



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MATERIA: MEDICINA PALIATIVA.

SEGUNDA UNIDAD.

TEMA: ANOREXIA Y PÉRDIDA DE PESO.

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ.

ALUMNO: MIGUEL VELÁSQUEZ CELAYA.

ANOREXIA Y PERDIDA 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.

Es la consecuencia de complejas interacciones entre una enfermedad crónica incurable, el sistema nervioso central y las alteraciones metabólicas.

Pérdida de peso y de apetito de forma involuntaria o la disminución de la ingesta oral.

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.

El SAC secundario se refiere a la caquexia que se produce debido a la alteración de la ingesta oral e incluye síntomas graves (p. ej., dolor, depresión), estados catabólicos coincidentes en el tiempo, pérdidas de proteínas o pérdidas de tejido muscular debido a la reducción de la actividad física (desacondicionamiento).

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.

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.

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.

El SAC tiene muchas consecuencias, como el estado nutricional, la función física, los efectos de los síntomas asociados y los efectos psicosociales sobre los pacientes y sus familias.

El SAC altera la composición corporal y el estado nutricional del paciente.

La valoración de la composición corporal a la cabecera del enfermo se apoya en la impresión visual del médico.

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).

La valoración sistemática (nivellIII) 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.
- disnea.
- delirio.

- 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 ($\text{altura en centímetros} - 100$) y el reconocimiento de entidades confusoras como la ascitis, el derrame pleural o el edema significativos.

El quinto paso es la valoración de la función física, la actividad física y el gasto de energía del paciente.

El estado funcional general (p. ej., el estado funcional de Kamofsky o del Eastern Cooperative Oncology Group [ECOG]) puede aproximar y controlar la función global.

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.

El séptimo paso es la valoración de los síntomas asociados.

No se dispone de ningún listado de síntomas ampliamente aceptado para los síntomas de SAC, y las listas actuales de cribado de síntomas no están diseñadas para diferenciar las consecuencias del SAC de los síntomas concurrentes, lo cual también puede causar un 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.

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

Bibliografía.

D, Wash.. (2010). *Medicina paliativa*. España: Elsevier .