

Cas clínic: Anorexia Nerviosa en la tercera edat

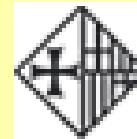
Laia Villalta i Macià

(Resident de segon any del servei de Psiquiatria a HSCSP)

Barcelona, Novembre 2010

UAB

Universitat Autònoma
de Barcelona



Sant Pau

- Motiu de Consulta:

Dona de 76 anys derivada pel metge de capçalera per caquèxia extrema (IMC 11), hiperactivitat i alteracions de l'ingesta.

- Antecedents personals:

Natural de Peñafiel (Valladolid). Va realitzar estudis bàsics. Emigració a Barcelona als 22 anys al casar-se. S'ha dedicat a les feines de casa i a la confecció. Té una filla i una néta. Actualment viu amb el seu marit. Bona adaptació premòrbida a tots els nivells. És autònoma per les activitats bàsiques de la vida diària.

- Antecedents familiars:

No hi ha antecedents de trastorns psiquiàtrics ni tòxics en la família.

- Antecedents somàtics:

Quist Hidatídic hepàtic, polipectomia gàstrica fa 6 anys, histerectomia, herniorrafia, fractura de clavícula, Osteoporosi, bronquiectàsies, fauquectomia bilateral, estrenyiment crònic.

- Antecedents tòxics:

Nega qualsevol consum.

- Tractament habitual:

Actonel (Risedronate sodium), vitamina D, Plantaben.

Antecedents psiquiàtrics



- No filiats: Desenvolupament, infància i adolescència amb bon ajust a tots els nivells. No ha consultat mai a cap psiquiatre o psicòleg. No ha realitzat cap tractament psicoactiu.

- Per Història:

Adolescència: Obesitat lleu (62kg, talla 145cm. **IMC 31**).

>*22a*: Conducta restrictiva amb l'alimentació.

(40kg als 40 anys. **IMC 19**)

Context: inicia vida de casada. Manté bon ajust.

La família no destaca cap conducta anòmala.

>70 anys empitjorament progressiu:

Alteracions
Conductuals

- Major restricció dietètica:
(En 6 anys arriba 22kg: IMC11).
- S'afegeixen conductes compensatòries:
 - . purgatives: laxants
 - . augment de l'activitat

- Factors socials: Canvi de pis. Baralles familiars.
La conducta alimentària canvia segons el context.

Exploració Psicopatològica



- **Descripció física:** Pacient **caquètica**, de talla baixa, vestida adequadament.
- **Actitut i conducta:** Col.laboradora i abordable. Accepta l'ingrés i el tractament de forma **passiva**, demostrant falta de consciència de la gravetat de la situació. Contacte poc sintònic.
- **Consciència i orientació:** Vigil i orientada en les 3 esferes, auto i al.lopsíquicament. Funcions superiors concervades. Sense alteracions en l'atenció espontània ni voluntària. Sense alteracions en la memòria ni concentració.
- **Afectivitat:** Refereix lleugera hipotímia. Objectivament l'humor és reactiu, destaca gran indiferència afectiva davant la seva situació "**belle indiferece**", gairebé paratímica. No apatia, abúlia ni anhedònia. **Anèrgia i astènia** secundàries al seu estat físic. Nega ansietat psícofísica. No ideació autolítica.

• **Llenguatge i pensament:**

- *Curs i forma:* Discurs fluid i coherent, sense alteracions.
- *Contingut:* No idees de culpa, nihilistes, de ruïna o hipocondríiques. No ideació delirant. **Distorció moderada de l'idea subjectiva** de les dimensions del seu cos (no es veu obesa, diu estar menys prima que la realitat). No distorsió de cap zona concreta. **Fòbia ponderal** (no accepta més de 30kg).

• **Sensopercepció:** Nega alteracions sensoperceptives.

• **Alteracions Conductuals:** **Nega conductes** purgatives (vòmits,laxants..). Nega conductes restrictives ni d'augment de l'activitat.

- Sense alteracions psicomotrius marcades tot i marcada astenia generalitzada.
- **Nul.la consciència de malaltia** (negació del perill vital de la situació).

Causes somàtiques d'anorèxia i pèrdua ponderal en l'ancià:

- Neoplàsies (30%).
- Tr.gastrointestinals (25%): ulcus, pancreatitis crònica, celiàquia, isquèmia.
- Trastorns dentals i deglutoris.
- EPOC, insuf cardíaca, DM, alteracions tiroidees, infeccions (VIH,TBC...)
- Fàrmacs que afecten al gust i/o l'olfacte.
- Edat avançada i canvis fisiològics.

Trastorns psiquiàtrics comòrbids als TCA:

- Trastorns afectius: Síntomes depressius associats o TDM.
- Trastorns d'ansietat (TOC, fòboa social...)
- Trastorns psicòtics (deliris somàtics, al·lucinacions cenestopàtiques...).
- Trastorns de personalitat (Cluster B i C) -

Trastorn per abús o dependència de substàncies.

Proves Complementàries



- **Analítica general:** hipoglicèmia 55mg/dl, Hb 110gr/l, VCM 98.6, VSG 46, PCR 7.5 (<0'5). No ferropènia. Funció renal i hepàtica normals. Ionograma normal. Hemograma i fórmula leucocitària normals. Perfil lipídic i proteic normals.
- **TSH:** Normal
- **Marcadors tumorals:** (CEA, CA19.9, CA125, AFP, CYFRA21.1) negatius.
- **Ecografia abdominal:** Quist hepàtic ja conegut. Resta sense troballes.
- **Radiografia de tòrax:** Imatges compatibles amb bronquiectàsies.

Tractament durant l'ingrés

Programa de contingència:

- Pes 2-3 cops/setmana.
- Àpats supervisats pautats per dietista (+/- suplementes)
- Repòs després de les ingestes (2 hores).
- Accés a lavabos limitat.
- Normalització d'hàbits alimentaris (de cara al domicili).
- Remisió de conductes purgatives.

Programa de reforços: (pactat amb la pacient)

Tractament farmacològic: Olanzapina 5mg/dia

Objectius

- Rang de pes diana, de manteniment i de reingrés.
- IMC saludable=18 (negociable)

- disminució ansietat

Evolució durant l'ingrés



- **Confirmació de símptomes:** dificultats per normalitzar els àpats, preocupació per l'augment de pes, situa pes màxim tolerable en 30kg, laxants amagats, deambulació.
- **Adaptació passiva** a l'ingrés i al programa de cotingència.
- **Recuperació ponderal parcial:** IMC 11 (22kg) \longrightarrow IMC 15'8(31'8kg)
- No s'observa patologia afectiva o psicòtica concomitant.
- **Derivació a Subaguts:** nul insight
dificultats contenció i relació familiar
continuar milloria ponderal

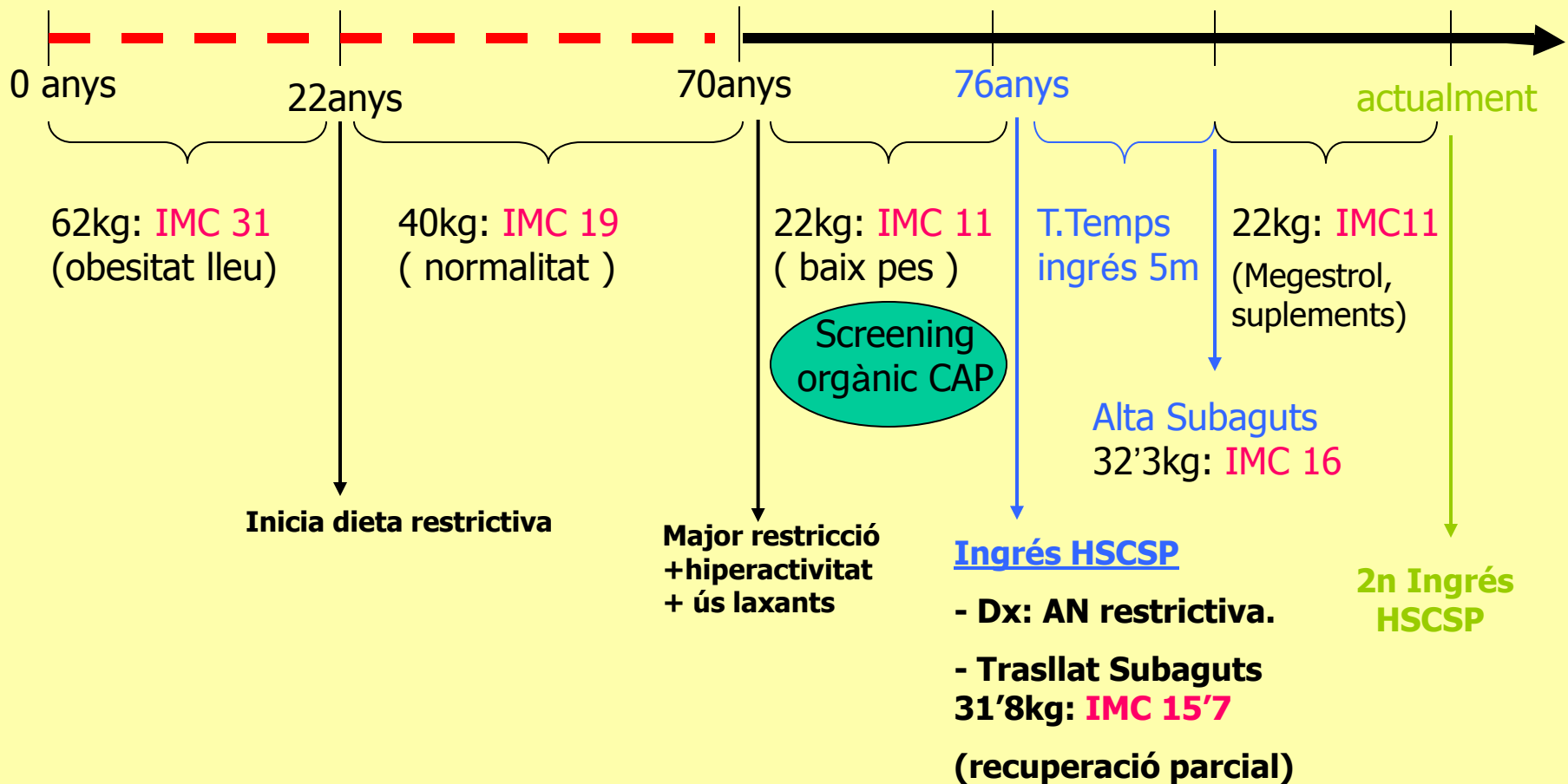
TABLA 1. Criterios CIE-10 y DSM-IV para el diagnóstico de anorexia nerviosa

CIE-10	
A	Pérdida significativa de peso (IMC < 17,5)
B	La pérdida de peso es autoinducida, por evitación de alimentos de alto contenido calórico
C	Distorsión específica de la imagen corporal, como idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad
D	Trastorno endocrino generalizado. En la mujer postmenárquica cursa con amenorrea y en el varón con impotencia y disminución de la libido
E	No se cumplen los criterios D y E de la bulimia nerviosa
DSM-IV	
A	Negativa a mantener el peso por encima del valor mínimo normal
B	Miedo intenso a ganar peso aun teniendo un peso inferior al normal
C	Alteración de la percepción del cuerpo o silueta. Exageración de su importancia en la autoevaluación. Negación del peligro que comporta un bajo peso
D	En mujeres pospuberales, amenorrea (3 ciclos)
Tipos	Restictivo: el paciente no incurre en atracones o purgas Compulsivo/purgativo: el paciente incurre regularmente en atracones o purgas

IMC= índice de masa corporal= peso (Kg)/altura² (m²)

- **DSM V:** Es recomanen canvis en les definicions de trastorns de l'alimentació actualment descrits com d'inici en l'infancia i adolescència, per emfatitzar que també es poden desenvolupar en persones de **major edat**.

Resum evolutiu



- **Anorexia Tardana** o d'instauració en edat avançada:

- La majoria de casos d'A.N es donen en dones durant l'adolescència. Rares vegades són diagnosticats després dels 40 anys.
- El cas diagnosticat de TCA en edat més avançada: dona de **92 anys**

	ADOLESCENTS	EDAT AVANÇADA
Pèrdua Ponderal	=	=
Preocupació temes alimentació	↑	↓
Amenorrea	Criteri diagnòstic	menopausa
Distorció autoimatge	↑	↓
Simpt. afectiva	↓	↑

- Dally: 4 tipus d' Anorexia Tardana
(resposta a Tr.Adaptatiu)
 - Pas estat soltera a casada → Crisi marital
 - Abans de tenir els fills → Crisi marital
 - Després de tenir els fills → Rol matern
 - Després de la menopausa → Ànim depressiu
2ndari a pèrdua
- Ballance: Factor precipitant: dol per pèrdua.
Factor mantenidor: por i ansietat envers al futur.
(evitar responsabilitats domèstiques/socials)
- Hall & Driscoll: La por a perdre atractiu físic/sexualitat (fact.etiològic imp.)
- Pronòstic: Pitjor en els casos d'A.T: En particular si mal ajust premòrbid
i relacions familiars disfuncionals.

- Mecanismes psicològics compartits (Int J Eat Disord 30:123-126; 2001):

- Conductes de control
(por a major maduresa)
- Adolescents: S'evita procés d'*individualització*.
(Mantenen la dependència com a filles)
 - Bellesa: S'evita reassumir el rol matern.
(Mantenen dependència adquirida per bellesa)

- Mecanismes psicològics diferents (Int'L.J.Psychiatry in med. Vol 32 91-95;2002):

- A.T
- Instauració com a resultat de *tratorn desadaptatiu*
(per pèrdua: divorci, mort d'un fill, malaltia o mort marit..)
 - Absència de por a l'envelliment o pèrdua d'atractiu físic/sexualitat.

- Des del 1976, en la literatura s'han descrit 37 pacients majors de 50 anys amb TCA, suggerint que d'aquests casos, 19 haurien debutat amb més de 50 anys. Tot i això, la falta d'informació exhaustiva sobre els períodes adolescents fa pensar que es podria tractar en diversos casos de trastorns cronificats. (Int J.Eat. Disord, 2010; 43:393-397)

Estudi Descriptiu: 26 pacients >50a (TCA en els últims 10 anys).

- *Edat mitja* → 53a (50-68)
- *Edat mitja d'inici del TCA* → 15a (8-25). 60% entre 11 i 17a.
- *Edat mitja contacte amb psiquiatria* → 31 anys (14-57).
 - > 10 anys post inici en tots els casos
 - Només 2 casos contacte >50a

* Els resultats recolzen l'hipòtesi que no existeix l'A.N. Tardana.

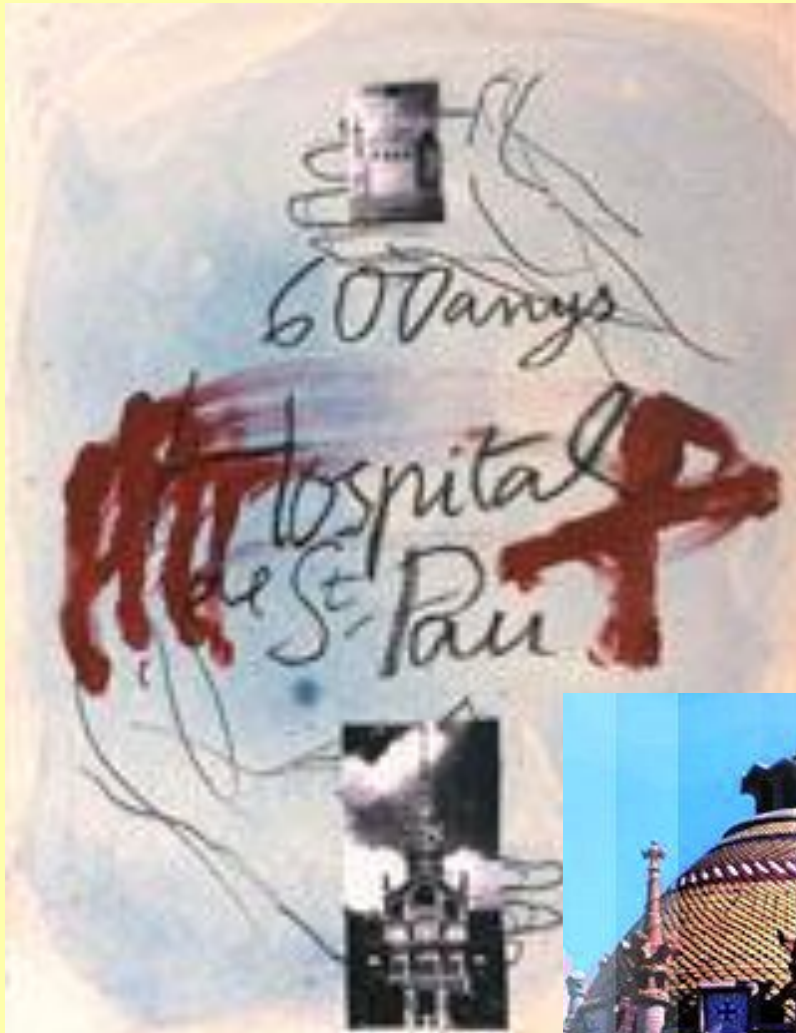
* Hi ha un retràs en el diagnòstic dels casos d'A.N en poblacions atípiques.

- Major Comorbilitat Psiquiàtrica {
 - Tr.Depressius 46%
 - Tr.Ansietat 31%
 - Tr.Dep. d' OH 19%
 - Tr.Personalitat 19%
- Major Comorbilitat Física: {
 - Osteoporosi, alteracions gastrointestinals
 - anèmia ferropènica, infertilitat (amenorrea 2nd o menopausa).
- Evolució i pronòstic:
 - La meitat recuperació ponderal però mantenint alteracions psicopatològiques significatives en conducta alimentària.
 - Major afectació funcional i social (menys contactes socials i familiars, aïllament, sentiments de soledat, dificultats reproductives)
- Les pacients opinen que hi ha limitacions en els recursos assistencials per malalties de les seves característiques

Alterantives Terapèutiques

- Reingrés: Alimentació enteral? TEC?
- Teràpia antidepressiva: ADT o mirtazapina?
- Intervenció psicoterapèutica individual?
- Intervenció psicoterapèutica familiar?
- Inhibició terapèutica?
- Mesures judicials?

Gràcies per la vostra atenció



Sant Pau

