

Trastornos del comportamiento alimentario



J. Casas Rivero, M.A. Salmerón Ruiz

Pediatras. Unidad de Medicina del Adolescente. Servicio de Pediatría.
Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid

Resumen

Los TCA son enfermedades graves con alteraciones psiquiátricas, comorbilidades médicas adversas y secuelas psicológicas muy negativas que afectan de forma seria la calidad de vida de los pacientes. Debido a ello y a que la utilización del sistema sanitario es alto, es preciso que los médicos conozcan y evalúen adecuadamente estos trastornos. Los TCA tienen un espectro clínico muy amplio y se van a beneficiar de un tratamiento multidisciplinar y un seguimiento estrecho. Los afectados sienten vergüenza por su incapacidad para controlar su alimentación y peso y también miedo al juicio del profesional. El hecho de que el profesional establezca un plan de tratamiento para la recuperación, sin prejuicios, puede ayudar de forma importante a estos pacientes.

Abstract

Eating disorders are serious illnesses with psychiatric involvement, adverse medical comorbidities, and very negative psychological consequences that seriously affect the quality of life of patients. For this reason, and the high burden on the health system and personal suffering, physicians need to know and properly evaluate these disorders. Eating disorders have a broad clinical spectrum and will benefit from a multidisciplinary treatment and close monitoring. The patients are ashamed by their inability to control their diet and weight and afraid of the judgment of health professionals. If the professional is able to establish a treatment plan for recovery, without prejudice, it can be of great help for these patients.

Palabras clave: Trastorno del comportamiento alimentario; Anorexia nerviosa; Bulimia nerviosa.

Key words: *Eating disorders; Anorexia nervosa; Bulimia nervosa.*

Pediatr Integral 2012; XVI(10): 769-779

1. Definición y perfil psicológico del paciente

Se define las características que diferencian al paciente con AN y BN.

La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) se caracterizan por alteraciones en la conducta alimentaria relacionadas con el miedo a ganar peso y con la distorsión de la imagen corporal^(1,2).

La AN se caracteriza por la negativa a mantener un peso mínimo normal que conduce a una malnutrición progresi-

va. Se puede dividir en dos subtipos: 1) restrictivo, para conseguir perder peso restringen de forma muy importante la ingesta de alimentos; y 2) purgativo, en el que hay periodos de ingesta que son compensados por el vómito autoinducido, laxantes o diuréticos y/o ejercicio excesivo^(2,3).

El perfil del paciente con AN es una mujer, adolescente, delgada, preocupada por la imagen corporal y la comida. Los rasgos de personalidad más frecuentes son: 1) muy perfeccionistas y gran nivel de autoexigencia; 2) negación del

hambre; 3) inmadurez afectiva y en las relaciones de pareja; 4) fuerte dependencia de su entorno; y 5) aislamiento social. Es frecuente la asociación con otros trastornos psiquiátricos^(2,3).

La BN se caracteriza por episodios frecuentes de ingesta excesiva de comida (hasta 10 veces el aporte calórico de un día en un solo atracón) en un corto periodo de tiempo, seguida de conductas compensatorias (purgativas, como el vómito, o no purgativas, como el ejercicio excesivo) para contrarrestar el aporte calórico extra. El "atacón" es

vivido con gran ansiedad y se prepara de forma minuciosa, eligiendo alimentos de alto poder calórico, fáciles de ingerir y de vomitar, tras el “atacón” tienen una gran angustia y frustración por la pérdida del autocontrol; estos episodios están asociados a situaciones de estrés o conflictos emocionales^(2,4).

El perfil del paciente con BN es una mujer, adolescente, con peso normal o sobrepeso y con baja autoestima. Tienen una preocupación excesiva por la alimentación, suelen tener ciclos de dietas extremas y ayuno a lo largo de su vida, no suelen comer en público y suelen hacer una actividad física irregular, al igual que la alimentación “en atracones”. Es muy frecuente que hayan consultado al médico por otras patologías sin que el paciente confiese la presencia de un TCA^(2,4).

Trastornos no especificados o atípicos (TCANE): aquellos que no cumplen los criterios establecidos para clasificarlos como AN o BN según el DSM IV-TR (véanse más adelante los criterios diagnósticos)^(1,2,5).

2. Etiopatogenia

La etiología es desconocida aunque influyen factores biológicos, psicológicos y sociales que predisponen, precipitan y perpetúan los TCA.

Es desconocida, aunque la hipótesis más plausible es el modelo biopsicosocial (Fig. 1)^(1,2).

Factores predisponentes: incluyen factores biológicos, psicológicos y sociales.

- **Factores biológicos:**
 - Alteraciones de neurotransmisores: 1) el aumento de serotonina en LCR se relaciona tanto con la BN como con la AN; 2) los niveles bajos de norepinefrina se relacionan con la AN; y 3) la dopamina se ha relacionado con la distorsión de la imagen corporal^(3,5).
 - Genéticos: se han relacionado los cromosomas 1, 3 y 10 con la BN^(4,5).
 - Hormonales: existen neuropéptidos que regulan el apetito; lo activan el neuropéptido Y (NPY) y el péptido Y (PYY) y lo inhiben la colecistocinina y la β -endorfina. Se ha compro-

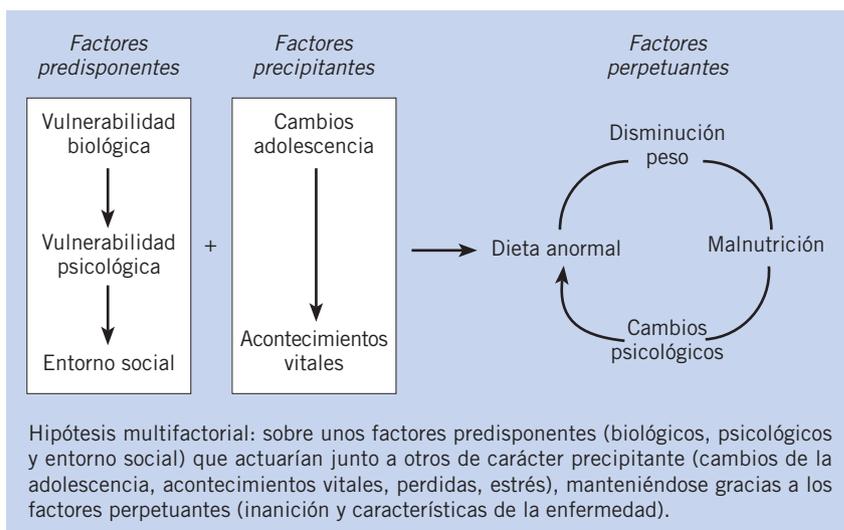


Figura 1. Etiopatogenia de los TCA: modelo biopsicosocial.

bado que en los pacientes con BN, los niveles de NPY son normales y los niveles de PYY, colecistoquinina y las β -endorfinas están disminuidos, en la AN el PYY está disminuido y el NPY aumentado^(3,5,6).

- Sexo femenino.
- Antecedentes personales de pérdida del bienestar fetal, de sobrepeso u obesidad.
- **Factores psicológicos:** 1) personalidad perfeccionista; 2) dificultad para comunicar emociones negativas; 3) dificultades para resolver conflictos; y 4) baja autoestima.
- **Entorno social:** tanto en la BN como en la AN influye considerablemente la preocupación de la sociedad actual por la delgadez y la belleza; en personas con una personalidad predispuesta es la combinación perfecta para desarrollar un TCA. Respecto al entorno más cercano (familiar, escolar y amistades más cercanas), en muchas ocasiones bajo un TCA se esconde un trauma infantil, historia de maltrato o abuso, incluyendo los grados sutiles de maltrato psicológico, burlas y todo aquello que genere inseguridad o ansiedad.

Factores precipitantes: actúan junto a los factores predisponentes en una persona inmadura desencadenando la instauración de una dieta anormal^(3,5,6).

- En individuos de 10-14 años, los TCA están relacionados con el inicio de la pubertad, que genera un

cambio corporal fisiológico que incluye aumento del peso y cambio en la distribución de la grasa corporal; en pacientes con sobrepeso, este cambio se suele acompañar de burlas por parte de los compañeros y la familia suele apoyar el inicio de una dieta para que el paciente pierda el exceso de peso. La pérdida repentina de peso y grasa provoca una disminución de la temperatura corporal y la pérdida de las características sexuales secundarias.

- En adolescentes de 15-16 años los factores desencadenantes son alcanzar la independencia y la autonomía en pacientes con dependencia emocional, generando una gran lucha interna.
- En individuos de 17-18 años, los conflictos de identidad son más comunes; estos pacientes no son capaces de realizar transiciones sanas de salir de casa para ir a la universidad o casarse.

Factores perpetuantes: malnutrición, la propia enfermedad, el refuerzo social por la pérdida de peso, el aislamiento y la falta de una adecuada respuesta familiar y social^(3,5,6).

3. Epidemiología

La prevalencia real de los TCA es desconocida, debido al aumento de los TCANE. Es más frecuente en mujeres adolescentes de 14 a 18 años.

- La prevalencia de la AN en los adolescentes es del 0,7%, entre el 1% y

el 2% cumplen criterios de BN y el 60% de los pacientes con BN tienen antecedentes de AN. La prevalencia real es desconocida, porque hay un gran número de pacientes catalogados de TCANE; se calcula que la prevalencia total de TCA está entre el 0,8% y el 14%, dependiendo de los criterios usados. La prevalencia es parecida en todos los países desarrollados y está aumentando en los países en vías de desarrollo, como China y Brasil. Este trastorno se da en todas las clases socioeconómicas⁽⁵⁻⁷⁾.

- Sexo: la relación hombre/mujer para los TCA es de 1/10.
- Edad de inicio: en el 85% de los casos aparece entre los 14 y los 18 años, aunque puede iniciarse a cualquier edad^(5,7). En los últimos años, la edad de inicio está disminuyendo progresivamente⁽⁶⁾.
- Profesión: las deportistas de élite, bailarinas profesionales y modelos de pasarela de sexo femenino son de alto riesgo para desarrollar un TCA⁽⁶⁾.
- Determinadas enfermedades que afectan a la imagen corporal, como:

la diabetes mellitus, la fibrosis quística del páncreas y la obesidad, entre otras, tienen también más riesgo.

4. Clínica

La clínica viene determinada por las manifestaciones psiquiátricas de la enfermedad, que provocan una escasa ingesta calórica y/o las conductas purgativas que determinan las manifestaciones físicas de la enfermedad.

La clínica está resumida por órganos y aparatos en la tabla I⁽²⁾.

Tabla I. Fisiopatología, clínica y correlación con pruebas complementarias

Sistema afectado	Signos y síntomas	Prueba complementaria alterada
Nutrición	Bajo peso, deshidratación, hipotermia, caquexia, debilidad y cansancio aumentan con el grado de desnutrición	Bajo peso, bajo IMC
		Antropometría: disminución grasa corporal
Cardiovascular	Debilidad, mareos, desmayo, dolor torácico, hipotensión ortostática, dificultad para respirar, palpitaciones, arritmias, bradicardia, pulso irregular y débil, extremidades frías, acrocianosis	ECG debido a hipopotasemia: aumento de la amplitud de onda P, aumento del intervalo PR, bloqueo de primer grado, prolongación del QTc, ensanchamiento del complejo QRS, aumento de ritmos ectópicos supraventriculares y ventriculares, alteración del ST
		Ecocardiografía: prolapso de la válvula mitral y derrame pericárdico en la AN. Cardiomiopatía si toman ipecacuana
		Rx: corazón pequeño
Metabólicas	En la AN: fatiga, diuresis aumentada, intolerancia al frío y baja temperatura corporal. En la BN: variaciones de peso, turgencia deficiente de la piel y edema con fóvea; en raras ocasiones, debilidad proximal, irritabilidad y calambres musculares. En pacientes con deficiencia de vitaminas: estomatitis angular, glositis y diarrea. Color amarillento de palmas y plantas	– Hipopotasemia (con alcalosis hipoclorémica en vomitadores)
		– Hipomagnesemia (en vomitadores, abuso de laxantes y AN)
		– Hipofosfatemia (en vomitadores, abuso de laxantes, síndrome de realimentación)
		– Hipercolesterolemia en la AN
		– Tiroides: disminución de la T3 en la AN
– Cortisol sérico aumentado en la AN		
– Déficit vitamínico de folato, vitamina B ₁₂ , niacina y tiamina; hipercoeritinemia en casos graves de AN		
– Análisis de orina: aumento de la densidad urinaria y la osmolaridad, debido a la deshidratación por purga o el uso de diuréticos		
SNC	Apatía, falta de concentración, ansiedad, depresión, irritabilidad; en la AN y en casos severos de BN, deterioro cognitivo; con menor frecuencia, convulsiones y neuropatía periférica	TAC: atrofia cortical, dilatación ventricular
		PET: alteración del flujo sanguíneo cerebral y del metabolismo
		RNM: disminución de la materia gris y blanca
		EEG: alteraciones inespecíficas
Digestivo	En la AN: dolor abdominal, estreñimiento, vómitos, distensión abdominal con las comidas, alteración ruidos intestinales y distensión gástrica aguda (raro). En vomitadores: hiperplasia benigna de la parótida, caries, gingivitis, gastritis, esofagitis, alteración de la motilidad esofágica, S. Mallory-Weiss, perforación o necrosis, dolor abdominal y estreñimiento. Uso crónico de laxantes: distensión abdominal, alteración de la motilidad del colon	Función hepática: aumento GOT, GPT, BI.
		Amilasa fraccionada: aumento de la amilasa salival en pacientes con purga. Aumento de la pancreática si hay abuso de laxantes o pancreatitis
		Motilidad gástrica: en la AN, retraso del vaciamiento gástrico, del tránsito intestinal y colónico, disfunción anorrectal
		Endoscopia: inflamación, esófago de Barret. Rx de abdomen: síndrome de arteria mesentérica superior, pancreatitis

.../...

Tabla 1. Fisiopatología, clínica y correlación con pruebas complementarias (continuación)

Sistema afectado	Signos y síntomas	Prueba complementaria alterada
Renal	En la AN: aumento o disminución de la orina	En sangre: aumento urea, disminución creatinina, insuficiencia renal prerrenal
Hematología	En la AN: fatiga y hematomas por alteración de la coagulación	Anemia normocítica, microcítica o macrocítica; leucopenia con linfocitosis relativa; disminución de VSG, trombocitopenia, anomalías de los factores de la coagulación (raro). Disminución de ferritina, vitamina B ₁₂ y ácido fólico
Sistema inmune	En la restauración del peso en la AN, fiebre por infecciones virales y menor respuesta de la fiebre a infecciones bacterianas	Alteraciones en el factor de necrosis tumoral y múltiples interleukinas, disminución de inmunoglobulinas y complemento
Tegumentos	En la AN: lanugo, caída del cabello y cabello seco y quebradizo, marcas de autolesiones, xerosis y acné. En vomitadores: cicatrices en el dorso de la mano	Déficit vitamínicos y anemia
Orofaringe	En vomitadores: caries dental, erosión del esmalte, especialmente en la superficie lingular de incisivos, dolor y eritema de faringe, arañazos en paladar y agrandamiento glándulas salivales	Erosión del esmalte dental Amilasa: véase digestivo
Reproductor	En la AN: mayores tasas de complicaciones durante el embarazo y el periodo neonatal. Deficiencias nutricionales en la madre que pueden dar lugar a deficiencias en el feto. Amenorrea primaria, pérdida de la libido, problemas de fertilidad. Detención de: desarrollo sexual, caracteres sexuales secundarios y maduración psicosexual. En la BN: problemas de fertilidad, oligomenorrea o amenorrea	Gonadotropinas en suero: disminución de estrógenos en mujeres con AN o BN, disminución de testosterona en hombres. Patrón prepuberal de FSH y LH si hay amenorrea ECO pélvica: falta de desarrollo folicular y/o falta de folículo dominante con amenorrea
Óseo	Dolor óseo con el ejercicio. En casos graves: talla baja y detención del crecimiento (más en la AN que en la BN)	Radiografía óseas: fracturas por estrés (más en la AN que en la BN) y edad ósea retrasada en la AN Densitometría ósea: osteopenia y osteoporosis, sobre todo en cadera y columna lumbar (más en la AN que en la BN)

AN: anorexia nerviosa; BN: bulimia nerviosa; ECG: electrocardiograma; Rx: radiografía; EEG: electroencefalograma; ECO: ecografía; FSH: hormona folículo estimulante; IMC; índice de masa corporal; LH: hormona luteinizante; PET: tomografía por emisión de positrones; RNM: resonancia nuclear magnética; TAC: tomografía axial computarizada.

5. Diagnóstico

El diagnóstico es clínico; por tanto, es imprescindible una buena historia y una exploración física minuciosa. Las pruebas complementarias se realizan para saber el estado de salud del paciente y la gravedad de las repercusiones físicas de la enfermedad. En todos los casos se debe realizar: talla, peso, constantes y analítica básica.

El diagnóstico es clínico; por tanto, es imprescindible una buena historia clínica, evaluación física básica y psiquiátrica.

En la **primera consulta**, en el caso de Atención Primaria, sería necesario diferenciar a aquel paciente que ya conocemos por otras consultas de aquel cuya primera consulta es la sospecha de un TCA:

- En el primer caso, es necesario incidir en la entrevista en el apartado de

conducta alimentaria, para intentar diferenciar si realmente existe un TCA, por lo que se preguntarán solo algunos aspectos de la historia (puntos del 2 al 7).

- En el segundo caso, la entrevista debe ser completa, valorar incluso la necesidad de una segunda cita en la que se pueda disponer del tiempo necesario para hacer una historia lo más completa posible.

La primera consulta es la más importante, porque es necesario ganar la confianza del paciente y crear un clima que permita valorar adecuadamente los problemas psicosociales, familiares y afectivos; si esto no se consigue, la posibilidad de fracaso o incumplimiento del tratamiento aumenta. Es tan importante el paciente como su familia, por ello es

recomendable, después de un acercamiento común, plantear la necesidad de entrevistar a la familia y al paciente por separado. La primera consulta debe incluir: una historia clínica, la exploración física, la valoración de la realización de pruebas complementarias y la realización de un diagnóstico de sospecha y de las complicaciones, para decidir si es necesario su derivación y la urgencia de ésta.

Historia clínica

Es necesario que el pediatra sea muy cuidadoso, sin culpabilizar al paciente por lo que le ocurre y actuando de la forma más natural posible, sin mostrar sorpresa pero sí intentando comprender su situación.

1. Presentación del paciente: nombre, edad, sexo, escolarización, rendi-

- miento académico, tipo de domicilio (mono-parental, biparental...). Cuando no conocemos a un paciente este punto nos puede servir de gran ayuda para un primer acercamiento, lo ideal es que el profesional se presente y, a continuación, se invite a que se presente el paciente: “*Sólo sé tu nombre, no conozco nada más de ti, si quieres puedes presentarte, cuéntame cosas de ti: qué edad tienes, a qué colegio vas...*”.
2. Motivo de consulta: “*¿qué te ocurre?*”
 3. Consecuencias físicas de la enfermedad y conductas purgativas: síntomas clínicos a nivel cardiovascular, metabólico, **digestivo**, aparato locomotor y sistema reproductor, incluyendo menarquia, ciclo menstrual, fecha de la última regla, regularidad, tiempo de amenorrea y uso de anticonceptivos (véase punto 4. Clínica). Es necesario ser extremadamente cuidadosos y no culpabilizar: “*¿has tenido la necesidad de vomitar, usar laxantes...?*”.
 4. Consecuencias emocionales de la enfermedad: estado de ánimo y cambios de humor. Si se afirma puede servir de ayuda, más si ha estado tiempo viviendo con la enfermedad y no se lo ha comunicado a su familia: “*has debido de estar muy triste*”. “*Lo has tenido que pasar muy mal*”. “*Todo esto que has vivido te habrá hecho estar muy rabiosa*”.
 5. Ansiedad ante la comida e intensidad de la ideación anoréxica: “*Cuánto tiempo ocupa en tu cabeza la comida y tu cuerpo*”. “*¿Qué te pone más nerviosa, el inicio, la comida o terminar de comer?*”.
 6. Historia del peso: peso máximo y mínimo, rapidez de la pérdida, peso deseado y si con anterioridad ha usado otros métodos para perder peso.
 7. Historia dietética: valorar la cantidad y calidad de la comida, para ello es muy ilustrativo preguntar por un día cualquiera, recogiendo un registro de los alimentos ingeridos en cada una de las comidas. Cómo come, alimentos prohibidos, manías, rituales, conductas purgativas y frecuencia de estas conductas (si no se han recogido en apartado 3).
 8. Relación con los pares, amigos y pareja.

9. Consumo de sustancias. El uso de afirmaciones puede ayudar: “*seguro que cuando sales con los amigos te bebes alguna cerveza o fumas algún cigarro*”.

Todos los puntos anteriores deben ser contestados por el paciente, intentando que los padres intervengan lo menos posible, posteriormente se le preguntará a los padres sobre:

1. Opinión de la familia de cómo ven a su hija.
2. Antecedentes personales y familiares: hay que preguntar tanto por los antecedentes médicos y psiquiátricos y por la “forma de ser” del paciente y sus familiares.

Criterios diagnósticos

Establecidos en el DSM IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) en el año 2005, son de utilidad en la investigación para homogenizar criterios de distintas poblaciones y poder comparar, aunque en la práctica clínica, al ser demasiado rígidos, provoca que haya un gran número de pacientes catalogados como TCANE porque no cumplen todos los criterios, pero que presentan rasgos claros de AN o BN. Por ello, estos criterios se actualizarán en el DSM V, prevista su publicación en el año 2013⁽⁸⁾.

Criterios diagnósticos AN (DSM IV-TR)^(1-3,9):

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso, que da lugar a un peso inferior al 85% del esperado, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso.
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones

aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos).

- Especificar el tipo: 1) tipo restrictivo: durante el episodio de AN, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgar (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas); y 2) tipo purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- Criterios diagnósticos BN (DSM IV-TR)^(1,2,4,9):**
- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - Ingesta de alimento en un corto periodo de tiempo (p. ej., en un periodo de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar y en las mismas circunstancias.
 - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
 - Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son: provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
 - Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.
 - La autoevaluación no aparece exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.
 - La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.
 - Especificar el tipo: 1) tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso; y 2) tipo no purgativo: el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vó-

mito ni usa laxantes, ni diuréticos o enemas en exceso.

El diagnóstico de un cuadro incompleto nunca debe considerarse como algo leve que no precisa tratamiento, ofrece la oportunidad de intervenir precozmente en una patología potencialmente mortal en un momento que será más fácil de abordar. Esto es especialmente importante en los pacientes más jóvenes, en los que el tratamiento precoz se asocia a un mejor pronóstico^(5,6).

Exploración física

Al tratarse de una enfermedad con repercusiones físicas, es necesaria una exploración clínica completa y se le pueden explicar al paciente los hallazgos encontrados salvo: peso, talla e IMC.

- Peso, talla, IMC, pliegues cutáneos y perímetro braquial.
- Tensión arterial, pulso y temperatura.
- Exploración física general.
- Caracteres sexuales secundarios.

Es importante explicar al paciente y a sus familiares los siguientes puntos: 1) que el comportamiento anómalo del paciente se debe a una enfermedad y no a un deseo de manipular de forma consciente a nadie; 2) que se debe a una distorsión de su imagen corporal y a una incapacidad para enfrentarse a sus problemas; 3) que es necesario reforzar su autoestima, su identidad y su capacidad de autocontrol; 4) que el paciente puede llegar a enfrentarse con el profesional en alguna fase del tratamiento; 5) que el peso no es lo más importante,

sino el TCA que le impide desarrollar su vida con normalidad, porque dedica la mayor parte del día al peso, a la comida y a las conductas compensatorias; 6) que el abordaje profesional inicialmente se centrará en conseguir la recuperación física del paciente; y 7) explicar al paciente y a su familia la importancia de la enfermedad y la decisión que se ha tomado de derivar o no y el lugar donde se realizará la derivación^(1,3,4).

El pediatra de Atención Primaria es el profesional con mejor capacitación para el diagnóstico precoz de los TCA. Un adecuado manejo inicial asegura una alianza terapéutica y una mejor respuesta al tratamiento.

6. Tratamiento

Existen diferentes tipos de tratamiento según intensidad: hospitalización, hospitalización domiciliaria, hospital de día y tratamiento en consultas externas que puede ser llevado a cabo en diferentes niveles asistenciales.

El tratamiento debe ser realizado por un grupo multidisciplinar formado por un psiquiatra o un psicólogo, un pediatra con conocimientos específicos de TCA y nutrición y se debería incluir en el tratamiento a su pediatra de Atención Primaria.

Objetivos del tratamiento

- Restaurar y mantener un peso saludable.

- Reducir y eliminar las restricciones, los atracones y las purgas.
- Educar en hábitos de vida: una alimentación sana, equilibrada y en la realización de ejercicio no excesivo.
- Tratar las complicaciones físicas.
- Aumentar la motivación del paciente para que coopere en el tratamiento.
- Ayudar a los pacientes a reevaluar y cambiar los principales pensamientos y actitudes disfuncionales: formación de una identidad, alteración de la imagen corporal, alteraciones del desarrollo, fomentar una autoestima que no esté centrada en el peso y en la imagen, regulación del afecto, dificultades sexuales, disfunción familiar, estilos de afrontamiento...
- El tratamiento de trastornos psiquiátricos asociados: depresión, distimia, TOC, la regulación de los impulsos y los factores que contribuyen a una baja autoestima.
- Obtener el apoyo de la familia y proporcionar asesoramiento a ésta. Conseguir su colaboración es imprescindible para la terapia.
- Prevenir las recaídas^(2,5-7,10).

Niveles de tratamiento en pacientes con TCA

No todos los pacientes necesitan el mismo nivel de tratamiento, sino que depende de múltiples factores: factores físicos, factores psíquicos, de la gravedad del TCA y del apoyo social (véase tabla II: Niveles de tratamiento en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria)⁽²⁾.

Tabla II. Niveles de tratamiento en pacientes con trastornos alimentarios

	Nivel 1: ambulatorio	Nivel 2: ambulatorio intensivo	Nivel 3: Hospital de día^a	Nivel 4: ingreso no hospitalario	Nivel 5: ingreso hospitalario
Estado de salud	Médicamente estable (no presentan ningún criterio de ingreso)			Médicamente estable sin precisar para su tratamiento la vía intravenosa o la sonda nasogástrica para la alimentación. No es necesaria la realización de pruebas de laboratorio diariamente	<i>Para los adultos:</i> la frecuencia cardíaca <40 lpm; presión arterial <90/60 mmHg; glucosa <60 mg/dl; potasio <3 mEq/L; desequilibrio electrolítico; temperatura <36°C; deshidratación; alteración hepática; compromiso renal o cardiovascular, que requieran un tratamiento agudo; diabetes mal controlada. <i>Para niños y adolescentes:</i> la frecuencia cardíaca <40 lpm; diferencias ortostáticas (incremento >20 lpm en el pulso o caídas >10-20 mmHg en la TA); presión arterial <80/50 mmHg; hipopotasemia ^b ; hipofosfatemia o hipomagnesemia

.../...

Tabla II. Niveles de tratamiento en pacientes con trastornos alimentarios (continuación)

	Nivel 1: ambulatorio	Nivel 2: ambulatorio intensivo	Nivel 3: Hospital de día^a	Nivel 4: ingreso no hospitalario	Nivel 5: ingreso hospitalario
Tendencias suicidas^c	Pueden tener ideas suicidas, la hospitalización puede ser necesaria según el riesgo estimado				Alto riesgo de suicidio o intento de suicidio
Peso como porcentaje del peso normal^d	>85%	>80%	>80%	<85%	<85% con disminución de peso aguda o rechazo a alimentarse aunque no sea <85% del peso corporal normal
Motivación para recuperarse, incluyendo la cooperación, la perspicacia y la capacidad de controlar los pensamientos obsesivos	De aceptable a buena motivación	Aceptable	Motivación parcial, cooperación, los pacientes tienen pensamientos repetitivos ^e >3 horas/día	De pobre a justa motivación, pensamientos repetitivos ^e de 4-6 horas al día. El paciente coopera con un tratamiento muy estructurado	Escasa motivación, pensamientos repetitivos ^e continuos, falta de cooperación con el tratamiento o cooperación solo en ambientes altamente estructurados
Desórdenes (el uso de sustancias, depresión, ansiedad)	Presencia de complicaciones que pueden influir en la elección del nivel de cuidado				Cualquier trastorno psiquiátrico existente que requiera hospitalización
Estructura que necesita para comer/subir de peso	Auto-suficiente	Auto-suficiente	Necesita ayuda para el aumento de peso	Necesidad de supervisión en todas las comidas o restringirá el consumo	Necesita supervisión durante y después de las comidas o precisa SNG
Capacidad de controlar el ejercicio compulsivo	Puede controlar el ejercicio compulsivo a través del autocontrol	Precisa cierto grado de estructura externa más allá del autocontrol para evitar el ejercicio excesivo			
El comportamiento de purga (laxantes y diuréticos)	Puede reducir las purgas en un entorno no estructurado. No se presentan complicaciones médicas importantes que requieran hospitalización			Puede solicitar y utilizar el apoyo de otras personas o usar las habilidades cognitivas y conductuales para inhibir la purga	Necesita supervisión durante y después de todas las comidas y en el baño. Incapaz de controlar las purgas diarias, que son severas, persistentes e incapacitantes, aunque las pruebas de laboratorio sean normales
Entorno social	Entorno capaz de proporcionar suficiente apoyo emocional y estructurado	Entorno capaz de proporcionar al menos apoyo emocional limitado y estructurado		Conflictos familiares graves o ausencia de familia, por lo que el paciente no puede recibir un tratamiento estructurado en el hogar; el paciente vive solo, sin un sistema de apoyo adecuado	
Disponibilidad geográfica del programa de tratamiento	Viven cerca del centro donde van a recibir el tratamiento			Viven lejos del centro donde van a recibir el tratamiento	

Se considera que un paciente está en un nivel determinado si cumple la mayor parte de los criterios de dicho nivel.

^aEste nivel se considera efectivo si se aplica 8 horas/día, 5 días a la semana. ^bEs necesario para evaluar adecuadamente la deshidratación; valorar iones en sangre y orina. ^cDebe ser valorado por un psiquiatra, hay que tener en cuenta diversos factores. ^dSon porcentajes aproximados, no estandarizados, es importante tener en cuenta también la composición corporal. ^ePueden formar parte de sus creencias, por tanto sería una "idea sobrevalorada" o un pensamiento repetitivo que no es deseado, más cercano a lo obsesivo compulsivo.

Tabla III. Detección precoz de los TCA

Indicios físicos de sospecha	Indicios conductuales de sospecha
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso de origen desconocido en jóvenes • Fallo del crecimiento normal para la edad y sexo • Irregularidades en la menstruación/ amenorrea • Lesiones deportivas que no curan, fracturas • Osteoporosis en jóvenes • Dolor abdominal, mareos, "lipotimias" • Problemas gastrointestinales de repetición • Alteraciones dentarias • Hipertrofia parotídea • Lanugo, pérdida de cabello • Lesiones en manos, mala circulación 	<ul style="list-style-type: none"> • Forma especial de comer: quitar la grasa, esconder y tirar comida, eliminar alimentos, saltarse comidas... • Ejercicio físico excesivo y de forma compulsiva • Desaparecer tras las comidas y cerrarse en el baño • Creciente interés por temas gastronómicos, ropa, moda • Tendencia a ocultar partes del cuerpo, uso de ropas holgadas • Preocupación constante por su peso y sus formas • Pensamientos irracionales sobre la alimentación, el peso, el ejercicio y su imagen • Excusas para no comer • Aislamiento de amigos y compañeros

Indicaciones de ingreso

- Constantes biológicas inestables (TA, pulso, temperatura...).
- Bradicardia u otras arritmias cardiacas.
- Anomalías electrolíticas.
- Urgencia psiquiátrica, riesgo elevado de suicidio o intento de suicidio.
- Pérdida de peso: excesiva (>25-30% del peso ideal) o rápida (>10% del peso en 2 meses).
- No disponer de apoyo familiar.
- El fracaso o la imposibilidad de tratamiento ambulatorio^(2,5-7,10,11).

Tratamiento de la anorexia nerviosa

- Rehabilitación nutricional:
 - Establecer objetivos para los pacientes con bajo peso grave.
 - Restaurar el peso.
 - Normalizar los patrones de alimentación.
 - Alcanzar las percepciones normales de hambre y saciedad.
 - Corregir las secuelas biológicas y psicológicas de la desnutrición.
 - El paciente no tendrá contacto alguno con la elaboración de la comida, y los padres serán los responsables de la cocina, donde no entrará el paciente para nada.
 - Cuando nos encontramos ante un TCA severo en el que la situación es crítica para el enfermo, el médico es quien debe imponer su criterio de autoridad para iniciar el tratamiento y en ocasiones llegar a ingresar al paciente contra su voluntad.
 - Ayudar a volver a comer y al aumento de peso.

- Ayudar a mantener el peso. Proporcionando un apoyo continuo a la paciente y a la familia^(2,3,5-7).
- Tratamiento psiquiátrico y psicológico: en su mayoría son tratamientos cognitivos conductuales que se basan en técnicas de modificación de conducta, donde se van alcanzando privilegios en función del cumplimiento de objetivos terapéuticos. Es necesario que vaya acompañado de psicoterapia^(2,5,6).
 - Tratamiento farmacológico:
 - Los medicamentos psicotrópicos deben asociarse a intervenciones psicosociales, no como tratamiento único.
 - Siempre que sea posible, iniciar el tratamiento farmacológico una vez restaurado el peso.
 - Controlar los efectos secundarios generales, ya que los pacientes con desnutrición o depresión son más propensos a los efectos secundarios.
 - Considerar la posibilidad de antidepressivos para tratar la depresión o la ansiedad persistente después de la recuperación del peso.
 - Considerar los antipsicóticos de segunda generación y de baja potencia en pacientes seleccionados que tengan síntomas severo.
 - Restaurar la densidad mineral ósea: suplementos de calcio y vitamina D.

La terapia hormonal sustitutiva con estrógenos se ha demostrado eficaz en algunos estudios, pero aún no existe suficiente evidencia científica; además, su uso puede reforzar la ne-

gación de la enfermedad al inducir reglas regulares. La recuperación del peso y de la función menstrual es la única medida claramente demostrada eficaz para recuperar y mantener la densidad mineral ósea^(2,6,10).

Tratamiento de la bulimia nerviosa

- Rehabilitación nutricional:
 - Normalmente, los pacientes con bulimia están en sobrepeso, es necesario calcular su peso ideal y ayudar a que lo alcancen, puesto que la obesidad puede contribuir a mantener la bulimia nerviosa.
 - Proporcionar asesoramiento nutricional para ayudar al paciente.
 - Establecer un patrón de comidas regular.
 - Aumentar la variedad de alimentos que se consumen.
 - Corregir las deficiencias nutricionales.
 - Minimizar la restricción de alimentos que conduce a atracones.
 - Identificar los momentos propicios de atracones y planificar actividades incompatibles.
 - Alentar los patrones de ejercicio saludable, pero no excesivos^(4,11).
- Tratamiento psiquiátrico y psicológico.
- Tratamiento farmacológico: véase Tratamiento de la anorexia nerviosa.

Pronóstico

El tiempo medio de evolución de la enfermedad es de 4 años, cursando de forma episódica con gran influencia en las recaídas de los acontecimientos vitales. La BN tiene un mejor pronóstico.

Tabla IV. Test de Scoof⁽⁷⁾

SCOFF

Identificación: Fecha:.....

Seleccione la respuesta que más se ajuste a lo que le ocurre.

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Tiene sensación de estar enfermo/a porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo? | Sí | No |
| 2. ¿Está preocupado/a porque siente que tiene que controlar cuánto come? | Sí | No |
| 3. ¿Ha perdido recientemente más de 6 kg en un periodo de tres meses? | Sí | No |
| 4. ¿Cree que está gordo/a aunque otros digan que está demasiado delgado/a? | Sí | No |
| 5. ¿Diría que la comida domina su vida? | Sí | No |

TOTAL:

Por cada sí: 1 punto. Una puntuación mayor o igual a 2 puntos indica un probable caso de TCA.

El pronóstico es variable, la enfermedad puede durar mucho tiempo, con una evolución episódica y fluctuante asociada a los eventos estresantes de la vida y a las crisis. De forma general, la mitad de los pacientes con TCA evolucionan favorablemente y de la otra mitad, el 30% siguen presentando algún síntoma y el 20% restante tiene mala evolución. Concretamente, entre un 25% y un 50% de los pacientes con BN que son capaces de participar en el tratamiento se curan; la AN tiene peor pronóstico, sobre todo si se asocia a conductas autolesivas. La mortalidad de la AN está entre un 2% y un 8%, de forma que sería la enfermedad psiquiátrica más letal. Los TCA tienen una alta recuperación en los primeros 10 años del inicio de la enfermedad, en la AN la posibilidad de recuperación disminuye al aumentar el tiempo de evolución de la enfermedad, siendo un factor de mal pronóstico la AN prolongada^(3,4,12). Los factores conocidos que predicen un peor pronóstico son: 1) la existencia de conductas purgativas; 2) sin respuesta al tratamiento en enfermedades de larga evolución; 3) mínimo peso alcanzado que sea muy bajo; 4) trastorno de personalidad obsesivo compulsivo; 5) relación familiar patológica; 6) existencia de comorbilidad; y 7) visitar páginas pro-ana, pro-mía⁽⁶⁾.

Criterios de derivación a los diferentes niveles asistenciales

Dependiendo de lo seguro que se sienta el pediatra en el manejo de estas pacientes y el apoyo que disponga de otros profesionales (psicólogos, psiquiatras y enfermeras) podrá abordar

el tratamiento inicial de sus pacientes y seguirlos en su consulta hasta su curación. El compromiso terapéutico con estas patologías es de dos a cuatro años, como mínimo.

En caso de no sentirse comfortable con estos pacientes, es mejor remitirlos a centros específicos para trastornos del comportamiento alimentario. Cuanto más precoz es el diagnóstico y el tratamiento, mayores son las posibilidades de éxito (véase algoritmo)⁽⁷⁾.

El papel fundamental del pediatra es el diagnóstico precoz, el seguimiento estrecho hasta la derivación del paciente y la realización del tratamiento médico (exploraciones médicas periódicas, constantes y ayuda al soporte nutricional. Es muy importante que el papel de cada especialista esté bien definido. Existen diversas guías de TCA en las diferentes comunidades autónomas.

Prevención

La prevención primaria y secundaria es la labor fundamental del pediatra, se debe sospechar ante una conducta anómala y se debe incluir en las revisiones periódicas de salud.

Hay tres niveles fundamentales de prevención que dependen de los objetivos y de la población a la que vaya dirigida dicha intervención:

- Prevención primaria: el objetivo principal es evitar el desarrollo de conductas anómalas relacionadas con la comida y va dirigido a toda la población.
- Prevención secundaria: está diseñada para diagnosticar y tratar los signos tempranos de los TCA, es aquí don-

de la Pediatría de Atención Primaria juega un papel crucial.

- Prevención terciaria: su objetivo es reducir las complicaciones de la enfermedad instaurada.

Para la detección precoz es esencial que los profesionales sanitarios estén alertas en la consulta, especialmente en las revisiones periódicas de salud del niño y adolescente, antes de prescribir dietas para controlar el peso, durante la realización de éstas y en las poblaciones de riesgo. Los indicios físicos y conductuales de sospecha de un TCA están descritos en la tabla IV. Actualmente, se dispone de cuestionarios simples, fáciles y rápidos para la posible identificación precoz de un TCA, no para el diagnóstico. Son los cuestionarios SCOFF y ESP, el primero fue validado al español en 2005 (véase tabla IV), tiene una sensibilidad del 78,4% y una especificidad del 75,8%^(12,13).

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

1. Casas Rivero J, Hidalgo Vicario MI, Salmerón Ruiz MA. Trastornos del comportamiento alimentario. En: Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero A, Castellano Barca G, eds. Medicina de la adolescencia. Atención Integral. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2012. p. 821-32.
- 2.* Treatment of Patients With Eating Disorders. Third Edition. American Psychiatric Association Practice guidelines 2006. DOI:10.1176/appi.books.9780890423363.138660
3. Waldrop DR, Cushing TA, Bessman E, Talavera F, Harwood R, Benner BE. Emergent Management of Anorexia Nervosa. Jun 17, 2011. <http://emedicine.medscape.com/article/805152-overview#aw2aab6b2b3aa>
4. Osterhout CI, Scher LM, Hilty DM, Yager I, Aronson SC, Talavera F, et al. Bulimia Nervosa. Nov 15, 2011. <http://emedicine.medscape.com/article/286485-overview>
5. Rosen D and The Committee on Adolescence. Clinical Report Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. Pediatrics. 2010; 126: 1240-53.
- 6.*** Rome ES. Eating Disorders in Children and Adolescents. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2012; 42: 28-44.
- 7.** Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de Conducta Alimentaria.

- Versión completa [Internet]. Barcelona: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria/completa/general/copyright.html].
8. American Psychiatric Association DSM-5 Development. 2010. Proposed Draft Revision to DSM Disorders and Criteria. <http://www.dsm5.org>.
 9. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision. 4th ed. Washington, DC; 2000.
 10. Kara Fitzpatrick K, Lock J. Anorexia Nervosa. *Clinical Evidence*. 2011; 04: 1011.
 - 11.* Graell M, Morandé G. Programa de hospitalización para niños de edad escolar y adolescentes con trastornos alimentarios. 12° Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2011. www.interpsiquis.com
 12. Jáuregui Lobera I, León Lozano P, Bolaños Ríos P, et al. Traditional and new strategies in the primary prevention of eating disorders: a comparative study in Spanish adolescents. *Int J Gen Med*. 2010; 3: 263-72.
 13. García-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibáñez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res*. 2005; 59(2): 51-5.
- Bibliografía comentada**
- Treatment of Patients With Eating Disorders, Third Edition. American Psychiatric Association Practice guidelines 2006. DOI:10.1176/appi.books.9780890423363.138660.
- Guía práctica donde se pone especial atención en los aspectos psiquiátricos de los TCA centrado especialmente en el tratamiento.
- Rome ES. Eating disorders in children and adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2012; 42: 28-44.
- Revisión actualizada y muy completa de todos los aspectos importantes de los TCA. Los cambios que se piensa que se realizarán en el DSM V, los cambios epidemiológicos actuales de la enfermedad, novedades en el tratamiento, actividades preventivas de TCA y obesidad, perspectivas futuras y campos de investigación. Artículo muy recomendable.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de Conducta Alimentaria. Versión completa [Internet]. Barcelona: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria/completa/general/copyright.html].
- En esta guía se recoge test de detección precoz y algoritmos diagnósticos y de tratamiento en los diferentes niveles asistenciales, con documentos muy útiles y prácticos para el uso diario en consulta.
- Graell M, Morandé G. Programa de hospitalización para niños de edad escolar y adolescentes con trastornos alimentarios. 12° Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2011. www.interpsiquis.com. Describe el protocolo de hospitalización del Hospital Niño Jesús de Madrid con una descripción minuciosa del tratamiento cognitivo conductual, base del ingreso domiciliario.

Caso clínico

Acude a la consulta una chica de 16 años, traída por sus padres, enfadada y sin querer hablar, tan sólo dice que a ella no le pasa nada y que no entiende por qué la traen a un médico. Según refieren los padres, el curso pasado lo hizo en el extranjero, conviviendo con una familia, al volver al final del curso al domicilio familiar había ganado peso, unos 5 kg, y decide hacer algo de dieta para perderlos, cosa que aprueban sus padres.

Durante las vacaciones de verano hace bastante ejercicio y, aunque no come entre horas y "se cuida", con el tipo de alimentos no le notan nada de particular.

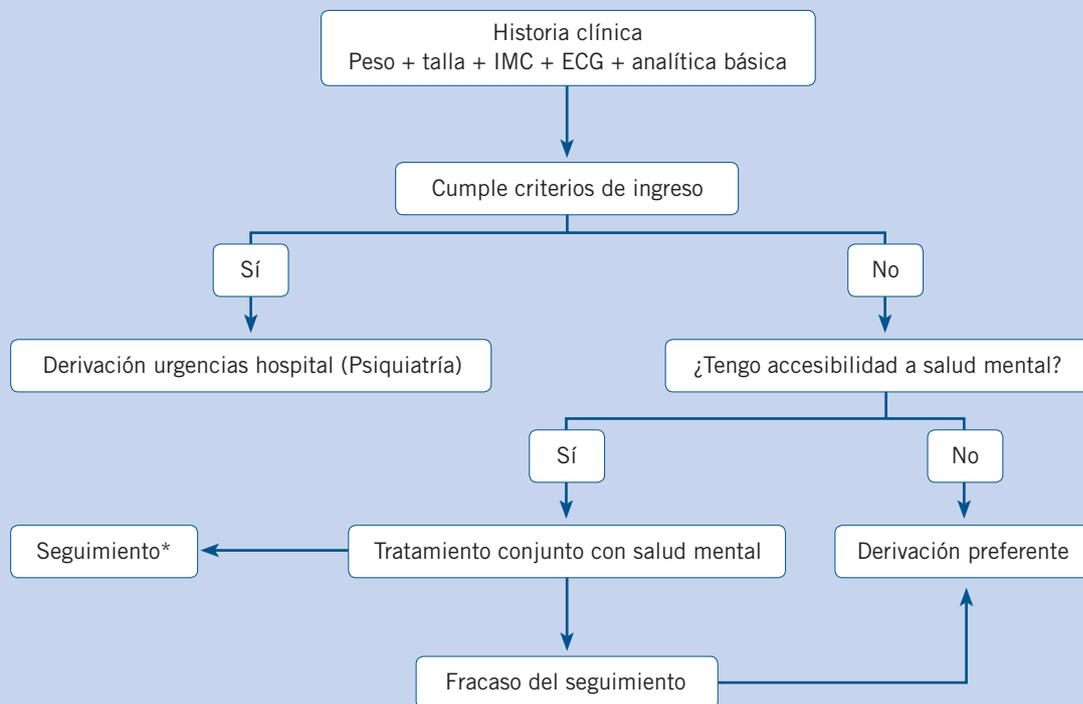
Con el comienzo del nuevo curso de Bachillerato, estudia muchas horas, se acuesta después de las 12 de la noche, la mayor parte de los días haciendo los deberes, siempre había sido autoexigente, pero parece que su único objetivo es poder sacar la media exigida para poder entrar en la carrera de medicina. A pesar de todas las horas de estudio, consigue sacar tiempo para hacer ejercicio y corre durante 1 hora todos los días y hace abdominales en su habitación.

Han visitado al ginecólogo porque no ha tenido la menstruación desde hace 4 meses, pero le hizo análisis de sangre y una ecografía y no encontró nada anormal, sólo el útero y ovarios más "infantiles".

Es cada vez más selectiva en el tipo de alimentos y en los últimos meses está comiendo cada vez menos y, si se le indica que coma más, se pelea y enfrenta a los padres, que no consiguen nada a pesar de la bronca. En la cena familiar de Navidad en casa de los abuelos no quiso comer prácticamente nada y se enfrentó a sus abuelos y primos y se tuvieron que ir a casa.

Desde que volvió ha perdido 15 kg, los últimos 5 en el último mes y medio, su IMC es de 18, cada vez está más irascible y triste. Viene forzada por los padres porque unas amigas les han llamado preocupadas porque la ven cada vez más delgada y en el colegio la han descubierto vomitando después de comer.

Algoritmo. Derivación a especializada



**Semanal hasta estabilización de IMC y control de TCA. Posteriormente se va espaciando: mensual, bimensual...*