ANOREXIA NERVIOSA

INTRODUCCIÓN

La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la anormal y desmedida preocupación en lo referido al peso corporal y a la ingesta de alimento. Este trastorno origina una conducta dirigida hacia la perdida de peso como objetivo preferente, la aparición de patrones peculiares de manipulación de la comida, perdida de peso, miedo intenso a ganar peso, distorsión de la imagen corporal y amenorrea.

Los pacientes que tienen trastornos de la conducta alimentaria presentan una amplia gama de síntomas que oscilan entre dos polos opuestos, representados por la anorexia nerviosa, en lo referente a pérdida de peso; y la bulimia nerviosa, en cuanto a la excesiva ganancia del mismo. Por ejemplo, hasta el 50% de los pacientes con anorexia nerviosa desarrollan síntomas de bulimia y algunos pacientes que inicialmente son bulímicos desarrollan síntomas anorexígenos.

Los criterios del DSM IV (tablas 1 y 2) permiten a los clínicos diagnosticar a los pacientes que tienen un trastorno de la conducta alimentaria especifico. Muchos pacientes, sobre todo en los grupos de edad más jóvenes, presentan combinaciones de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria que no pueden categorizarse de forma estricta como anorexia nerviosa ni como bulimia nerviosa y se diagnostican técnicamente como “trastornos de la conducta alimentaria no especificado”.

Tabla 1. Criterios DSM-IV para el diagnóstico de anorexia nerviosa	**Tabla 2. Criterios DSM-IV para el diagnóstico de bulimia nerviosa**
A. 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 esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable)	A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: - ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la mayoría de las personas ingerirían en período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se esta ingiriendo)
B. Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal según edad y talla.	B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
C. 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.	C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos 2 veces a la semana durante un período de 3 meses.
D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; 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.)	D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
	E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.
Especificar el tipo: Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. Ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas) Tipo compulsivo / purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso	Especificar el tipo: Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provo-

excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)	carse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

EPIDEMIOLOGIA: CURSO Y PRONOSTICO DE LA ENFERMEDAD

La incidencia de anorexia nerviosa se ha incrementado en los últimos 30 años tanto en EEUU como en Europa occidental. El estudio más reciente, llevado a cabo en el noreste de Escocia (Eagles y cols. 1995), reveló que entre 1965 y 1991 la incidencia de anorexia nerviosa había aumentado casi seis veces (de 3 casos por cada 100000 habitantes hasta 17 casos por 100000). Probablemente estos estudios infraestiman la verdadera incidencia ya que no todos los casos llegan a ser vistos o estudiados en ningún servicio sanitario.

Se trata de una enfermedad más frecuente en mujeres que en varones con un ratio de prevalencia de 1:6 frente a 1:10.

El curso de la anorexia nerviosa varia desde un episodio único con recuperación psicológica y del peso corporal, pasando por una rehabilitación nutricional con recaídas, hasta un curso crónico, no remitente que incluso puede finalizar con el fallecimiento del paciente. El porcentaje de personas con anorexia nerviosa que se recuperan por completo es moderado, aproximadamente 2/3 de los pacientes continúan sufriendo una preocupación constante y mórbida por el peso y la comida; y hasta un 40% presenta síntomas bulímicos. Incluso entre quienes tienen evoluciones positivas, definidas por la recuperación del peso y la reaparición de las menstruaciones; muchos pacientes presentan algún otro síntoma psiquiátricos persistente, incluidos la distimia, la fobia social, los síntomas obsesivos-compulsivos y el consumo de sustancias adictivas. En general los adolescentes consiguen evoluciones mejores que los adultos y más frecuentes cuanta menor edad tienen.

Se ha observado que la mortalidad, resultando básicamente del paro cardiaco o del suicidio, aumenta con la duración del seguimiento de estos pacientes, pudiendo llegar hasta un 20% en pacientes seguidos durante más de 20 años.

Ya que la clave parece ser una adecuada detección precoz del problema y un adecuado tratamiento, - de ello puede depender el pronóstico de los trastornos de la conducta alimentaria -, Morgan and cols. diseñaron un cuestionario como técnica de screening (tabla 1), obteniendo del mismo una sensibilidad del 100% y una especificidad de 87.5% para anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Tabla 1.

SCOFF cuestionario:
Te provocas el vómito porque te encuentras desagradablemente llena?
Te preocupa haber perdido el control sobre lo que comes?
Has perdido recientemente más de 14 libras en un periodo de 3 meses?
Crees que estás gorda cuando los demás te dicen que estás delgada?
Dirías que la comida controla tu vida?
Nota: Un punto por cada respuesta afirmativa, una puntuación de dos o más es indicador de anorexia nerviosa o bulimia.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Se desconoce la existencia de una etiología y una patogenia especificas en el desarrollo de la anorexia nerviosa. Las últimas hipótesis que tratan de buscar una base fisiológica que explique dichos trastornos, van encaminadas al estudio de los neurotransmisores y neuropéptidos:

- **Factor liberador de corticotropina (CRF):** inhibe la ingesta y estimula la actividad motora, en la anorexia nerviosa encontramos niveles elevados de CRF.
- **Noradrenalina**: inhibe el efecto inhibitorio del CRF sobre la ingesta, encontrándose niveles disminuidos en la anorexia nerviosa.
- **Serotonina**: Facilita la saciedad, generando una sensación de plenitud después de un consumo mínimo de comida, más, si sus niveles se encuentran elevados como en la anorexia nerviosa.
- **Dopamina**: Media en los efectos recompensadores de la ingesta, presentando niveles disminuidos en la anorexia nerviosa.

- **Neuropéptido Y**: sus niveles se encuentran elevados en la anorexia nerviosa pero sin poder realizar su acción principal facilitadora de la ingesta.
- **Colecistocinina**: su efecto es atenuar la ingesta, potenciándose con los niveles tan elevados que presenta en la anorexia nerviosa.

Los estudios con familias en la anorexia nerviosa han mostrado la tendencia familiar de este trastorno y una asociación elevada con los trastornos afectivos.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Las personas anoréxicas expresan un intenso **miedo a ganar peso**, piensan de manera incesante en temas relacionados con la comida y se preocupan irracionalmente por la obesidad. Es frecuente que nieguen sus síntomas claramente objetivables y se miran con frecuencia al espejo para asegurarse de que están delgados, ya que se ven gordos y fofos.

Son grandes manipuladores de alimentos; reducen drásticamente la cantidad total de alimentos ingeridos, disminuyendo de manera desproporcionada el consumo de comidas ricas en hidratos de carbono y grasas. Algunos pacientes llevan a cabo rigurosos programas de ejercicio.

Una característica de esta enfermedad es **la amenorrea**, que puede aparecer antes de que se presente una pérdida de peso observable.

Los pacientes con anorexia nerviosa con frecuencia experimentan otras conductas y síntomas psiquiátricos asociados:

- Entre los pacientes anoréxicos restrictivos son frecuentes los síntomas de depresión, ansiedad, obsesión (frecuente observar obsesiones referidas a la limpieza), rasgos perfeccionistas y unos estilos cognitivos muy rígidos (orientación compulsiva hacia el estudio), así como mala adaptación sexual. Este último síntoma en los adolescentes se manifiesta como retraso en el desarrollo sexual y psicosocial y entre los adultos es típica una marcada disminución por el interés sexual.
- Entre los pacientes que sufren anorexia nerviosa del tipo compulsivo/purgativo es más frecuente encontrar una asociación de conductas impulsivas como tentativas de suicidio, automutilaciones, robos y consumo de sustancias estupefacientes

Complicaciones

1. Sistema nervioso central: pueden llegar a tener un deterioro cognitivo y una disminución importante de la capacidad de concentración, demostrándose en ocasiones por TAC dilatación del sistema ventricular y en RMN reducción de sustancia gris y sustancia blanca.
2. Desnutrición con bajo índice peso/masa corporal, bajo porcentaje de grasa corporal para las medidas antropométricas
3. Sistema cardiovascular y vascular periférico: Pulso lento, débil e irregular, observándose en el EKG bradicardia, arritmias, prolongación del intervalo QT (signo peligroso). La causa inmediata más frecuente de muerte por anorexia nerviosa suele ser el paro cardiaco secundario a arritmias. Se producen cambios importantes en la presión ortostática y vasoconstricción periférica con posible aparición de acrocianosis.
4. Aparato locomotor: La estatura baja/crecimiento esquelético interrumpido aparecen con frecuencia en pacientes prepuberales. La amenorrea prolongada puede estar asociada con la aparición de ostopenia importante que puede progresar incluso llegando a causar una osteoporosis irreversible con el consiguiente aumento de fracturas patológicas. Las áreas más vulnerables a la osteoporosis son la cadera y la región lumbar. Los dolores en las extremidades pueden indicar la existencia de fracturas por tensión (fracturas de estrés) que quizás no sean evidentes en una radiografía simple pero sí en una gammagrafía ósea. Pueden observarse anomalías enzimáticas en casos de desnutrición grave, produciendo desgaste muscular con importante debilidad.
5. Aparato reproductor: Pérdida de la menstruación o amenorrea primaria (hipoestrogenémica) con interrupción del desarrollo sexual o regresión de las características sexuales secundarias. Perdida de la libido. Mayor porcentaje de complicaciones durante la gestación e inmediatamente después del nacimiento.

6. Sistema endocrino-metabólico: Como signo principal encontramos la hipotermia, intolerancia al frío (nivel elevado de cortisol en plasma y aumento de rT3). Deshidratación con alteración importante de los electrólitos. Si existen vómitos autoinducidos, utilización de laxantes y/o diuréticos pueden desarrollar una alcalosis hipopotasémica.
7. Sistema hematológico: Anemia; neutropenia con linfocitosis relativa; trombocitopenia. Escasas anomalías en los factores de coagulación.
8. Aparato gastrointestinal: Existe un vaciado gástrico retardado, lo que provoca distensión abdominal tras la ingesta y dolor abdominal. Es frecuente el estreñimiento e incluso la obstrucción intestinal puede aparecer en ocasiones.
9. Aparato genitourinario: Existe mayor formación de cálculos renales. Puede aparecer una nefropatía por hipovolemia con edemas depresibles.
10. Tegumentos: Cambios en el pelo, pérdida de pelo en la cabeza y aparición de lanugo. Aparición de piel seca.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la anorexia nerviosa requiere un trabajo multidisciplinario y conjunto, aunando tratamiento médico y terapias conductuales, individuales, cognitivas y familiares. El primer paso se centra en obtener la cooperación del paciente en el programa de tratamiento.

Rehabilitación nutricional

Los objetivos de la rehabilitación nutricional para pacientes con falta de peso grave son:
- Recuperar el peso.
- Normalizar los patrones de conducta alimentaria.
- Lograr percepciones normales del hambre y la saciedad.
- Corregir las secuelas biológicas y psicológicas de la desnutrición.

En general un peso sano es aquel a partir del cual se restablece la menstruación y la ovulación normal. Es necesario establecer como objetivo un peso sano y unos aumentos de peso controlados (1-1.5 Kg/semana en pacientes ingresados y 0.25-0.5 Kg/semana en pacientes ambulatorios).

Los niveles de ingesta deberían empezar con 30-40 Kcal/Kg por dia y seguir aumentando progresivamente. Se pueden aumentar estos niveles hasta llegar a 70-100 Kcal/Kg por día en algunos pacientes durante la fase de aumento de peso. Los niveles de ingesta deben estar entre 40-60 Kcal/Kg por dia durante la fase de mantenimiento de peso. Los dietistas pueden ayudar a los pacientes a elegir sus propias comidas y proporcionarles un plan estructurado que asegura la idoneidad nutricional y que no deje fuera de la dieta ninguno de los principales grupos de alimentos.

Algunos pacientes son absolutamente incapaces de reconocer su enfermedad, de aceptar la necesidad de tratamiento ni de tolerar el sentimiento de culpa que acompañaría al comer. En estos casos hay que mantener con vida al paciente, se indicará la alimentación por sonda nasogástrica (preferible a la intravenosa). Es posible que la alimentación continuada, es decir, durante 24 horas al día, cause menos anomalías metabólicas o menos malestar subjetivo que con 3-4 bolos diarios y quizás sea mejor tolerada por los pacientes. La monitorización médica general durante la realimentación debería incluir la valoración de los signos vitales, la ingesta de alimentos y de líquidos y su excreción, si estuviera indicado, así como la observación clínica por si apareciera edema, aumento rápido de peso (sobrecarga de líquido), insuficiencia cardiaca congestiva, síntomas gastrointestinales... Es necesario monitorizar de forma estricta los minerales y los electrólitos (potasio, calcio, fósforo).Los pacientes de los que se sospecha que ganan peso de forma artificial deberán ser pesados por la mañana después de la defecación y monitorizar la ingesta de líquidos (muestras de orina en el momento del pesaje).

Se debe adaptar la actividad física a la ingesta de alimentos y el gasto de energía por parte del paciente, teniendo en cuenta la densidad ósea y la función cardiaca. En los pacientes que tienen una falta de peso grave debe restringirse el ejercicio.

Efectos secundarios y toxicidad:
La realimentación inicial puede estar asociada a una leve retención de líquidos que es transitoria. En pacientes que han utilizado laxantes y diuréticos la suspensión brusca puede tener un efecto rebote con retención de líquidos que durará varias semanas (aparición de edemas y distensión abdominal).Una realimentación excesivamente rápida y la alimentación nasogástrica o la parenteral pueden ser especialmente peligrosas debido a su capacidad de inducir una retención de líquidos grave, arritmias cardiacas, insuficiencia cardiaca, delirium o convulsiones. La hipofosfatemia, que puede resultar mortal, puede aparecer durante la realimentación cuando se han acabado las reservas. Puede producirse estreñimiento que puede progresar hasta convertirse en una obstrucción intestinal aguda.
Con el aumento de peso muchos pacientes desarrollan acné e hipersensibilidad en las mamas.
Los programas de realimentación deben llevarse a cabo ocupándose de cubrir también las necesidades emocionales del paciente.

Tratamientos psicosociales
El objetivo de los tratamientos psicosociales es ayudar a los pacientes a:
1. Entender su rehabilitación física y nutricional y cooperar para conseguirla.
2. Comprender y cambiar sus conductas y sus actitudes disfuncionales relacionadas con el trastorno de la conducta alimentaria que presentan.
3. Mejorar su funcionamiento social e inerpersonal.
4. Afrontar los conflictos psicológicos que refuerzan o mantienen las conductas del trastorno de la conducta alimentaria.

La experiencia clínica demuestra que un régimen de psicoterapia bien dirigido tiene un papel importante tanto para reducir los síntomas de la anorexia nerviosa como para prevenir la recaída.
- Terapia conductual: Es el más eficaz en cuanto respecta al tratamiento médico y a la rehabilitación alimentaria del paciente anoréxico. Se obtienen resultados tanto en aumento de peso como en el cese de vómitos autoinducidos. Se utilizan refuerzos positivos consistentes en incrementos de la actividad física, privilegios en el régimen de visitas y actividades sociales, relacionados con el aumento de peso.
- Terapia cognitiva: técnicas cognitivas como reestructuración cognitiva y resolución de problemas, ayudan al paciente a manejar creencias distorsionadas y sobrevaloradas relacionadas con la comida y la delgadez, así como a afrontar los factores estresantes vitales. Las técnicas cognitivas incluyen la racionalización de creencias, el descentramiento, el uso de la técnica “que pasaría si...”, la evaluación de pensamientos automáticos, la verificación de hipótesis prospectivas, la reinterpretación de la distorsión de la imagen corporal, el examen de supuestos subyacentes y la modificación de supuestos básicos.
- Psicoterapia familiar: En algunos estudios se ha demostrado que los más favorecidos en este tipo de terapias son los menores de 18 años.

Tratamiento farmacológico
- **Clorpromazina**: Antipsicótico especialmente eficaz en pacientes anoréxicos con problemas obsesivo-compulsivos graves. Se utiliza en forma líquida comenzando con dosis bajas de 10mg tres veces al dia para ir aumentando progresivamente. Requiere un control de la tensión arterial y realizar un hemograma (existe cierto riesgo de agranulocitosis) y pruebas de función hepática.
- **Ciproheptadina**: se trata de un antihistamínico, con propiedades antiserotonérgicas ($5\text{-}HT_2$), que tiene un efecto estimulante del apetito (orexígeno). Indicada en pacientes anoréxicos hiperactivos tipo restrictivo. Se utiliza en forma líquida comenzando con 4 mg dos veces al día, aumentando hasta 8mg tres veces al día si es necesario. Se debe controlar con hemograma completo (plaquetas).
- **Fluoxetina**: Antidepresivo de tipo inhibidor selectivo de la recaptación de setonina (ISRS). Es preferible utilizarla después de recuperar peso dada su tendencia a indu-

cir activación. Indicada principalmente en conductas obsesivo-compulsivas graves y en depresión grave. Debemos vigilar el sueño, la actividad y realizar un hemograma.

- **Clomipramina**: Antidepresivo de tipo tricíclico, que se utiliza en conductas obsesivo-compulsivas graves. Es preferible utilizarla después de recuperar peso. Es necesario comenzar con dosis muy bajas debido a los efectos secundarios de hipotensión. Debemos vigilar la tensión arterial, realizar un ECG de control por el riesgo de taquicardia y un hemograma.
- **Otros antidepresivos tricíclicos**: se inicia el tratamiento con dosis muy bajas debido a la más que posible aparición de efectos secundarios como hipotensión, sequedad de boca, etc., y es preferible utilizarlo después de recuperar peso. Está indicado principalmente en depresiones graves. Para el control de esta medicación realizaremos un hemograma completo, un ECG y control de la tensión arterial.

CONCLUSIONES

1. **La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por la pérdida de peso marcada, intenso miedo a engordar incluso cuando el paciente está excesivamente delgado, distorsión de la imagen corporal y amenorrea.**
2. **Afecta principalmente a mujeres adolescentes, aunque puede aparecer en la edad adulta y también en varones.**
3. **De etiología y patogenia desconocidas las últimas investigaciones van encaminadas al estudio de neurotransmisores y neuropéptidos.**
4. **Los signos principales de alerta son: obsesión por la pérdida de peso, miedo a ganar peso, rehuir la comida, ejercicio constante, aparición de vello corporal y/o facial con pérdida de pelo en cuero cabelludo, intolerancia al frío, amenorrea, autopercepción de estar gordo cuando están realmente delgados.**
5. **El tratamiento de la anorexia nerviosa ha de ser multidisciplinar: tratamiento médico, terapias conductuales, terapias cognitivas y psicoterapia familiar.**
6. **Es escaso el número de personas con anorexia nerviosa que se recuperan por completo, generalmente continúan con una preocupación incesante por el peso y la comida.**

BIBLIOGRAFIA

- **Morgan JF, et al**. The SCOFF questionaire. Assessment of a new screening tod for eating disorders. *BMJ*. December 4, 1999; **319**:1467-8.
- **Josie L, Tenore MS**. Northwestern university Medical School Chicago, Illinois. Challenges in eating disorders: Past and present. *American Family Physician*. August 3, 2001. *El artículo citado , siempre con el excelente orden con el que la revista AFP trata los temas, hace una revisión histórica del tema a tratar. En inglés. Muy recomendable*.
- **Patient Information Handout**: Facts About Anorexia Nervosa, American Family Physician. September 15, 1996.
- **American Psychiatric Association**. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *Am J Psychiatry*, January 2000; 157 (suppl): 1-39.
- **Becker AE, et al**. Eating disorders. *N Engl J Med*, April 8, 1999; **346**:1092-8.
- **Wendy L, Hobbs MD, Jhonson CA**. University of Kansas School of Medicine, Kansas City, Kansas. September 15, 1996, *American Family Physician*. *Estos tres últimos artículos nos meten de lleno en la "tragedia" que supone la anorexia nerviosa , para los propios enfermos que la padecen, pero también para familiares y cuidadores. Tocan todos los aspectos en cuanto a clínica, tratamiento, complicaciones,etc.*
- **Hales R, Yudofsky S, Talbott J**.:"Trastornos de la conducta alimentaria:anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad" en Hales R, Yudofsky S, Talbott : Tratado de Psiquiatria, 3ª ed.,pp987 – 1006 . Masson S.A. España 2000. *Excelente monografía que nos acerca de una manera ordenada a los problemas objeto de esta revisión. Asequible, fácilmente comprensible.*