

SELECCION

Número 47
Año XVI
Noviembre 2012

VIDA

Delgadez y trastornos alimentarios como factores de riesgo



DELGADEZ Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS COMO FACTORES DE RIESGO

Siempre ha habido personas con exceso y falta de peso, pero hoy se considera que ha aumentado el desequilibrio de forma que lo que antes eran casos excepcionales se han convertido en algo habitual: la obesidad es ya una epidemia y la delgadez, por diferentes factores que ahora trataremos de resumir, se presenta con frecuencia también ascendente.

Se han realizado múltiples estudios al respecto. En uno recientemente elaborado por la “American Board of Family Medicine” se establecía de forma taxativa, y antes de diferenciar causas, que los sujetos delgados, con un índice de masa inferior a 19, en general tenían una mortalidad doble con respecto a los individuos considerados como de “PESO NORMAL” (I.M. entre 19 y 24). Se llegaba además a la conclusión de que, exceptuando los casos de obesidad mórbida o exagerada, la delgadez era en términos generales más limitativa de la curva vital que el sobrepeso u obesidad. La causa más frecuente de ese aumento de mortalidad en la persona delgada, en el estudio que investigaba a más de 50.000 personas a lo largo de 6 años, tenía que ver con una falta de nutrientes y, consecuentemente, con el fallo del sistema inmunitario que protege al individuo de los agentes patógenos externos.

En las mujeres el problema se produce con mayor frecuencia. El ginecólogo Dr. Sebastián Manzanares observó que las mujeres con delgadez manifiesta daban a luz fetos con bajo peso y que mantenían una cantidad de líquido amniótico disminuido durante el embarazo (ese líquido amniótico resulta fundamental para proteger al niño de los traumas externos).

La valoración de la delgadez es muy sencilla desde un punto de vista básico. Basta con una báscula y un tallímetro para establecer si la proporción peso/talla es adecuada. El problema fundamental reside en observar o descubrir la causa que influye o es responsable de una pérdida significativa de peso.



Y es que las causas de pérdida de peso son múltiples y se requiere una investigación pormenorizada por parte del médico si se quiere lograr un diagnóstico correcto. Entre las causas frecuentes que producen pérdida de peso podemos mencionar las ALTERACIONES ENDOCRINAS (diabetes, hipertiroidismo, insuficiencia adrenal),

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES (celiaquía, mala absorción...), ALTERACIONES CARDIOCIRCULATORIAS (fallo cardiaco), FALLO RESPIRATORIO (enfisema, enfermedad obstructiva crónica), INSUFICIENCIA RENAL, INFECCIONES OCULTAS (tuberculosis, endocarditis, infección por VIH), MEDICACIONES (antibióticos, antiinflamatorios, inhibidores ACE, metformina), ALTERACIONES LOCALES EN BOCA Y DIENTES, PROBLEMAS SOCIALES (aislamiento y depresión, dificultades económicas, alcoholismo), PROBLEMAS NEUROLÓGICOS (después de un accidente cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, demencia).

En conjunto se trata de una alteración con múltiples factores, a menudo combinados, que requieren un estudio cuidadoso dado que el pronóstico depende de la causa original más prominente. Pero, en general, si se comprueba que en los últimos 6 meses se ha perdido más de un 5% del peso habitual, debemos considerar muy seriamente la presencia de un probable aumento del riesgo vital.

Clínicamente nos interesa conocer algunos detalles que nos van a orientar sobre circunstancias que pueden agravar de forma importante el riesgo vital de la persona, porque de todos es sabido, por ejemplo, que hay familias en las que lo habitual es que la gran mayoría de sus miembros sean delgados y en ese caso el aumento de riesgo, de existir, es mínimo.

DATOS CLÍNICOS A INVESTIGAR:

- 1 ¿El peso ha permanecido estable a lo largo de los últimos 3-5 años o por el contrario se ha producido una pérdida importante y reciente? (¿Superior al 5% del peso habitual en los últimos 6 meses?)
- 2 ¿Ha habido antecedentes de depresión o de anorexia nerviosa?
- 3 Trastornos digestivos del tipo de diarreas de repetición o vómitos.
- 4 Tipo de profesión o deportes que se practican.
- 5 En los familiares próximos, ¿hay una tendencia al exceso o a la falta de peso?
- 6 ¿Personalidad obsesiva o perfeccionista?
- 7 Historia de viajes a lugares con endemias o uso de drogas o de abuso de tabaco prolongado.
- 8 Factores de riesgo que hagan sospechar que pudiera padecer el síndrome de inmunodeficiencia (VIH).

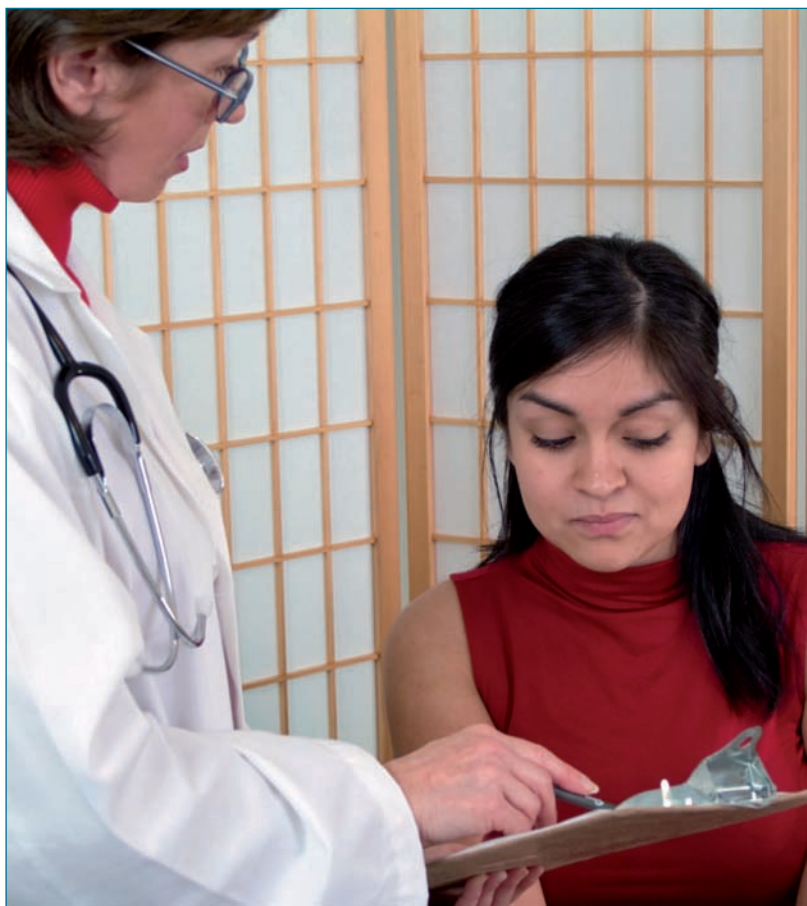
El estudio de la persona con pérdida de peso se fundamenta inicialmente en la comprobación objetiva o real de dicha pérdida de peso, dado que a menudo lo que dice el paciente

La valoración de la delgadez es muy sencilla desde un punto de vista básico. Basta con una báscula y un tallímetro para establecer si la proporción peso/talla es adecuada.

no se corresponde con los hechos, y en la historia clínica que tenga en cuenta los puntos arriba mencionados.

Además se debe realizar un examen de SANGRE que incluya pruebas de función hepática y renal, electrolitos, glucemia, calcio y hormonas tiroideas y prueba de VIH, análisis de orina, pruebas especiales que incluyan los marcadores tumorales, radiografía de tórax y en caso de no llegarse a un diagnóstico, estudios de scan abdominal, torácico y de endoscopia.

Dada la imposibilidad de estudiar todas las entidades clínicas que se asocian a la pérdida de peso vamos a centrarnos en las próximas líneas en la Anorexia nerviosa, la Bulimia y las enfermedades intestinales con mala absorción.





ANOREXIA NERVIOSA (A.N.):

Se trata de un cuadro clínico mucho más común en mujeres. Se inicia en la adolescencia, en general de forma poco aparente, con la institución de una dieta tal y como hacen en algún momento la mayoría de los jóvenes. Es raro que aparezca por vez primera después de los 40 años. Sin embargo la obsesión con la ganancia de peso se hace mayor, y ello de forma especial en las mujeres que tienen la aspiración de ser modelos o ser representantes de algún tipo de actividad en la que el aspecto corporal sea muy determinante. Hay una especie de distorsión de la propia imagen tal como ocurre al verse en un espejo cóncavo o convexo, y a menudo la obsesión por mantener la figura y la pérdida de peso va dominando la mente del joven de forma irracional o resistente a cualquier planteamiento. Aunque nieguen la existencia de hambre física, la realidad es que en una proporción importante de casos, que puede llegar al 50%, tienen periodos de comer excesivamente y sin control, lo cual supone mentalmente para el enfermo una especie de fracaso.

LAS CONSECUENCIAS ligadas a la A.N. son múltiples. Una de las más curiosas es que, dado que el ayuno y las fases de vómito y sobrealimentación producen un aumento o hipertrofia de las glándulas salivares, la cara parece normal o al menos se disimula la delgadez, que es mucho más ostensible al examinar el resto del organismo. Estos pacientes suelen tener intolerancia al frío, a veces edemas y un ligero color amarillento o anaranjado en las palmas de las manos por el exceso de verduras que consumen, muchas veces zanahorias. El síntoma más específico es sin embargo la falta de periodos menstruales, por disfunción de la glándula pituitaria o hipófisis. También

A menudo la obsesión por mantener la figura y la pérdida de peso va dominando la mente del joven de forma irracional o resistente a cualquier planteamiento

hay una tendencia a la osteoporosis con un aumento de fracturas óseas y, si la anorexia se inicia en la fase de crecimiento, hay una tendencia a la estatura reducida ya que el hueso no crece de la misma forma que lo haría con una aportación normal de calorías. Además es frecuente observar anomalías en la función de las glándulas suprarrenales y de la tiroides, que suelen normalizarse en cuanto se normaliza el aporte calórico.

EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL debe hacerse con la diabetes mellitus, con la enfermedad inflamatoria intestinal, con los tumores del sistema nervioso y, en general, con los tumores internos que producen una importante reducción en el apetito.

EL TRATAMIENTO incluye una buena cooperación entre el facultativo médico y la familia. En este punto interesa mencionar que en general el paciente es remiso o no busca la atención médica. Es la familia la que se preocupa e insiste en que se produzca una explicación a la falta de peso. El médico debe asegurar al paciente que se cuidará de alcanzar un objetivo pero que la ganancia de peso, que por otro lado es fundamental para evitar daños importantes, no se dejará sin control o a riesgo de un peso excesivo.

El soporte emocional del enfermo es fundamental, teniendo siempre presente que esta alteración es una enfermedad grave y en la que la recuperación completa y sin recaídas se produce solamente en un 50% de los casos. Una misión importante del médico de cabecera o del psiquiatra que sigue a este tipo de enfermos es cambiar el objetivo de su autoestima en el desarrollo de sus facultades intelectuales o profesionales, deportivas ... y fuera de la fijación de su aspecto corporal.

Además es necesario el aporte de vitaminas, y de forma especial la vitamina D y calcio. Los antidepresivos se deben dar con cuidado cuando existen alteraciones en el electrocardiograma (prolongación del espacio Q-T) por la posible provocación de arritmias. En la fase aguda e inicial muy a menudo es necesaria la hospitalización para un aporte crítico de calorías y control de los signos vitales (presión arterial, temperatura ...).

SECUELAS y SELECCIÓN

En muchos casos de anorexia la recuperación es completa, especialmente cuando el episodio de anorexia ha sido antes de los 20 años y con una duración de menos de medio año. Sin embargo, cuando el episodio ha durado más de un año o ha habido recaídas, debemos sospechar que existe un cuadro psicológico de importancia y entonces debemos indagar si han existido intentos de autolisis o suicidio, situación laboral y valoración de la evolución del peso. Es difícil establecer unas normas de selección que sirvan de forma general, dadas las múltiples circunstancias que inciden en cada caso personal, pero podemos establecer las siguientes pautas:

ANOREXIA NERVIOSA

Episodio único antes de los 20 años con recuperación completa **NORMAL**

Índice de masa entre 17 y 19, con presencia de periodos menstruales y episodio de anorexia con una duración de entre 6 y 12 meses **+25%**

Índice de masa < 17 o peso inferior a 38 kilos **APLAZAR**

Evidencia de situación psicológica inestable con componente importante de depresión **REHUSAR**

BULIMIA

La bulimia también ocurre con una frecuencia del 1-3% de la población. De cada 10 individuos con este diagnóstico, 9 son mujeres. Tiene mejor pronóstico que la A.N. y en general no requiere hospitalización. Básicamente consiste en la repetición de periodos en los que se come de forma compulsiva y sin control con la consecuente necesidad de eliminar lo comido mediante el vómito auto-provocado o la toma de laxantes o diuréticos.

EL CUADRO CLÍNICO de la bulimia se asocia al estado depresivo y alteraciones serias de la conducta, que incluye el planteamiento del suicidio, la promiscuidad sexual o la caída en el uso de un exceso de alcohol o drogas ilegales.

Las consecuencias que se observan ocasionalmente son la pérdida del esmalte dentario por el contacto con el ácido clorhídrico proveniente de los vómitos repetidos, y los trastornos electrolíticos (sodio, potasio, cloro) también a consecuencia de los vómitos, que pueden producir arritmias.

EL TRATAMIENTO generalmente combina la terapia cognitiva de la conducta y la toma de antidepresivos del tipo de la fluoxetina, pero aportados en una cantidad superior a la que se usa normalmente para la depresión simple.



SECUELAS y SELECCIÓN

Básicamente la situación es parecida a la de la anorexia. Debemos considerar la duración del episodio en su conjunto y el grado de delgadez. Aunque es rara la situación de un candidato/a con bulimia para contratar un seguro de vida, debemos tener claro que una situación cercana o actual de bulimia con provocación de vómitos o abuso de laxantes, asociada a un bajo peso, no debe ser compatible con la contratación de un seguro.

BULIMIA

Episodio único antes de los 20 años con recuperación completa **NORMAL**

Índice de masa entre 17 y 19, con presencia de periodos menstruales y episodio de bulimia con una duración de entre 6 y 12 meses hace más de dos años **+25%**

Índice de masa < 17 o peso inferior a 38 kilos **APLAZAR**

Evidencia o sospecha fundada de bulimia reciente o actual **REHUSAR**

ENFERMEDADES INTESTINALES CON MALA ABSORCIÓN

Cuando acude un candidato para un seguro no es habitual que nos dé síntomas de tipo digestivo, pero el médico o asistente debe indagar acerca de la presencia de los mismos si se ha producido a lo largo de los últimos meses una pérdida apreciable de peso, si hay anemia o sensación de digestiones anormales (gases, ruidos o borborigmo ...).

El intestino es un órgano muy complejo y su función no se limita a la simple absorción de alimentos. La dimensión del intestino delgado es de aproximadamente 7 metros y la del grueso de 1,5 metros, y su superficie funcional, debido a los múltiples pliegues internos, es inmensa. Aparte de dicha absorción, el intestino produce la inmunoglobulina "A" y produce sustancias de tipo hormonal que regulan el metabolismo de los carbohidratos ... por lo que el intestino en su conjunto se puede considerar como una compleja glándula productora de múltiples hormonas.



Para valorar de forma inicial si hay un trastorno funcional de consideración, se debe cuestionar la presencia de diarrea especificando si existe falta de **consistencia** en heces, aumento de **volumen** o aumento de **deposiciones** diarias, o la combinación en que se presenten. Es importante también considerar el efecto que tiene sobre su diarrea la abstención de elementos sólidos o de lácteos durante 24 horas. Si el ayuno mejora claramente la diarrea, se puede considerar que hay algún alimento responsable tal como la lactosa (diarrea osmótica). Si la diarrea persiste, se puede sospechar que la responsable es algún tipo de toxina o producto interno que fuerza a la secreción (diarrea secretoria). El problema surge del hecho de que es frecuente la combinación de ambos elementos.

ENFERMEDAD CELÍACA

Esta enfermedad adopta múltiples aspectos sintomatológicos de forma que pueden observarse casos muy severos con grave desnutrición y casos prácticamente asintomáticos o con síntomas que no interfieren apenas con la actividad de la vida diaria. Hoy en día se diagnostica con mayor frecuencia debido a la existencia de tests que detectan la presencia de anticuerpos (Anticuerpos Antigliadina IgA; Antiendomiso IgA y Antitransglutaminasa tisular IgA).

Estas son pruebas de sospecha, tanto en el niño como en el adulto, pero la base del diagnóstico es observar al microscopio una biopsia de intestino delgado con la desaparición típica de los pliegues de la pared intestinal interna.

Las causas de esta enfermedad no están bien establecidas, pero no cabe duda de que hay un elemento genético dada la mayor frecuencia con que se produce en el ámbito familiar, y un factor de autoinmunidad ligada a varias sustancias, pero de forma muy especial al GLUTEN, presente en las proteínas del trigo, de la cebada y el centeno. Una complicación asociada a la enfermedad celíaca es la dermatitis herpetiforme o enfermedad de Darier. Se producen lesiones enrojecidas con pápulas o vesículas que provocan un intenso picor y secundariamente lesiones de rascado. Curiosamente en muchos pacientes afectados por este tipo de dermatopatía no hay síntomas manifiestos, pero sí la presencia de anticuerpos antigliadina y las alteraciones típicas en la biopsia intestinal. La respuesta, de nuevo, es la abstención de alimentos con gluten y el medicamento DAPSONE.

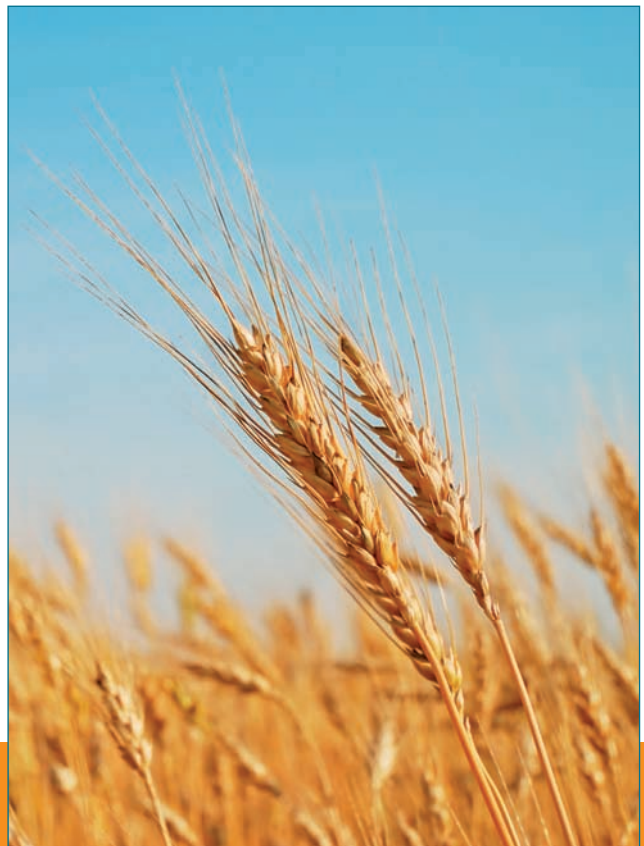
TRATAMIENTO: Se basa en la restricción absoluta de los alimentos con un contenido de gluten. La causa más común de fallo al tratamiento es la mala observancia de esta restricción, y por ello resulta importante insistir en la necesidad de evitar cualquier cantidad de alimento que contenga gluten. Con este tipo de restricción absoluta se produce una respuesta favorable en el 90% de los casos. En el 10% de los casos restantes pueden responder a la restricción de la soja o a la prescripción de corticoides. Sólo en una minoría de casos la respuesta no se produce con ninguna medida y la enfermedad se transforma en maligna con la transformación de la pared intestinal en tejido linfomatoso-linfoma.

En general los casos bien controlados con la dieta carente de gluten evolucionan de forma favorable. Desde nuestro punto de vista de considerar el riesgo a largo plazo se debe mencionar que, a pesar del buen control y de una forma más manifiesta cuando el control dietético no es enteramente correcto, se produce un aumento de cánceres de tipo intestinal, más frecuentemente el linfoma, o no intestinal, y por tanto al cliente que declara la presencia de una celiaquía, aunque esté controlada, se le debe aplicar una sobremortalidad variable según las circunstancias.

Las personas que han sido diagnosticadas en la infancia y que han seguido una situación de constante buena respuesta pueden ser considerados como casos normales, pero si la respuesta no es del todo satisfactoria o si el diagnóstico se produce pasados los 30 años se debe aplicar una sobremortalidad variable entre el 25 y el 100%. Si la respuesta al tratamiento es mala o si el diagnóstico es reciente (de menos de un año) en un adulto de más de 40 años, es preferible rehusar o aplazar.

SECUELAS y SELECCIÓN

En conjunto, la mortalidad está aumentada en el enfermo celíaco en unos límites que se calculan grosso modo entre un 75 y un 100%. Sin embargo, se pueden diferenciar a título individual muchas situaciones dependiendo de la edad de aparición y el grado de control o adhesión a la dieta libre de gluten. También importa conocer en el adulto si se han realizado o no pruebas suficientes como para descartar un proceso tumoral. En los mejores casos, con un estado de nutrición satisfactorio y buena adherencia a la dieta se puede considerar incluso como riesgo normal.



ENFERMEDAD CELÍACA

Enfermedad adquirida antes de los 12 años con buen control de la dieta y del estado metabólico **NORMAL**

Control mediocre o con temporadas sin control dietético y/o estado de nutrición marginal con desnutrición o mala absorción **25% a + 50%**

Diagnóstico realizado en la edad adulta (> 30 años) con buen estado de nutrición y adherencia estable a la dieta, sin sospecha de proceso tumoral **+25%**

Aparición en la edad adulta de fecha reciente, sin haberse estudiado la presencia de proceso maligno pero con peso estable desde hace más de 2 años **+100 a + 150%**

Aparición en la edad adulta de fecha reciente, sin haberse estudiado la presencia de proceso maligno o con pérdida actual de peso **REHUSAR**

Tenemos mucho en común

Nacional de Reaseguros S.A. CIFRAS MÁS SIGNIFICATIVAS 2011	Miles de Euros	Crecimiento
INGRESOS		
Primas	464.109	-1,8%
Rendimientos financieros	21.968	10,8%
Total ingresos	486.077	-1,3%
PROVISIONES TÉCNICAS		
Provisiones técnicas de la suscripción	782.731	1,3%
Provisiones técnicas de la retención % sobre primas retenidas	671.866 202,6%	5,5%
INVERSIONES Y DEPÓSITOS	863.404	4,8%
PATRIMONIO NETO CONTABLE	184.180	10,7%
RESULTADO DEL EJERCICIO	28.437	4,9%



Nacional de Reaseguros S.A.

www.nacionalre.es

SELECCION

VIDA

Depósito legal:M-344-97

SELECCION VIDA es una publicación editada por el Dpto. Técnico de NACIONAL DE REASEGUROS, S.A. en colaboración con el Doctor Manuel Cid. Zurbano, 8 - 28010 Madrid www.nacionalre.es - nr@nacionalre.es