

PARTE II:

Anorexia

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

4



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

- 1.** Considerar la anorexia como un síntoma inespecífico que requiere una cuidadosa y rápida evaluación.
- 2.** Reconocer las causas y abordaje diagnóstico de la anorexia en geriatría.
- 3.** Identificar las estrategias para su abordaje terapéutico.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La anorexia se define como falta de apetito, que se convierte en un rechazo selectivo o total a la alimentación. Para su correcto enfoque es necesario analizar el entorno del paciente, determinar las circunstancias en que se instaló el problema, la personalidad premórbida y los antecedentes generales de la persona.

Es particularmente relevante, considerar cuidadosamente la posible *causalidad psicosocial* motivada por problemas entre el enfermo y los miembros de su entorno, donde la anorexia puede ser manifestación de un *estado depresivo* o un elemento para la *manipulación* del entorno.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

El rechazo de la alimentación se presenta bajo dos posibles formas:

- RECHAZO ACTIVO: el sujeto *invoca diferentes razones para no alimentarse*, como inapetencia, mala calidad de los alimentos, exceso de los mismos, etc. Esto puede acompañarse de una actitud de *agresividad* hacia los miembros del entorno y eventualmente de un estado de *agitación*.
- RECHAZO PASIVO: el paciente está asténico, apático y *no se opone expresamente* a la alimentación, pero *deglute con dificultad*.

El enfermo manifiesta, en ambos casos una alteración del comportamiento que constituye una *urgencia diagnóstica y terapéutica* (Diagrama 4.1).

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- FACTORES DE RIESGO

Considere que algunas de las causas contribuyentes más probables son:

- Enfermedades subyacentes (ej: cáncer) o factores sociales (ej: pobreza).
- Efectos adversos de los medicamentos.
- Depresión, descuido de sí mismo y deterioro cognoscitivo (demencia).
- Vivir solo se asocia, en general, con un régimen alimentario más deficiente.
- Los problemas odontológicos alteran la elección de los alimentos.
- La mitigación del sabor puede afectar el tipo de alimentos ingeridos.
- Las personas mayores tardan más en ingerir los alimentos y así es posible que no finalicen una comida.
- Adolecen con frecuencia de pocos conocimientos sobre el régimen alimentario adecuado o presentan falta de aptitudes para cocinar (ej: los viudos).
- Mantienen una adherencia a regímenes alimentarios inapropiados.

- La pérdida de capacidad funcional puede impedir la compra o preparación de los alimentos.
- Dificultar para tragar.
- Problemas o enfermedades del aparato digestivo.
- Otros problemas de salud.

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

Luego de considerar las circunstancias arriba mencionadas practique un examen general completo, así como una evaluación de la deglución, todo ello para descartar una *causa orgánica*. (Diagrama 4.1)

EN EL INTERROGATORIO DEL PACIENTE Y DE SU ENTORNO TRATE DE PRECISAR:

- ¿CÓMO INICIÓ?
 - progresivo, insidioso con disminución perceptible de la ingesta.
 - súbito, después de un evento específico que conviene identificar y precisar.
- ¿CUÁL ES EL CONTEXTO PSICOLÓGICO RECIENTE?
 - modificaciones profundas en el modo de vida.
 - cambio de domicilio.
 - hospitalización o entrada en institución.
 - duelo reciente.
- ¿QUÉ CAMBIOS SIGNIFICATIVOS HAN HABIDO EN EL MODO DE ALIMENTACIÓN?
 - en particular, regímenes demasiado restrictivos o estrictos.
- ¿HA APARECIDO ALGUNA PATOLOGÍA RECIENTE?
 - afecciones febriles agudas.
 - cirugía o trauma.
 - estado ansioso o depresivo.
 - inmovilidad y aislamiento.
- ¿CUÁL ERA LA CONDUCTA MENTAL PREVIA AL EVENTO?
 - trastornos del carácter.
 - demencia.
 - estados confusionales subagudos.

- ¿HAY ALGUNOS FACTORES PREDISPONENTES?
 - enfermedad ácido péptica.
 - reflujo gastroesofágico.
 - constipación crónica.
 - xerostomía.
 - efectos secundarios de fármacos.
- ¿CUÁLES SON LOS GUSTOS Y PREFERENCIAS ALIMENTARIAS, ASÍ COMO EL PESO BASAL Y EL MÁS RECIENTE?

AL EXAMEN CLÍNICO, BUSQUE ESPECÍFICAMENTE:

- Hipotermia.
- Indicadores de desnutrición.
- Estado de hidratación.
- Deterioro del estado dental.
- Xerostomía.

LA EVALUACIÓN PARACLÍNICA ES NECESARIA PARA:

- Identificar anomalías de las grandes funciones: electrolitos séricos, creatinina, glucemia y citología hemática.
- Endoscopía gástrica para identificar ulceraciones pépticas o bien tumoraciones. Este procedimiento requiere referencia al nivel superior de resolución.
- Otros exámenes habrán de indicarse en función del contexto clínico.

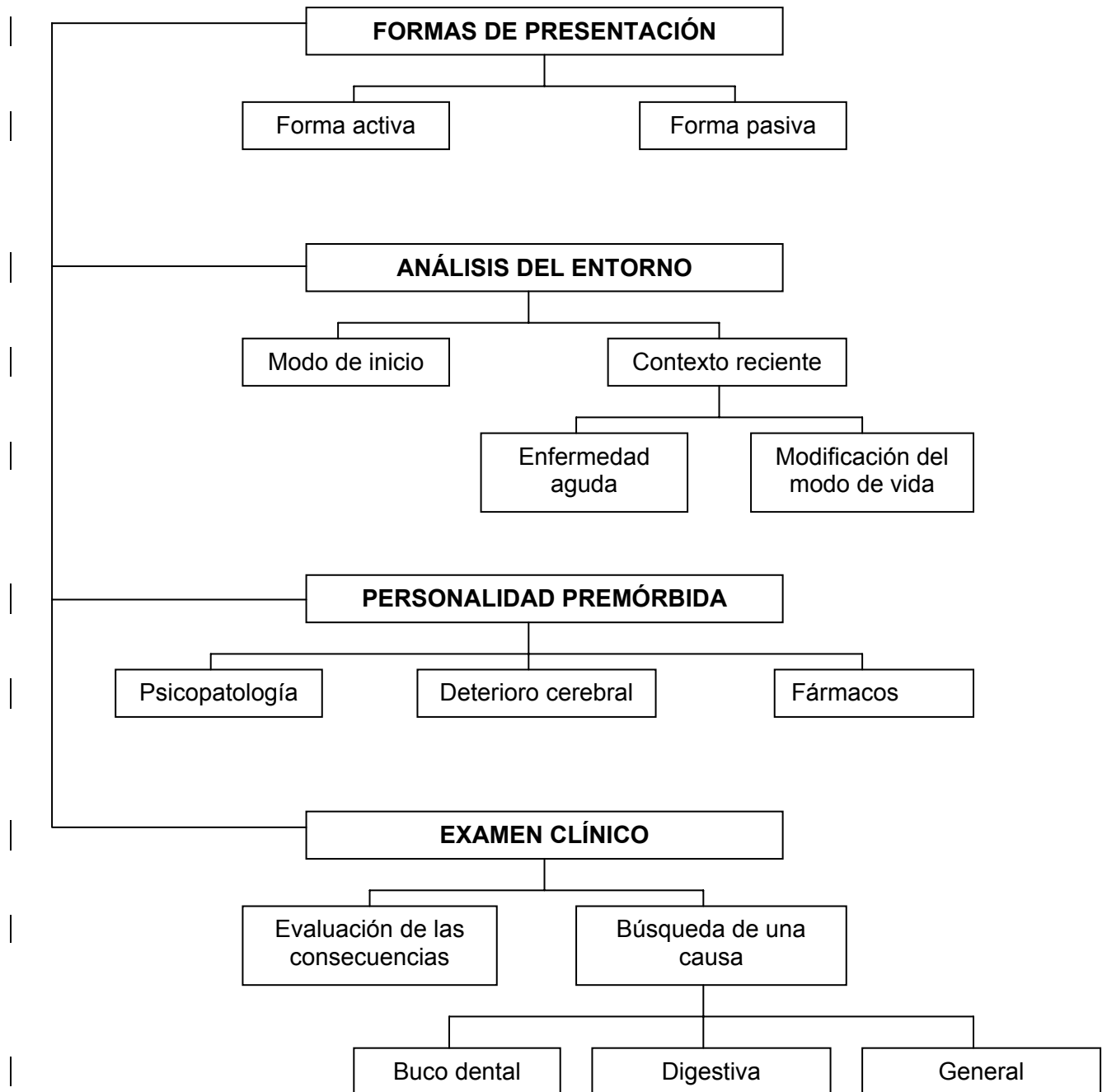
AL CONCLUIR LA EVALUACIÓN:

Hay que ser prudentes antes de establecer la relación causal una vez que se estableció el factor potencialmente etiológico, debido a que *las causas suelen ser múltiples y sus interacciones complejas*.

En la práctica, hay que tener en mente el descartar sistemáticamente: deshidratación, xerostomía, hipertermia, fecaloma, enfermedad ácido péptica o reflujo gastroesofágico y alteraciones metabólicas como la hiponatremia.

Habiendo descartado todo lo anterior y aún en presencia de causas posibles que se juzgarían como insuficientes para explicar el cuadro, *no deje de considerar un estado depresivo*.

DIAGRAMA 4.1. ABORDAJE CLÍNICO DE LA ANOREXIA



3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

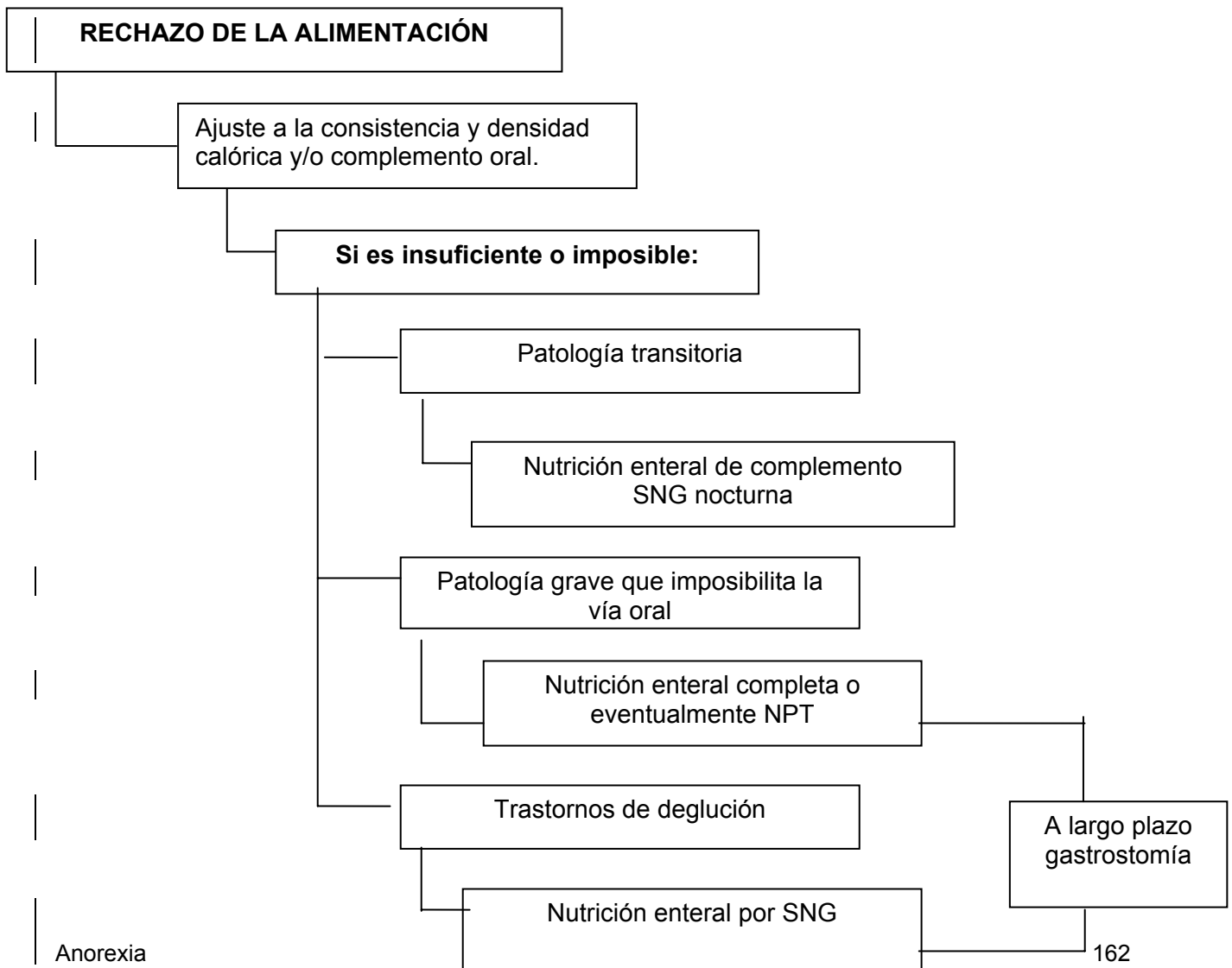
3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

Se impone la necesidad de llevar a cabo un *tratamiento sintomático sin retraso alguno*.

- Modificación de la dieta.
- Consideración de los hábitos de alimentación.

La *modificación de la dieta* ha de tomarse en consideración para la búsqueda de una ventana de oportunidad que permita restablecer la ingesta. Para ello, deberá referirse al paciente a un especialista en nutrición que ajuste el plan de alimentación a la evolución, hábitos alimentarios, etc. En sujetos que sufren de *trastornos de la deglución* con tendencia a la broncoaspiración, la modificación de la *textura de la dieta* con el empleo de papillas espesas puede favorecer la ingesta. En estos casos el agua puede administrarse a través de las papillas o bien en gelatinas, cuidando la posición al momento de administrar la alimentación (semisentado).

DIAGRAMA 4.2. ÁRBOL DE DECISIONES



Si existe deshidratación, la rehidratación es esencial, aportando rápidamente soluciones isotónicas a razón de 30 ml/kg o aún más en presencia de fiebre. El inicio de la realimentación puede hacerse a través de una sonda nasogástrica (SNG) si la falta de colaboración o el estado clínico del enfermo lo justifican, de acuerdo con el Diagrama 4.2: Árbol de decisiones.

El abordaje terapéutico dependerá fundamentalmente de la causa de la anorexia. El uso de fármacos con efecto estimulante del apetito es aún motivo de controversia. El efecto de los corticoesteroides es útil en casos seleccionados, donde la administración de dosis cercanas a los 20 mgs de prednisona en 24 horas no estén contraindicadas. El uso de acetato de megestrol a razón de 40 mgs cada 8 horas es un recurso igualmente efectivo y menos riesgoso, sin embargo, la base de la terapéutica reside en la identificación de los factores causales y su corrección.

En el caso del enfermo terminal cabe subrayar que la anorexia es parte del cuadro clínico y que usualmente en tal circunstancia, la conducta es valorada en forma distinta.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

- Modificación de la dieta
- Actividad física
- Consideración de los hábitos de alimentación

Dichos elementos han de tomarse en consideración para la búsqueda de una ventana de oportunidad que permita restablecer la ingesta.

Para el seguimiento, es indispensable la cuantificación cotidiana de la ingesta y la medición periódica del peso (al menos una vez a la semana).

3.3.- ATENCIÓN A LOS CUIDADORES

La participación de la familia es indispensable para corregir la anorexia, que con frecuencia mejorará al *intensificar la interacción social y las muestras de afecto*.

3.4.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN O ATENCION

La anorexia cuya causa no puede ser identificada luego de la evaluación propuesta, la que se acompaña de pérdida de peso mayor al *10% del peso corporal* en un lapso de *tres meses* y la que ocurre en una persona que no tiene un entorno que pueda apoyarle, son todas indicaciones para la referencia al segundo nivel de atención.

4.- PUNTOS CLAVE PARA RECORDAR

- La *naturaleza insidiosa* de la anomalía, puede hacer que no se inquiete el cuidador primario, hasta que se han establecido las consecuencias nutricionales y/o la deshidratación.
- Hay que *intervenir precozmente y de manera específica*.
- La anorexia es *parte habitual del estado terminal* y no necesariamente ha de ser tratada en tal circunstancia.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Morley JE Anorexia in older persons: epidemiology and optimal treatment. *Drugs & Aging*, 1996, 8:134-137.

O'Neill PA, Smithard DG, Morris JM. Complications and Outcome Following Acute Stroke. *Stroke* 29: 7, July 1998.

Roberts SB. Control of food intake in older men *JAMA* 1994, 272:1601-1606.

The Journal of Nutrition, Health and Aging, Revista de la Academia Internacional de Nutrición y Envejecimiento. Tiene acceso a la revista en el portal:
www.healthandage.com/html/min/iananda/entrance.htm

The National Policy and Resource Center on Nutrition and Aging.
www.fiu.edu/~nutreldr/