

**NOMBRE DE ESTUDIANTE:
KARLA LIZETH VALENCIA PÉREZ**

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SANZ

MATERIA: MEDICINA PALIATIVA

TEMA: ANOREXIA Y PÉRDIDA DE PESO

CARRERA:

MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: SEXTO

FECHA: 30/04/2021

ANOREXIA Y PÉRDIDA 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. El SAC es la consecuencia de complejas interacciones entre una enfermedad crónica incurable, el sistema nervioso central y las alteraciones metabólicas. 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). Las percepciones subjetivas son síntomas, mientras que un síndrome incluye variables objetivas (es decir, pérdida de peso, ingesta calórica y síntomas). Trabajar con pacientes que sufren SAC y con sus familias requiere una cuidadosa valoración del SAC y del sufrimiento físico y psicosocial coexistente, incluido el pronóstico de una enfermedad crónica incurable. El tratamiento comprende el asesoramiento de los pacientes y sus familiares, el tratamiento de factores secundarios potencialmente reversibles e intervenciones farmacológicas y nutricionales

CIENCIAS BÁSICAS Y FISIOPATOLOGÍA

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. Según los modelos animales del SAC primario, existen diferentes fenotipos que podrían recibir tratamiento dirigido. 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).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS 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. El paciente puede o no presentar pérdida de peso y puede haber edema o ascitis.

EVALUACIÓN

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. 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 VALORACIÓN BÁSICA La valoración básica (nivel I) del SAC tiene dos partes: el cribado selectivo y la estimación de las consecuencias. El cribado determina de forma fiable y rápida si el paciente tiene SAC. 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. 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. mal nutrido), una estimación de la grasa muscular y corporal y la evaluación clínica del edema, la ascitis o el derrame pulmonar. 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 escala de valoración de síntomas de Edmonton proporciona información sobre ocho síntomas adicionales: dolor, astenia, náuseas, depresión, dificultad respiratoria, cansancio, ansiedad y bienestar.

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. La concentración plasmática de albúmina es regulada a la baja en la inflamación crónica (semivida plasmática de 19 días) y puede utilizarse para controlar el tratamiento a largo plazo. La prealbúmina (es decir, la transtiretina), con una semivida plasmática de 48 horas, puede servir como valoración a corto plazo^{5,8}. La proteína C reactiva (CRP) es una proteína de fase aguda inespecífica, y los niveles con frecuencia están elevados en los pacientes con cáncer avanzado o progresión de la enfermedad⁵. Se están investigando el valor diagnóstico, la sensibilidad y la especificidad del factor inductor de la proteólisis (PIF) y del factor movilizador de lípidos (LMF). Posteriores estudios deberían clarificar la función de la leptina, el neuropéptido Y, la grelina, la melanocortina y otras hormonas y otros péptidos. Debería considerarse la evaluación de la dinámica de la enfermedad (incluidos los marcadores tumorales), la carga tumoral actual, la actividad tumoral y la respuesta esperable al tratamiento antitumoral. 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 y disnea, delirio y 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. En la investigación se ha utilizado un abordaje que incluye fotografías de los platos antes y después de la comida seguido del cálculo de la ingesta calórica por parte de un nutricionista. 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 (altura en centímetros - 100) y el reconocimiento de entidades confusoras como la ascitis, el derrame pleural o el edema significativos. 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. La VGS tiene principalmente valor para la exploración física de la composición corporal (es decir, la estimación de la masa grasa y muscular). El listado de anorexia secundaria puede informar al médico más que los síntomas digestivos de la VGS. Las pruebas antropométricas (además del peso) comprenden el grosor del pliegue cutáneo (es decir, la grasa corporal) y la circunferencia de la parte media del brazo (es decir, un indicador de la masa muscular), y pueden utilizarse para los estudios longitudinales de seguimiento. El análisis de bioimpedancia (ABI) corporal total es una valoración de la composición corporal fácil de administrar, pero el contenido de agua corporal tiene que ser estimado por el explorador, lo cual puede introducir un alto grado de variabilidad. La densitometría tipo DEXA es fiable, pero el acceso a la misma es limitado. La determinación de la masa muscular o de tejido visceral mediante tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM) es prometedora. Este abordaje puede tener la ventaja del control regular de los pacientes con cáncer mediante estas pruebas. 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 sufrimiento emocional, social y espiritual se estima en primer lugar mediante los instrumentos frecuentes de cribado de síntomas. 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

BIBLIOGRAFIA

- Walsh, D. (2010). Medicina Paliativa (1.a ed.). Elsevier.