

Hipócrates: “Que tu alimento sea tu medicina”.

Paula Luque Linero
R5 Medicina Interna

Varón de 62 años:

- No reacciones adversas a medicamentos conocidas.
- Hipertenso y diabético de larga data con mal control glucémico
- AP: taquiarritmia paroxística supraventricular
- absceso perianal que presentó buena evolución. Se trató mediante curetaje local y antibioterapia oral con Ciprofloxacino 500 cada 12 horas 3 meses antes.

Tratamiento habitual:

Glicazida 30 mg/24 hs, metformina 850 mg/12 hs, lantus 10U, olmesartán/hidroclorotiazida 20/12.5 mg/24 hs, AAS 100 mg/24 hs,, bromazepam 1mg/24 hs.

MOTIVO DE CONSULTA:

- **12/10** por cuadro de 1 semana de evolución caracterizado por presentar dolor a nivel de región perianal persistente irradiado a región lumbar acompañado de fiebre. **TC abd-pelvico: absceso retro-rectal** con extensión a región lumbar → CIRUGÍA. Tto conservador con antibioterapia
- **18/10** presenta mayor extensión de celulitis acompañado de inestabilidad hemodinámica. **TC abd-pélvico** abundante **gas** en tejidos blandos, piel, subcutáneo y musculatura paravertebral compatible con **fascitis necrosante y miositis** → iqx
- **18-24/10 UCI:** IOT, AMINAS, ATB.
- 31/10 Sistema VAC. Recambio cada 4 días.
- **TOTAL:** 11 INTERVENCIONES QX

JC FINAL: fasciotomía por fascitis necrotizante y shock séptico de piel y partes blandas.

CIRUGÍA PLÁSTICA



Se intentan injerto y se pierde

5/12. Se comienza seguimiento por la **Unidad de Medicina Perioperatoria y Consultiva el**, a solicitud de Cirugía Plástica, para asistencia compartida, con el objetivo de optimizar al paciente para intervención quirúrgica.

MEDICINA PERIOPERATORIA

✓ Anamnesis

✓ Exploración

✓ Historia y manejo nutricional

- Pies y tobillos con hiperpigmentación geográfica de tipo pelagroide.
- Circunferencia de **pantorrilla menor a 31 cm**, así como una apreciada pérdida de grasa subcutánea en todos los compartimentos, y evidente pérdida de masa muscular en grandes grupos de extremidades y tronco.
- Pérdida generalizada de fuerza. Andador para deambular y necesita ayuda para levantarse de la cama.

- Ingesta escasa para lo que en él es habitual a lo que hay que sumar los periodos en ayunas antes y después de las intervenciones.
- Peso habitual 85 Kg (7 meses antes, 87 Kg.) **Peso actual 67.6 Kg.** Talla 173 cm

Cribado → **MNA-SF. TOTAL 5 PUNTOS**

Confirmación: **GLIM**

Crterios GLIM (Global Leadership Initiative on malnutrition).
Cln Note: 2019 Feb;38(2):1-9

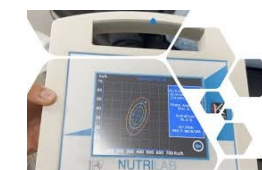
La desnutrición requiere al menos 1 criterio fenotípico y 1 etiológico:

CRITERIOS FENOTÍPICOS			CRITERIOS ETIOLÓGICOS	
Pérdida de peso involuntaria	Índice de masa corporal bajo (Kg/m ²)	Reducción de la masa muscular	↓ Ingesta o de la asimilación de alimentos	Carga inflamatoria
> 5% en los últimos 6 meses o > 10% en más de 6 meses	< 20 en < 70a o < 22 en > 70a	Por técnicas validadas de composición corporal	≤ 50% > 1 sem, o ≤ 100% > 2 sem, o cualquier condición gastrointestinal crónica que altere la asimilación de alimentos	Lesión/inflamación aguda. Patología crónica inflamatoria.

Estudio de fuerza



Percentil 10 para su sexo y edad.



Masa magra: 50.1 Kg; IFFM: 16.7 Kg/m²; Masa muscular: 30 Kg; IMM: 10.02 Kg/m²

MEDICINA PERIOPERATORIA

✓ DIAGNOSTICO

Desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE), sarcopenia moderada y dinapenia.

✓ TRATAMIENTO

- Suplementación con proteínas y hidroximetilbutirato (HMB).
- **FÓRMULA** no apta para diabetes. Se modificó la pauta de **insulina** para mantener niveles idóneos de glucemia.
- Vitamina D
- Acido fólico diario y Fe carboximaltosa
- 7/12 **660 Kcal, 1,1 g/Kg peso de proteínas y 2.4 g de HMB diarios.**
- 19/12, **se incrementó la suplementación hasta 990 Kcal, 1,4 g/kg peso de proteínas y 3.6 g de HMB.**
- Simultáneamente, se incentivó al paciente a realizar ejercicio físico.

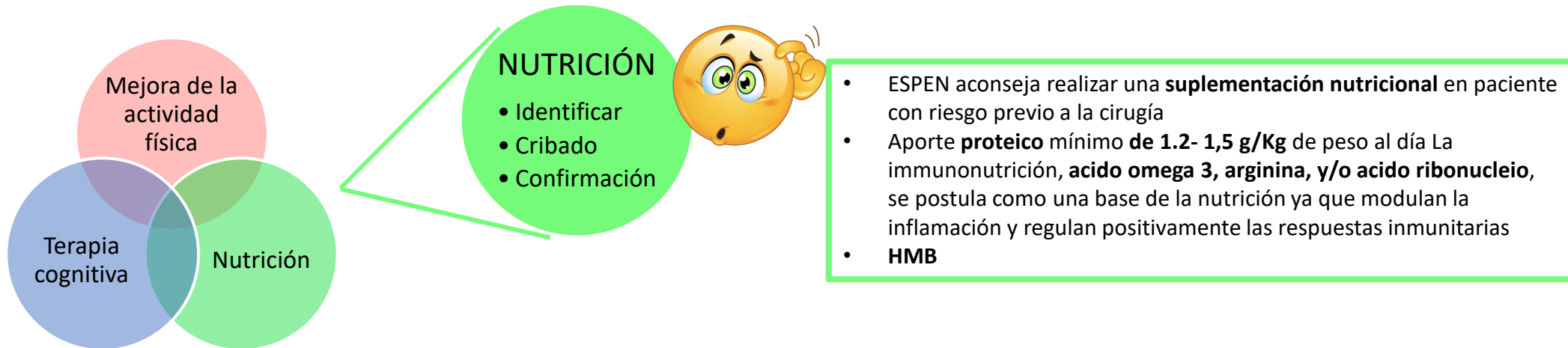
EVOLUCIÓN

	7/12	15/12	9/1	24/1
Peso (Kg)	67.6	69	71.8	72.2
IFFM(Kg/m ²)	16.7	18.08	18.74	17.75
IMM(Kg/m ²)	10.02	9.36	10.59	9.82
Angulo fase(grados)		3.3	4	3.8
Dinamometría Percentil	10	>25	>25	>50
Dinamometría máxima (Kg)	20	26	27	30
Vitamina D (ng/ml)	9.1	18.7	23.5	33.5
PCR (mg/l)	1.75	28.1	6.25	4,55
Albúmina(g/dl)	2.4		3.3	
Prealbúmina (mg/dl)		28.9	28.2	27.9
Transferrina(mg/dl)	165	185	179	191
Sideremia(mcg/dl)	53	72	84	65
Ferritina(ng/ml)	151	226	227	217
Ácido fólico(ng/ml)	2.02	9.26		17.3
Hemoglobina(g/dl)	10.7	11.9	11	12.7
Zinc(mcg/dl) (N:70-127)				63.5



DISCUSIÓN

- **PREDYCES** la desnutrición en el paciente quirúrgico hospitalizado alcanza **un 10%**. Aumenta **60%**. Múltiples causas.
- Agresión por una actuación quirúrgica desencadena una respuesta inflamatoria por una **doble vía**:
 - Activación del sistema inmune, mediada por la liberación de hormonas neuroendocrinas.
 - Estimulación del sistema hipotálamo simpático, con la consiguiente resistencia periférica a la insulina y un incremento del catabolismo proteico.
- **PREHABILITACIÓN** -->optimizar al paciente de forma preoperatoria permitiendo minimizar el efecto catabólico ocasionado por la cirugía, evitando así la resistencia periférica a la insulina y favoreciendo una fase anabólica precoz



- El **reto** de la prehabilitación debe enfocarse desde un modelo **multidisciplinar** donde implican varias unidades: psicología, rehabilitación, anestesia y en esta ecuación el médico internista, es imprescindible por su visión global, en un proceso en el que la mayoría de los pacientes serán pacientes pluripatológicos y de edad avanzada

CONCLUSIÓN

- La intervención nutricional temprana es primordial para atenuar el catabolismo, reducir la morbimortalidad peri operatoria y mejorar los resultados quirúrgicos.
- Se debe enfatizar el cambio a evaluaciones e intervenciones nutricionales preventivas en lugar de reactivas, ya que cualquier intervención en el preoperatorio es más eficaz que en el postoperatorio.
- No obstante esta intervención requiere un abordaje con visión holística **¿ y quién mejor que un internista?**

