la astenia asociada al SCA primario. Los síntomas de SCA y depresión pueden superponerse (astenia, anorexia, abulia, tristeza), pero es necesario intentar discernir su origen.

Los antidepresivos pueden ser de utilidad para tratar la astenia si existe relación con una depresión primaria o reactiva a la enfermedad.

En caso de dudas, puede realizarse una prueba terapéutica, teniendo en cuenta las interacciones y seleccionando antidepresivos con un perfil de efectos secundarios que contribuya a aliviar otros síntomas (por ejemplo: amitriptilina como hipnótico y analgésico).

Sin embargo, el tiempo requerido para que ejerzan su efecto antidepresivo suele ser una limitante en el final de la vida.

Hidratación en el final de la vida

Al igual que la alimentación artificial, la hidratación artificial en el final de la vida es un tema controversial. Dentro del ámbito de los cuidados paliativos, han surgido muchas opiniones contrarias a la hidratación artificial como una norma rutinaria de cuidado.

Manejo del síndrome caquexia-anorexia en el cáncer avanzado

Ariel F. Cherro, Raúl Sala, Adriana Velasco Leiva, y Gloria Márquez

Tanto la alimentación como la hidratación se han considerado históricamente estándares mínimos de cuidado médico, y, por ende, cuando se decide la suspensión o no indicación de alguna de ellas suelen generarse diferencias de opiniones con familiares y dentro de los equipos de salud¹⁷.

La preocupación principal desde la perspectiva bioética es que la falta de hidratación/alimentación pueda acelerar la muerte del paciente. No existe evidencia que avale esta postura en un paciente caquético con cáncer avanzado cercano al final de la vida, y como veremos a continuación, la indicación inapropiada de hidratación puede acarrear morbilidad y mayor sufrimiento.

Es aconsejable efectuar una toma de decisiones individualizada para cada paciente en relación a la hidratación o no hidratación, como así también monitorear de cerca la cantidad de líquido administrada y la respuesta a la misma.

El paciente oncológico con enfermedad avanzada tiene un requerimiento menor de aporte hídrico^{18,19}, debido a varios factores:

- Disminución del *clearance* de agua libre
- Disminución del peso corporal
- Reducción de las pérdidas insensibles
- Aumento de la hormona antidiurética

A raíz de esto, se ha estimado que los requerimientos diarios se aproximan a 1 litro de líquido por día en el final de la vida. Es frecuente observar que los pacientes mantienen una ingesta hídrica vía oral adecuada a sus necesidades, aun cuando la ingesta de alimentos está muy reducida.

Al examen físico, los parámetros clásicos de hidratación pueden no ser fiables. Por ejemplo, la sequedad de mucosas puede deberse a medicamentos, respiración bucal, taquipnea, disautonomía, radioterapia, etc.

Asimismo, signos de sobrehidratación como edemas periféricos, suelen ser producto de hipoproteïnemia, reducción de presión tisular por caquexia, obstrucción venosa por adenopatías, etc.

Además, en la enfermedad avanzada existe una disminución de la sensación de sed ante la deshidratación. Sin embargo, la xerostomía es una causa frecuente de sed y molestias bucales que pueden aliviarse con las medidas no farmacológicas enumeradas anteriormente.

Las opiniones contrarias a la hidratación rutinaria se basan fundamentalmente en la observación de empeoramiento de algunos síntomas, y falta de alivio de otros con esta medida¹⁷⁻²⁰.

Riesgos de la hidratación¹⁹⁻²¹

- Puede prolongar la agonía del paciente
- Aumento de los edemas periféricos que incrementa el riesgo de escaras

Manejo del síndrome caquexia-anorexia en el cáncer avanzado

Ariel F. Cherro, Raúl Sala, Adriana Velasco Leiva, y Gloria Márquez

- Incremento del volumen urinario que conlleva aumento del uso de catéteres urinarios
- En pacientes con ascitis o derrame pleural, riesgo de aumento de los síntomas relacionados con los mismos
- En pacientes con insuficiencia cardíaca, posibilidad de reagudización
- Aumento de secreciones respiratorias y gastrointestinales, lo cual conlleva a aumento de disnea, tos, estertores, náuseas/vómitos
- Provocar dolor incidental por movilización para higiene, ascitis, tos, etc.

Probables beneficios de la hidratación^{3, 18, 20, 21}

- Disminución de la incidencia de síndrome confusional, excitación psicomotriz e irritabilidad neuromuscular (mioclonías, confusión, convulsiones)
- Menor acumulación de metabolitos de opioides y otros fármacos
- Reducción de la astenia

El objetivo en el paciente con enfermedad avanzada e incurable es paliar los síntomas, aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida. Para realizar la toma de decisiones sobre hidratación en el final de la vida, puede ser de utilidad considerar los siguientes puntos:

- ¿Está relacionado el síntoma con la deshidratación? En caso de dudas, realizar prueba terapéutica
- Considerar desventajas: costos, incomodidad, dificultades técnicas, enfermedades previas (insuficiencia cardíaca congestiva, ascitis, derrame pleural, etc.)
- Elegir la vía más simple: priorizar la vía oral siempre que sea posible. En caso de requerir hidratación artificial, utilizar vías preexistentes o bien vía subcutánea
- Controlar la respuesta estrechamente (mejoría o no de síntomas)
- Si no hay mejoría, el paciente o la familia sienten que la molestia es peor que el potencial beneficio, suspender

Pautas de comunicación en relación al síndrome caquexia-anorexia

El acompañamiento y la contención son fundamentales en el tratamiento del paciente caquético con cáncer avanzado, dado que se intenta favorecer la adaptación a una situación difícil de aliviar como son la astenia y la anorexia, el cambio de la imagen corporal, la pérdida de roles y la imposibilidad de realizar actividades de la vida diaria, entre otros puntos.

Existen preocupaciones muy frecuentes entre pacientes y familiares relacionadas con el SCA (Tabla 1).

Manejo del síndrome caquexia-anorexia en el cáncer avanzado

Ariel F. Cherro, Raúl Sala, Adriana Velasco Leiva, y Gloria Márquez

Tabla 1. Preocupaciones comunes en relación al SCA

De la familia	<ul style="list-style-type: none">• Culpa por alimentar mal paciente• Asociación del adelgazamiento con la falta de ingesta• “Si no come no va a mejorar”• Dejar “morir de hambre”
Del paciente	<ul style="list-style-type: none">• Cambios de la imagen corporal• Falta de contacto social• Presión de la familia para comer• Asociación del adelgazamiento con progresión del cáncer

La consulta clínica es un momento ideal para favorecer la expresión de las preocupaciones y emociones relacionadas con el síndrome caquexia-anorexia, y brindar información sobre las causas del mismo. Es aconsejable también, establecer los objetivos del tratamiento que se indicará.

Por ejemplo, explicar que intentaremos que el paciente recupere el apetito y se sienta menos cansado, pero que probablemente no aumente de peso y que por lo tanto no pondremos el acento en este aspecto

Es importante evaluar la relevancia de cada síntoma para el paciente, ya que, por ejemplo, suele sentir angustia por la astenia o los cambios en la imagen corporal, pero no tanto por la anorexia^{11, 22, 23}.

La falta de apetito, el descenso de peso y de la cantidad de alimentos ingeridos suele preocupar más a la familia y a los cuidadores que al propio paciente. Esta evaluación es un elemento orientador para nuestra toma de decisiones sobre el tratamiento.

Una estrategia de intervención, es explicar a la familia de forma concisa por qué el cáncer produce pérdida de peso, que no es cierto que el paciente “adelgaza porque no come”, y que aumentar la cantidad de alimentos ingeridos no es la solución a este problema. Es necesario restarle importancia a la calidad y cantidad de los alimentos ingeridos.

Asimismo, es de ayuda resaltar la utilidad de mantener la hidratación vía oral, mantener la humedad de la cavidad bucal y la sensación del gusto por los alimentos.

Al igual que en otras situaciones clínicas, es conveniente utilizar un lenguaje adaptado a la capacidad de comprensión del paciente/familia, aun a riesgo de perder especificidad.

Una forma de redimensionar la alimentación en el paciente con corta expectativa de vida, es considerándola como

Manejo del síndrome caquexia-anorexia en el cáncer avanzado

Ariel F. Cherro, Raúl Sala, Adriana Velasco Leiva, y Gloria Márquez

un medio para brindar afecto y mantener el contacto físico con el ser querido.

Las medidas no farmacológicas descriptas anteriormente, ayudan a mejorar la calidad de vida del paciente y reducir la ansiedad de la familia, ya que permiten desplazar el cuidado y el afecto que se brindaba a través del alimento hacia otras actividades como el cuidado de la boca, el posicionamiento en la cama, la vestimenta, el acondicionamiento del ambiente, la relajación, etc.

Brindar información escrita aumenta la adherencia a estas pautas ya que favorece su recuerdo y aplicación.

Para tratar estos temas, es recomendable contar con información actualizada sobre la situación del paciente, disponer del tiempo necesario, de un ambiente tranquilo y cuando se requiera, conversar por separado con el paciente y la familia.

Dado que se trata de temas relacionados con el final de la vida, que implican alta carga emocional y difícil aceptación, suele ser necesaria más de una consulta para despejar dudas, confirmar la comprensión de lo conversado y brindar apoyo continuo al paciente y su familia.

En conclusión,

- Es importante evaluar la relevancia de cada síntoma para el paciente, ya que, por ejemplo, suele sentir angustia por la astenia o los cambios en la imagen corporal, pero no tanto por la anorexia. La falta de apetito, el descenso de peso y de la cantidad de alimentos ingeridos suele preocupar más a la familia y a los cuidadores. Esta evaluación es un elemento orientador para nuestra toma de decisiones sobre el tratamiento.
- Los progestágenos producen aumento del apetito, de la ingesta calórica, reducción de las náuseas y de la fatiga y sensación de bienestar. Estos efectos se logran luego de varias semanas de tratamiento, motivo por el cual es racional utilizar este fármaco cuando el pronóstico de supervivencia sea de 3 meses o más.
- Los corticoides producen aumento del apetito y de la ingesta sin aumento de peso concomitante, su eficacia está limitada a unas pocas semanas (2-4 semanas en general). La indicación más apropiada de los corticoides es a corto plazo o por períodos intermitentes.
- Con respecto a la hidratación parenteral en pacientes con cáncer avanzado, es aconsejable efectuar una toma de decisiones individualizada para cada paciente en relación a la hidratación o no hidratación, como así también monitorear de cerca la cantidad de líquido administrada y la respuesta a la misma.

Bibliografía

1. Bruera E. ABC of palliative care. Anorexia, cachexia, and nutrition. *BMJ* 1997; 315: 1219-22.
2. MacDonald N. Cancer cachexia and targeting chronic inflammation: a unified approach to cancer treatment and palliative/supportive care. *J Support Oncol* 2007; 5:157-6.
3. Bozzetti F, Amadori D, Bruera E, et al. Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal cancer patients. *European Association for Palliative Care. Nutrition* 1996; 12: 163-7.
4. Lundholm K, Daneryd P, Bosaeus I, Körner U, Lindholm E. Palliative nutritional intervention in addition to cyclo-oxygenase

Manejo del síndrome caquexia-anorexia en el cáncer avanzado

Ariel F. Cherro, Raúl Sala, Adriana Velasco Leiva, y Gloria Márquez

- and erythropoietin treatment for patients with malignant disease: Effects on survival, metabolism, and function. *Cancer* 2004; 100: 1967-7.
5. Mantovani G, Madeddu C, Macciò A, et al. Cancer-related anorexia/cachexia syndrome and oxidative stress: an innovative approach beyond current treatment. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2004; 13: 1651-.
 6. Morley JE, Thomas DR, Wilson MM. Cachexia: patho-physiology and clinical relevance. *Am J Clin Nutr* 2006; 83: 735-43
 7. Muscaritoli M, Costelli P, Aversa Z, Bonetto A, Baccino FM, Rossi Fanelli F. New strategies to overcome cancer cachexia: from molecular mechanisms to the 'Parallel Pathway'. *Asia Pac J Clin Nutr* 2008; 17 Suppl 1: 387-9.
 8. Berenstein EG, Ortiz Z. Megestrol acetate for the treatment of anorexia-cachexia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 2: CD004310. Update in *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 3:CD00431.
 9. Loprinzi C, Kugler JW, Sloan JA, et al. Randomized comparison of megestrol acetate versus dexamethasone versus fluoxymesterone for the treatment of cancer anorexia/ cachexia. *J Clin Oncol* 1999; 17: 3299-30.
 10. Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 2004, p 520-9.
 11. Loprinzi C, Jatoi A, Pazdur R. *Cancer management: a multidisciplinary approach*. 11th Edition. CMP Medica. Chapter 42: Anorexia and Cachexia.
 12. Bruera E, Miller MJ, Macmillan K, Kuehn N. Neuropsychological effects of methylphenidate in patients receiving a continuous infusion of narcotics for cancer pain. *Pain* 1992; 48: 163-6
 13. Lussier D, Huskey AG, Portenoy RK. Adjuvant analgesics in cancer pain management. *Oncologist* 2004; 9: 571-9.
 14. Masand PS, Tesar GE. Use of stimulants in the medically ill. *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19: 515-47
 15. Willoughby E. Modafinil for fatigue in multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 72: 150
 16. Webster L, Andrews M, Stoddard G. Modafinil treatment of opioid-induced sedation. *Pain Med* 2003; 4: 135-4.
 17. Morita T, Shima Y, Adachi I; Japan Palliative Oncology Study Group. Attitudes of Japanese physicians toward terminal dehydration: a nationwide survey. *J Clin Oncol* 20: 4699-70.
 18. Ripamonti C, Bruera, E. *Gastrointestinal symptoms in advanced cancer patients*. Oxford University Press, 2002, p 395-7.
 19. Faisinger RL, Bruera, E. When to treat dehydration in a terminally ill patient? *Support Care Cancer* 1997; 5: 205-11.
 20. Morita T, Shima Y, Miyashita M, Kimura R, Adachi I; Japan Palliative Oncology Study Group. Physician- and nurse-reported effects of intravenous hydration therapy on symptoms of terminally ill patients with cancer. *J Palliative Med* 2004; 7:683-93.
 21. Morita T, Hyodo I, Yoshimi T, et al. Association between hydration volume and symptoms in terminally ill cancer patients with abdominal malignancies. *Ann Oncol* 2005; 16: 640-7.
 22. McPherson CJ, Wilson KG, Lobchuk MM, Brajtman S. Family caregivers' assessment of symptoms in patients with advanced cancer: concordance with patients and factors affecting accuracy. *J Pain Symptom Manage* 2008; 35: 70-82.
 23. Whitmer KM, Pruemer JM, Nahleh ZA, Jazieh AR. Symptom management needs of oncology outpatients. *J Palliat Med* 2006; 9: 628-30.