

Anorexia Nervosa: A Realidade do Internamento de uma Unidade de Adolescentes

Anorexia Nervosa: Hospitalisation in an Adolescent Unit

Sofia Aires¹, Alexandra Oliveira², Georgina Monteiro¹, Maria José Cálix¹, Elisabete Santos¹, Gabriela Laranjo¹, Cristina Faria¹, Hélder Ferreira¹, Alzira Ferrão¹, Paulo Santos³

1. Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

2. Serviço de Pediatria, Hospital Pediátrico de Coimbra, Coimbra, Portugal

3. Equipa de Psiquiatria Infantil do Departamento de Psiquiatria, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

Acta Pediatr Port 2016;47:56-60

Resumo

Introdução: A anorexia nervosa é uma doença psiquiátrica desafiante para todos os profissionais de saúde, adolescentes e famílias. Caracteriza-se por distorção da percepção da imagem corporal, medo intenso de ganhar peso e perda ponderal, associando-se a inúmeras complicações psicológicas e orgânicas. O objetivo deste trabalho foi caracterizar os internamentos por anorexia nervosa na unidade de adolescentes de um hospital de nível.

Métodos: Estudo retrospectivo descritivo, realizado através da consulta dos processos clínicos dos adolescentes (entre 10 e 18 anos) internados por anorexia nervosa entre 2006 e 2013.

Resultados: Efetuaram-se 46 internamentos por anorexia nervosa (41 adolescentes), com predomínio do tipo restritivo (80%) e do sexo feminino (94%), com idade média de 14,6 anos. Predominantemente, os jovens foram referenciados da consulta de medicina do adolescente (63%). Em 50% dos casos, o motivo de internamento foi a dificuldade de controlo da patologia em ambulatório. Na admissão 41% apresentavam índice de massa corporal inferior ao percentil 5 para a idade e sexo, com um peso médio de 43,85 kg (mínimo 27,6 kg). Verificou-se um aumento ponderal médio de 2,285 kg durante o internamento. Na alta, todos os jovens foram encaminhados para a consulta de medicina do adolescente / pedopsiquiatria.

Discussão: A incidência de anorexia nervosa tem vindo a aumentar nos últimos anos, afetando sobretudo adolescentes e adultos jovens. O sucesso do tratamento assenta no diagnóstico e orientação precoces, associados a uma abordagem multidisciplinar, que englobe a reabilitação nutricional / recuperação ponderal, o tratamento das complicações e a psicoterapia. O internamento deve ser encarado como um elemento de última linha na abordagem das perturbações do comportamento alimentar.

Palavras-chave: Adolescente; Anorexia Nervosa/terapia; Hospitalização

Abstract

Introduction: Anorexia nervosa is a challenging psychiatric disease for health professionals, teenagers and families. It is characterised by distorted body image and intense fear of weight gain or weight loss, associated with numerous organic and psychological complications. The objectives were to characterise the hospitalization of anorexic patients in the adolescent unit of a level II hospital.

Methods: We performed a retrospective descriptive study by consulting the medical records of adolescents (10-18 years old) hospitalised for anorexia nervosa between 2006 and 2013 (eight years).

Results: During this period there were 46 admissions for anorexia nervosa, predominantly of the restrictive type. Most patients were female (94%) and mean age was 14.6 years. Patients were mainly referred from our outpatient unit (63%). Around 50% were hospitalised due to difficulty in controlling the disease as outpatients. At admission 41% had a body mass index below the fifth percentile for age and gender; mean weight

was 43.85 kg (minimum 27.6 kg). There was a mean weight gain of 2.285 kg during hospital stay. At discharge, all patients were referred for an adolescent and child psychiatry consultation.

Discussion: The incidence of anorexia nervosa is increasing, mainly affecting teenagers and young adults. Successful treatment relies on early diagnosis and guidance, associated with a multidisciplinary approach involving nutritional rehabilitation and weight gain, treatment of complications and psychotherapy. Hospitalisation should be seen as a last resort alternative to outpatient management when the disease is not controlled in this setting.

Keywords: Adolescent; Anorexia Nervosa/therapy, Hospitalization

Introdução

“Não sei o que fazer, por um lado quero recuperar, mas por outro os meus pensamentos são mais fortes do que

eu. Eu quero cumprir o que me é pedido, mas é muito difícil... Eu tenho medo de engordar, eu não quero engordar..." "Eu vejo-me gorda, mesmo com todos a dizerem-me que estou magríssima, pele e osso..." (diário de uma anorética).

A anorexia nervosa (AN) é uma doença psiquiátrica desafiante para todos os profissionais de saúde, adolescentes e suas famílias. De acordo com os novos critérios do DSM-5, caracteriza-se por restrição da ingestão alimentar em relação às necessidades, medo intenso de ganhar peso e distorção da percepção da imagem corporal. Pode ser do tipo restritivo, em que a perda ponderal resulta da dieta, jejum e exercício físico excessivo, ou do tipo purgativo, quando há episódios de *binge eating* ou comportamentos purgativos.¹ Os adolescentes vítimas desta doença encontram-se num desafio constante entre a necessidade de se alimentarem e o medo intenso de engordarem, o que lhes condiciona grande sofrimento.

Segundo o DSM-IV (1994) a prevalência estimada da anorexia nervosa é de 0,5-1% na faixa etária entre os 15 e os 24 anos.^{2,3} Nos Estados Unidos da América, estima-se que 0,5% das adolescentes sofram desta patologia, apesar de haver um número significativamente maior de jovens com alterações do comportamento alimentar que não preenchem os critérios diagnósticos de anorexia nervosa.⁴ Assim, os novos critérios do DSM-5 pretendem ser menos restritivos, de forma a identificar e orientar os jovens em risco, sinalizando-os precocemente. Apesar dos escassos estudos de prevalência na adolescência, alguns estudos realizados em escolas portuguesas apontam para uma prevalência inferior a 1%.³ O sucesso do tratamento assenta no diagnóstico e orientação precoces, associados a uma abordagem multidisciplinar que inclua reabilitação nutricional / recuperação ponderal, tratamento das complicações e psicoterapia. Sendo assim, a equipa que orienta estes adolescentes deve incluir profissionais de saúde, nomeadamente psicólogos, pedopsiquiatras, enfermeiros e nutricionistas, que estabeleçam um plano alimentar correto e equilibrado que evite a síndrome de realimentação, e pediatras, que possam tratar as complicações médicas responsáveis pela mortalidade, bem como dar todo o apoio necessário e possível ao adolescente, promovendo a interligação entre todos os elementos.⁵⁻⁸ Diversos autores, bem como as recomendações da Associação Americana de Psiquiatria, defendem o tratamento em ambulatório como primeira linha para alcançar o sucesso terapêutico, excepto em casos específicos.^{5,6,8} Quando necessário, o internamento deve ser o mais curto possível, tentando a reinserção precoce dos jovens no seu meio.

A unidade de adolescentes do hospital de nível II cuja casuística é estudada neste trabalho, tem um espaço físico próprio e interna adolescentes desde 2006, altura em que o setor do internamento começou a admitir jovens com anorexia nervosa. Assim, considerou-se importante caracterizar e refletir sobre o trabalho que tem sido feito nesta área, mais especificamente no que se refere aos internamentos por AN na unidade de adolescentes entre 2006 e 2013. Neste hospital, os adolescentes com perturbações do comportamento alimentar são acompanhados por uma equipa multidisciplinar, que inclui pediatras com formação em adolescência, um pedopsiquiatra, uma nutricionista e enfermeiros com experiência com adolescentes. O pedopsiquiatra articula o seu trabalho diretamente com a equipa de pediatria, dando apoio nas consultas, urgência e internamento e acompanhando a evolução dos adolescentes internados. A nutricionista, além do apoio prestado nas consultas, estabelece o plano alimentar no internamento, procedendo aos ajustes necessários de acordo com a evolução clínica e analítica. Em casos seleccionados, é possível pedir apoio de psicologia no internamento.

Métodos

Realizou-se um estudo retrospectivo descritivo, com consulta dos processos clínicos dos adolescentes (idade compreendida entre 10 e 18 anos) internados por AN entre janeiro de 2006 e dezembro 2013 (oito anos), que cumprissem os critérios de diagnóstico do DSM-IV.

As variáveis estudadas foram a idade, sexo, motivo de internamento e tipo de AN, proveniência, índice de massa corporal (IMC), peso e frequência cardíaca à data de admissão e de alta, comorbilidades e manifestações da doença, exames complementares e tratamento realizados, duração do internamento e destino após alta. Procedeu-se à análise descritiva das variáveis, utilizando o programa Excel®.

Resultados

Entre 2006 e 2013 foram seguidos em consulta 161 adolescentes com o diagnóstico de AN. No mesmo período, efetuaram-se 46 internamentos por AN, correspondendo a 41 adolescentes (cinco reinternamentos). A maioria era do sexo feminino (94%), com uma idade média de 14,6 anos, mediana de 15 anos e com predomínio do tipo restritivo (80%) (Fig. 1). O maior número de casos internados registou-se nos anos de 2007 e 2013 (nove casos), com um número ligeiramente crescente de admissões nos últimos anos (Fig. 2).

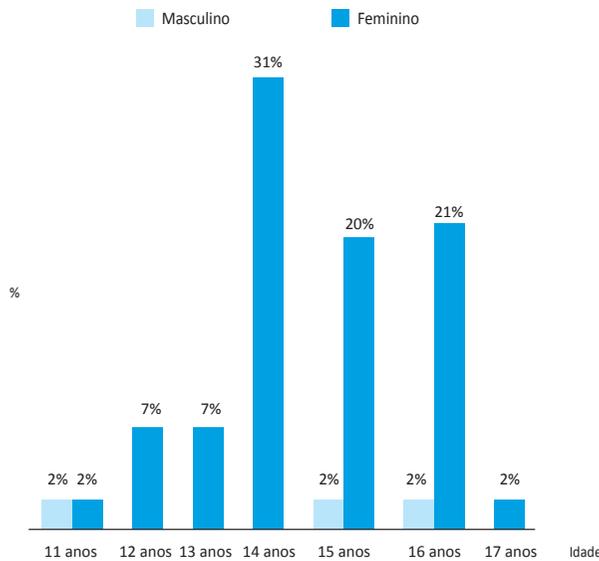


Figura 1. Distribuição por idade e sexo dos adolescentes internados por anorexia nervosa.

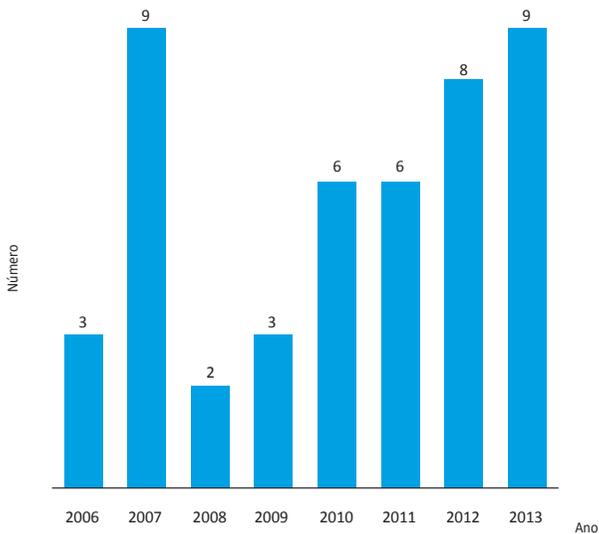


Figura 2. Distribuição anual dos internamentos.

Os três casos registados em adolescentes do sexo masculino apresentavam-se com bradicardia associada; dois deles com um peso muito inferior ao percentil 5 para idade e sexo e um com ideação suicida.

Os jovens foram maioritariamente referenciados da consulta de medicina do adolescente (63%), ao que se seguiu a urgência pediátrica (33%); um caso foi transferido de outro hospital e um caso do gabinete de apoio à saúde do adolescente. Este gabinete situa-se no espaço físico de uma escola da cidade, ao qual se deslocam semanalmente elementos da equipa de adolescência do hospital, ouvindo, aconselhando e orientando os jovens que procurem ajuda.

O principal motivo de internamento foi a dificuldade de controlo da patologia em ambulatório (50%), seguida das complicações orgânicas da doença em 30% dos casos e das comorbilidades psiquiátricas em 20%. Nas complicações orgânicas verificou-se um predomínio da bradicardia (20%), seguido de bradicardia associada a hipotensão (8%) e hipotensão isolada (2%).

Na admissão, 41% dos jovens apresentavam um IMC inferior ao percentil 5 para a idade e sexo. O peso médio foi de 43,85 kg, com um mínimo de 27,6 kg. O IMC mínimo registado foi de 12,4 kg/m², com uma média de 16,9 kg/m². A frequência cardíaca média foi de 59 bpm, registando-se um valor mínimo de 37 bpm.

Verificou-se um aumento ponderal médio de 2,285 kg durante o internamento (máximo 6 kg). O peso médio à data de alta foi de 46,135 kg, verificando-se um IMC inferior ao percentil 5 apenas em 15% dos casos. Na alta registou-se uma frequência cardíaca média de 74 bpm. As comorbilidades encontradas com maior frequência foram a depressão (34,7%), sete dos casos com ideação suicida, seguida de problemas sociais (6,9%) e conflitos familiares (6,9%).

As manifestações clínicas da doença mais frequentemente encontradas foram alterações dermatológicas (lanugo / xerose cutânea ou alopecia) e amenorreia em 54% dos casos e acrocianose em 24%. Analiticamente foi determinada hipofostatemia em 17% dos casos e leucopenia em 15% (Tabela 1). Registou-se bradicardia sinusal em 46% dos eletrocardiogramas realizados. Não se verificou nenhuma complicação durante o internamento, nomeadamente o síndrome de realimentação.

Os internamentos tiveram uma duração média de 25 dias, registando-se um máximo de 96 dias (Fig. 3). Dos cinco reinternamentos registados (11%), apenas um caso tinha um internamento anterior com duração inferior a 15 dias. Os restantes reinternamentos tinham internamentos prévios superiores a 20 dias. O principal motivo de reinternamento foi a dificuldade de controlo da doença em ambulatório.

Tabela 1. Alterações analíticas verificadas na admissão

Alteração analítica	n
Hipofostatemia	8
Leucopenia	7
Hipoglicemia	1
Aumento transaminases	1
Hipercolesterolemia	1
Pancitopenia	1

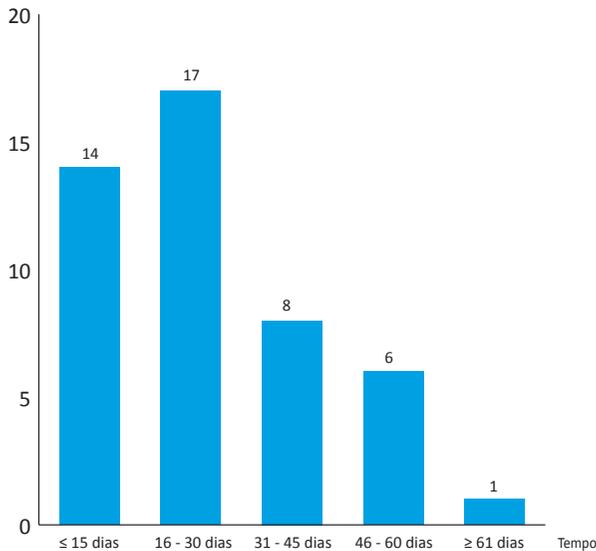


Figura 3. Número de casos por classe de duração de internamento.

Durante o internamento todos os adolescentes receberam apoio nutricional com plano alimentar individualizado, tendo sido feita uma abordagem multidisciplinar baseada no reforço positivo, na qual os jovens readquirem a sua autonomia à medida que forem alcançando os objetivos terapêuticos.

Na alta, todos os jovens foram encaminhados para a consulta de medicina do adolescente e de pedopsiquiatria. Uma adolescente com bradicardia severa (37 bpm) foi transferida para o hospital central de referência ao terceiro dia de internamento para colocação de *pacemaker*.

Discussão

Nos últimos quatro anos verificou-se um ligeiro aumento do número de casos internados, refletindo um pouco o aumento global da incidência desta patologia.^{3,4} Contudo, o número de adolescentes seguidos na consulta tem-se mantido estável. Um terço dos jovens foram internados na altura do diagnóstico, pelo facto de terem sido referenciados tardiamente, já com doença grave, o que idealmente deveria ser evitado. Os dois casos de jovens do sexo masculino com IMC muito inferior ao percentil 5 para a idade e sexo poderão refletir as dificuldades em diagnosticar esta doença no sexo masculino. Como descrito na literatura, verificou-se uma associação entre a anorexia nervosa e sintomatologia depressiva,^{4,8-10} o que está associado a um pior prognóstico.¹⁰ Durante o internamento verificou-se recuperação ponderal associada a aumento da frequência cardíaca, possibilitando a reabilitação psicológica dos adolescentes, como está preconizado nas *guidelines*.^{7,8} Apesar do

aumento ponderal não ter sido tão significativo como seria de esperar, nem sempre o principal objetivo é o ganho ponderal. Alguns adolescentes foram internados para abordagem e controlo das suas comorbilidades psiquiátricas, bem como para tentativa de solucionar alguns conflitos familiares.

Mais de metade dos jovens estiveram internados até 30 dias (65,5%), refletindo as atuais orientações que preconizam internamentos mais curtos e a rápida inserção do jovem no seu quotidiano, privilegiando o seguimento em ambulatório, sempre que possível. Apesar de alguns autores defenderem que internamentos curtos possam causar mais reinternamentos,⁷ isso não se verificou neste estudo.

Todos os doentes foram encaminhados para a consulta de medicina do adolescente, realizada em colaboração entre a pediatria e a pedopsiquiatria, de forma a dar continuidade ao trabalho iniciado ou reforçado durante o internamento.

A anorexia nervosa é uma doença cada vez mais presente na prática médica, apesar de muitas vezes ser encoberta pelos jovens, pelo que é necessário um elevado nível de suspeição e atenção redobrada na abordagem do adolescente. Salienta-se a necessidade de aproveitar a oportunidade para apostar na prevenção e no rastreio destas perturbações do comportamento alimentar nas consultas de saúde infantil e juvenil, nomeadamente na consulta dos 11-13 anos.

O sucesso do tratamento assenta no diagnóstico e orientação precoces, associados a uma abordagem multidisciplinar, permitindo reabilitar o jovem para a inserção no seu quotidiano, onde terá de lidar diariamente com a sua doença e todas as suas dificuldades.

O internamento deve ser encarado como um complemento à abordagem em ambulatório, pois o caminho é longo, construindo-se com pequenas vitórias no dia-a-dia.

O QUE ESTE ESTUDO TRAZ DE NOVO

- A existência de situações graves de AN que necessitam de internamento com início precoce (a partir dos 11 anos).
- A necessidade de poder ser necessário um internamento prolongado em algumas situações (que pode variar de 15 a mais de 60 dias)
- A existência de AN no sexo masculino com início precoce como no sexo feminino, havendo por isso a necessidade de os técnicos estarem atentos para o despiste destas situações.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Proteção de Pessoas e Animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Confidencialidade dos Dados

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

Apresentações e Prémios

Trabalho apresentado no 13.º Congresso Nacional de Pediatria, em Tróia, de 11 a 13 de Outubro de 2012.

Correspondência

Sofia Aires
sofiaires@gmail.com

Recebido: 26/01/2015

Aceite: 29/06/2015

Referências

1. American Psychiatric Association. Feeding and eating disorders [consultado em 10 de janeiro de 2015]. Disponível em: <http://www.dsm5.org/documents/eating%20disorders%20fact%20sheet.pdf>
2. Associação Norte-Americana de Psiquiatria. Manual de diagnóstico e estatístico DSM-IV [consultado em 10 de janeiro de 2015]. Disponível em: http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/sub_index.htm
3. Machado PP, Soares I, Sampaio D, Roma Torres A, Gouveia JP, Oliveira CV. Perturbações alimentares em Portugal: Padrões de utilização dos serviços. Rev Informação Divulgação Científica NDCA 2004;1:1-8.
4. Rosen D, American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. Pediatrics 2010;126:1239-53.
5. Casanova T, Santos P, Figueiredo C, Silveira A. Anorexia nervosa: Proposta de linhas orientadoras. Acta Pediatr Port 2009;40:133-5.
6. Nunes P, Silva S, Brandão I, Roma Torres A. Internamento na anorexia nervosa do tipo restritivo: Um olhar sobre nove anos de experiência. Rev Informação Divulgação Científica NDCA 2009;6:1-7.
7. Forman SF. Eating disorders: Treatment and outcomes [consultado em 10 de janeiro de 2015]. Disponível em: <http://www.uptodate.com>
8. Yager J, Devlin MJ, Halmi KA, Herzog DB, Mitchell JE, Powers P, et al. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. Arlington: American Psychiatric Association; 2010.
9. Willer MG, Thuras P, Crow SJ. Implications of the changing use of hospitalization to treat anorexia nervosa. Am J Psychiatry 2005;162:2374-6.
10. Acerete DM, Trabazo RL, Ferri NL. Transtornos del comportamiento alimentario: Anorexia nervosa y bulimia nervosa. In: Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP. Madrid: Ergon; 2010.p.325-39