

# Trastornos del comportamiento alimentario.

## Anorexia y bulimia

DRA. ISABEL GOMEZ BONETT  
MEDICO PEDIATRA  
COORDINADOR CAPITULO MEDICINA DEL ADOLESCENTE  
SOCIEDAD PERUANA DE PEDIATRÍA

### INTRODUCCIÓN:

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA): anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, tienen una gran importancia por sus características clínicas, su gravedad y complejidad. Ambos procesos pueden conducir a la incapacidad y a la muerte prematura.

El tratamiento es multidisciplinario, generalmente prolongado, y son frecuentes las recaídas. En los últimos años, se ha incrementado su prevalencia, llegando a constituir la tercera enfermedad crónica más frecuente en mujeres adolescentes. Estos cuadros están íntimamente relacionados con el cuerpo y el significado social del mismo, con los hábitos y costumbres alimentarias y con las consecuencias de la influencia de los medios de comunicación. Estos medios que difunden la "imagen y cuerpo perfecto", sumados a los problemas propios de la adolescencia con una personalidad en desarrollo son afectados en gran medida por el tratar de imitar a estos modelos, además sumamos el hecho de que los profesionales hoy detectan antes estos trastornos.

Estos pacientes, en general, no piden inicialmente ayuda, sino que llegan a la consulta cuando el proceso ya está establecido; por ello, son esenciales el uso de medidas preventivas y un diagnóstico y tratamiento temprano.

Los trastornos del comportamiento alimentario constituyen en la actualidad un problema de salud pública. En los últimos años se ha incrementado su prevalencia, llegando a constituir la tercera enfermedad crónica más frecuente en mujeres adolescentes.

Se desconoce aún la etiología exacta, se le da una base multifactorial, donde intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales.

Las manifestaciones clínicas y sus complicaciones son graves, llevando al paciente a la cronificación con incapacidad a corto y largo plazos, así como a la muerte prematura.

El diagnóstico y tratamiento temprano, mejoran considerablemente su pronóstico. El tratamiento, según el grado de afectación del paciente, será ambulatorio u hospitalario y debe llevarse a cabo por un equipo multidisciplinario. El inicio de la realimentación, es el paso más importante al inicio del tratamiento, además se deben afrontar las diferentes complicaciones. La prevención y educación en salud, la damos brindando factores protectores y disminuyendo los factores de riesgo, realizando acciones en la consulta, escuela, familia y sociedad.

### ANOREXIA NERVIOSA

La anorexia nerviosa (AN) es una enfermedad psicosomática que se caracteriza por una pérdida ponderal inducida y mantenida por el propio

paciente que le conduce a una malnutrición progresiva y rasgos psicopatológicos peculiares (distorsión de la imagen corporal y miedo a la obesidad). La AN tiene una forma típica o restrictiva y otra purgativa.

## TABLA I

### **Criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria**

#### **ANOREXIA NERVIOSA (F 50.0)**

##### **DSM-IV-TR (2002)**

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)

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación del

peligro que comporta el bajo peso corporal

D. 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:

**Tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejem.,

provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

**Tipo purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejem.,

provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

### **Criterios diagnósticos para la ANOREXIA NERVIOSA**

#### **CIE-10**

A. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento

B. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de 1) evitación del consumo de "alimentos que engordan", y por uno o más de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos

C. Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal

D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamico-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida de interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina

E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía Se utiliza el diagnóstico de anorexia nerviosa atípica para los casos en los que falta una o más de las características principales de la AN, como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característicos .

## BULIMIA NERVIOSA

La bulimia nerviosa (BN) se define por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos (atracones) junto con una preocupación exagerada por el control del peso corporal, lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la excesiva ingesta. Los cuadros bulímicos se dividen en purgativos y no purgativos.

### TABLA II

**Criterios para el diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria**  
**BULIMIA NERVIOSA (F 50.2)**  
**DSM-IV-TR (2002)**

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. 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 de tiempo similar y en las mismas circunstancias
2. 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)

B. 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

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana

durante un periodo de 3 meses

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 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 provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en

exceso

**Criterios diagnósticos para la BULIMIA NERVIOSA**

**CIE-10**

A. Preocupación por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos,

presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo

B. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos:

vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos intercalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del

apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su

tratamiento con insulina

C. La psicopatología consiste en miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al

que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia pero no siempre, existen antecedentes previos

de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse

de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase

transitoria de amenorrea

Al igual que ocurre con la AN, se utiliza el diagnóstico de bulimia nerviosa atípica para los casos en los que faltan una o más de las

Existen otros cuadros que comparten algunas características típicas de la AN y BN pero que no llegan a completar todo el cuadro clínico.

Están los denominados cuadros subclínicos, incompletos, parciales o no especificados, y atípicos (EDNOS). Cumplen criterios de anorexia pero no tienen amenorrea o el peso se mantiene normal, cumplen criterios de bulimia pero los atracones y las conductas compensatorias ocurren menos de dos veces en semana, entre otras.

El trastorno por atracón (Binge Eating Disorders, BED) que incluye tener atracones (comer en un período de tiempo una cantidad de comida mayor que lo que la mayoría de la gente comería en un período y circunstancias similares) dos días por semana en un período de 6 meses. Se asocia con una falta de control sobre el comer y preocupación por el atracón. Los atracones asociados al BED deben tener al menos tres de los siguientes cinco criterios:

- Comer más rápidamente de lo normal.
- Comer hasta sentirse lleno e incómodo.
- Comer grandes cantidades de comida cuando no se siente hambre.
- Comer a solas para esconder su voracidad.
- Sentirse disgustado, deprimido o muy culpable tras comer demasiado.

## **EPIDEMIOLOGÍA**

Clásicamente se ha asumido que los casos de esta patología se distribuyen de forma no homogénea en la población y que los pacientes que presentan signos y síntomas clásicos de anorexia y bulimia son en un 90% de los casos de sexo femenino, en un 95% de raza blanca y en un 75% adolescentes, siendo la mayoría de nivel socioeconómico medio-alto.

Actualmente parecen afectar por igual a todos los estratos sociales, afectando a niñas cada vez más jóvenes y a mujeres de mayor edad. Parece que la tendencia de estos trastornos ha ido en aumento en prevalencia e incidencia.

Se estima que entorno al 0,5-1% de las niñas adolescentes desarrollan AN y hasta un 5% de las mujeres jóvenes desarrollan BN. Hasta un 15% de adolescentes tienen comportamientos de atracón/purgación en algunas ocasiones, llegando sólo un 2 % a cumplir criterios de BN. Ésta alteración se da con mayor frecuencia en pacientes con sobrepeso y tienen peor pronóstico las de inicio tardío.

## **ETIOPATOGENIA**

La etiología exacta de la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) se desconoce, aunque hoy en día, se sostiene una hipótesis multifactorial en la que intervienen factores socioculturales, una predisposición psicológica y determinados factores biológicos.

### **1. FACTORES SOCIOCULTURALES**

La vulnerabilidad social para presentar trastornos en el comportamiento alimentario tipo AN está claramente ligado al culto de la imagen y al asociar la delgadez con la belleza, el equilibrio y la perfección de la mujer. Esto, unido a la experimentación de los propios cambios corporales que surgen en la pubertad, hacen del adolescente el personaje idóneo para presentar este tipo de trastornos, llevándoles en ocasiones a sentir insatisfacción con su propia imagen corporal. Se está viendo que este sentimiento de insatisfacción cada vez se da más en pacientes de menor edad.

La desnutrición inducida por este comportamiento es el principal factor perpetuante del cuadro. Otro factor de riesgo es el entorno en el que se encuentre el paciente, así las profesiones en las que se estimula la delgadez, como los profesionales de la danza, atletismo y gimnasia, o los modelos de las pasarelas, tienen mayor riesgo de presentar esta patología.

## **2. FACTORES PSICOLÓGICOS**

Se ha comprobado que las personas con determinados rasgos de personalidad son más propensas a desarrollar esta patología. Los rasgos de timidez, perfeccionismo, rigidez, baja autoestima, rasgos depresivos, comportamiento obsesivo/compulsivo y ser dubitativo se asocian a un aumento en el riesgo.

Cuando los niños experimentan estrés por separación sin tener suficiente madurez durante la primera etapa de la vida, al llegar a la adolescencia no están preparados para establecer su identidad propia autónoma y tratan de ganar esta autonomía mediante el control y manipulación de su propia dieta/ejercicio e imagen corporal. Las familias de los pacientes también tienen determinadas características como tener excesiva sobreprotección o excesiva rigidez y una falta de resolución de problemas.

Existe una asociación clara entre los Trastornos de Comportamiento Alimentario y distintos trastornos de ansiedad (ej. Trastorno obsesivo-compulsivo) y del humor (ej. depresión mayor). Es muy frecuente el que se encuentren antecedentes no solo personales sino también familiares (de 1er grado) de depresión mayor.

## **3. FACTORES BIOLÓGICOS**

Se sostiene la hipótesis de la existencia de una alteración en el hipotálamo, hipófisis y ciertos neurotransmisores que explican la causa biológica primaria del comportamiento anómalo, aunque probablemente la mayoría de las alteraciones sean secundarias a la desnutrición. Se ha demostrado que los niveles de serotonina y su metabolito (5-hidroxiindolacético), están disminuidos en pacientes con TCA, y que tras la recuperación de peso, se normalizan. La serotonina modula la sensación de saciedad. Los antagonistas de serotonina inhiben su receptor y por tanto estimulan la ingesta y ganancia ponderal. Las disregulaciones premórbidas de serotonina son un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones en el comportamiento alimentario.

La leptina disminuye en este tipo de trastornos ya que se secreta por las células grasas. Se ha demostrado una recuperación a niveles normales antes de la recuperación total del peso, ello explicaría la dificultad de ganar peso y tejido adiposo en algunos pacientes en recuperación nutricional.

## **SIGNOS Y SINTOMAS**

Los signos y síntomas que presentan los pacientes están ligados a los hábitos y comportamientos que adoptan para controlar su peso. Se presentan con clínica secundaria al inadecuado aporte energético y al abuso de diuréticos, laxantes y vómitos.

**TABLA III**

Síntomas de inadecuado aporte energético		
Físicos		Psíquicos
Amenorrea	Hipotermia	Irritabilidad
Pies/manos frías	Acrocianosis	Depresión
Estreñimiento	Bradicardia/prolapso mitral	Falta de Concentración
Piel seca	Hipotensión/Hipotensión ortostática	Retraimiento social
Caída de pelo	Hipotrofia muscular	Obsesiones (comida)
Cefalea	Edema	Baja autoestima
Letargia	Lanugo	Necesidad de admiración
Anorexia	Subictericia	

Signos y síntomas por conducta de "atrachón alimentario"		Signos y síntomas por conductas compensadoras	
Físicos	Psíquicos	Físicos	Psíquicos
Ganancia ponderal	Culpa	Pérdida de peso	Culpa
Empacho	Depresión	Erosiones dentales (perimólisis)	Depresión
Letargia	Ansiedad	Hipovolemia	Ansiedad
Aumento del tamaño glándulas salivales (bilaterales)		Ulceraciones en nudillos de la mano (signo de Russell)	Confusión
Irregularidades menstruales		Diarrea/nauseas	
		Cefalea/mareos	
		Alteraciones electrolíticas (alcalosis metabólica con hipo K e hipo Cl)	

Cuando se sospecha una alteración en el comportamiento alimentario se debe realizar una entrevista cuidadosa que establezca la presencia/ausencia de criterios de la misma, como pérdida ponderal, el miedo a engordar, la fobia a la obesidad, la preocupación con la comida, la distorsión de la imagen corporal y la irregularidad menstrual. La información adicional obtenida de familiares y

amigos puede ser interesante, siendo en ocasiones de mayor valor que los ofrecidos por el paciente. No se debe categorizar ni manifestar prejuicios a lo largo de la entrevista. Tenemos que lograr ganar la confianza del paciente, valorando su sufrimiento y considerándola como un “todo”, no solo como una “anoréxica”; nuestros pacientes son los jueces más exigentes y críticos de nuestra actividad. A todos se les debe valorar el “posible riesgo suicida”.

## **FASES DEL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD**

### **ANOREXIA NERVIOSA:**

En la **fase prodrómica**, suele haber un malestar psicológico por las dificultades del adolescente para afrontar situaciones personales o de relación con el entorno.

En la **fase de inicio**, se produce la restricción alimentaria con la pérdida de peso que va evolucionando de forma insidiosa. A veces, la adolescente, con o sin ayuda médica, se da cuenta del problema y vuelve a alimentarse (formas frustradas).

En la **fase de estado**, la restricción alimentaria y pérdida de peso se acompañan de una conducta alimentaria anormal: esconder y desmenuzar alimentos, rechazos selectivos, intervenir en la cocina, aumentar o disminuir la ingesta de líquidos o aumento del ejercicio físico que llega a hacerse compulsivo. Hay una insatisfacción y distorsión de la imagen corporal. El cuerpo en general y determinadas partes del mismo (muslos, caderas, abdomen) son consideradas voluminosas y generan ansiedad. A pesar de esto, perciben bien a los demás. Hay obsesión por la silueta, el peso y la comida. El miedo a incrementar su peso se hace fóbico y tiende a aumentar a medida que descende el peso real. Es común la sintomatología ansiosa y depresiva.

La aparición de amenorrea suele coincidir con el inicio de la malnutrición, aunque puede ser previa o posterior a la pérdida de peso. Una vez establecida la malnutrición, pueden alterarse todos los órganos y funciones. Los primeros síntomas son: hipotermia, bradicardia, deshidratación, palidez, mareos, piel seca y descamada, aparición de lanugo en brazos y espalda, pérdida de cabello, estreñimiento y debilidad muscular. Al progresar, el cuadro se va agravando, pudiendo llegar a la muerte.

### **BULIMIA NERVIOSA**

En la **fase de inicio**, las bulimias parciales permanecen años sin ser descubiertas. Deben asociarse varios factores emocionales para que la adolescente se descontrole.

En la **fase de estado**, el peso es normal o hay sobrepeso. La mayoría tienen antecedentes de sobrepeso. El episodio bulímico (atracción-vómito) suele iniciarse críticamente con hambre, malestar y ansiedad crecientes. Concluido el atracón, se generan sentimientos de culpa y autodesprecio que sólo se va a mitigar compensando el exceso ingerido mediante los vómitos autoinducidos inmediatos y otras prácticas más demoradas en el tiempo, “planificadas”, como:

vómitos, uso de laxantes, enemas y diuréticos, ayuno, ejercicio excesivo que, junto con las alteraciones nutricionales, dan lugar a las alteraciones biológicas. El atracón y estas medidas se realizan de manera oculta.

La preocupación por la silueta y el peso son similares a la AN y hay también distorsión de la imagen corporal. En casos de larga evolución, se observan alteraciones, como: erosiones dentarias, inflamación de las glándulas salivares (parótidas), callosidades en las manos por provocarse el vómito (signo de Russell), hemorragias conjuntivales, esofagitis, diarreas y alteraciones menstruales e hidroelectrolíticas, entre otras

## COMPLICACIONES

### TABLA IV

<p><b>1. Hematológicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Anemia: normocrómica, normocítica o microcítica asociada a ferropenia</li><li>- Leucopenia, linfocitosis relativa, trombocitopenia</li><li>- Médula ósea hipocelular</li><li>- Disminución de proteínas plasmáticas, disminución de la VSG</li></ul> <p><b>2. Gastrointestinales</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hinchazón de glándulas salivares, caries dental y erosión del esmalte</li><li>- Dilatación gástrica, retraso del vaciamiento gástrico, estreñimiento, diarrea por abuso de laxantes, obstrucción intestinal</li><li>- Esofagitis, reflujo G-E, úlceras esofágicas, hematemesis, ruptura de esófago</li><li>- Pancreatitis, hepatomegalia (esteatosis hepática)</li></ul> <p><b>3. Metabólicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Disminución de la tasa metabólica basal</li><li>- Hipotermia, deshidratación</li><li>- Alteraciones electrolíticas (hipocaliemia, hipomagnesemia, hipocalcemia e hipofosfatemia)</li><li>- Hipercolesterolemia e hipercarotinemia, déficit de cinc y de cobre</li><li>- Hipoglucemia y elevación de las enzimas hepáticas</li><li>- Amilasa aumentada la fracción salival por la hipertrofia glandular en pacientes con vómitos</li></ul> <p><b>4. Cardiovasculares</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hipotensión postural, bradicardia, arritmias, alteraciones ECG: prolongación QTc, bradicardia, alteración del ST, inversión onda T</li><li>- Disminución del tamaño cardíaco</li><li>- Respuesta al ejercicio alterada</li><li>- Derrame pericárdico, fallo cardíaco congestivo</li><li>- Síndrome de la arteria mesentérica superior</li><li>- Prolapso mitral</li></ul> <p><b>5. Endocrinológicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Retraso del crecimiento y desarrollo puberal (adolescentes)</li><li>- Disminución de gonadotropinas, estrógenos y testosterona. Amenorrea</li><li>- Síndrome eutiroides: T4 normal o disminuida, T3 disminuida, aumento de T3 inversa (&lt; actividad metabólica), TSH basal normal con respuesta retardada al estímulo con TRH.</li><li>- Incremento del cortisol</li><li>- Aumento o disminución de la hormona de crecimiento y disminución de los factores de crecimiento</li><li>- Hipoplasia del aparato genital interno</li></ul> <p><b>6. Neurológicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Atrofia cerebral (TAC, RNM)</li><li>- EEG anormal</li><li>- Neuritis periférica</li><li>- Convulsiones</li><li>- Actividad autonómica alterada</li></ul> <p><b>7. Renales</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Azotemia pre-renal</li><li>- Fallo renal agudo o crónico</li></ul> <p><b>8. Músculo-esqueléticas</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Calambres, tétanos, debilidad muscular, miopatía</li><li>- Osteopenia, osteoporosis, fracturas por estrés</li></ul> <p><b>9. Inmunológicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Infección bacteriana como estafilococia pulmonar, tuberculosis (en estadios muy avanzados y graves).</li></ul>
--

- Disminución de Ig G y A y factores del complemento C3 y C4 (casos agudos)
- Baja respuesta a los tests cutáneos de hipersensibilidad retardada
- Alteración de las subpoblaciones linfocitarias CD3, CD4 y CD57

#### **10. Dermatológicas y orales**

- Piel seca, en ocasiones coloración anaranjada en palmas y plantas (carotinemia)
- Pelo y uñas quebradizas, pérdida de pelo, lanugo
- Abrusiones y callos en dorso de las manos (signo de Russel)
- Edemas, hematomas, púrpura, acrocianosis
- Erosiones del esmalte dental

## **DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Los criterios diagnósticos definidos por la Academia Americana de Psiquiatría DSM-IVTR y los dados por la OMS, CIE10 pueden verse en las tablas I y II.

La detección de un cuadro incipiente nunca debe considerarse como algo leve, la acción debe ser inmediata ya que esta patología puede evolucionar muy rápidamente. Los adolescentes que realizan dietas anormales tienen siete veces más riesgo de desarrollar un TCA. Por otro lado, los pacientes con estos trastornos intentan ocultarlos y el hecho de que nieguen los síntomas no descarta la enfermedad. Los pacientes con BN pueden ser más difíciles de diagnosticar, ya que usualmente no se acompañan de una pérdida extrema del peso a diferencia de la AN.

Los niños y adolescentes pueden mostrar síntomas de dificultades alimentarias secundarias a otros problemas psicopatológicos, como trastorno del espectro autista, fobias o depresión.

Para el diagnóstico, es necesario realizar una historia clínica completa al joven y a los familiares, un examen físico y demás exámenes complementarios, además de una valoración nutricional y psiquiátrica.

## **HISTORIA CLINICA**

Debemos indagar durante la entrevista:

Historia Clínica de la enfermedad actual

Historia del peso: Peso previo, peso mínimo, rapidez de la pérdida, peso deseado.

Historia dietética: Atracones, vómitos, alimentos prohibidos, manías.

Historia del deporte y ejercicio realizado

Historia menstrual: Menarquia, regularidad, amenorrea

Repaso de distinta sintomatología: Mareos, diarrea, piel seca, intolerancia al frío, caída del pelo, síndrome de Raynaud

Historia familiar, social y escolar.

Sintomatología psicológica: Buena adaptación en el colegio, pérdida de amigos  
Siempre se debe descartar patología orgánica que pueda manifestarse de forma similar, como son la enfermedad inflamatoria intestinal, las enfermedades tiroideas, la diabetes mellitus, las infecciones crónicas y las enfermedades malignas (entre otras), así como descartar patología psiquiátrica de base como el trastorno psicótico y el consumo de tóxicos. No hay que olvidar que en ocasiones pueden coexistir las dos patologías.

## **EXAMEN CLINICO :**

- Peso y talla actuales (percentiles).

- Funciones vitales: tensión arterial, temperatura, pulso, cambios ortostáticos.
- Índice de masa corporal (IMC)
- Los hallazgos físicos variarán según el estado del paciente, desde la normalidad hasta una importante afectación del estado general.

## EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

**TABLA IV**

### 1. Pruebas de inicio

- Hemograma completo con VSG
- Glucemia, urea, creatinina
- Transaminasas, fosfatasa alcalinas
- Colesterol, triglicéridos
- Proteínas totales, albúmina
- Hierro, ferritina
- Electrolitos, gasometría
- T3 libre, T4 libre, TSH
- Análisis de orina
- Mantoux
- ECG

### 2. Pruebas opcionales

- Estudio endocrinológico: FSH, LH, prolactina, 17 beta-estradiol
- Estudio hematológico
- Estudio digestivo: sangre oculta, grasa en heces, pHmetría
- Estudio radiológico: radiografía de tórax, edad ósea, ecocardiograma, ecografías abdominal y pélvica, densitometría ósea, TAC y RNM cerebral
- Estudio inmunológico: inmunoglobulinas, complemento
- Estudio neurológico
- Amilasa (fracciones salival y total)
- Test de embarazo

El diagnóstico de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) es clínico. No existe ningún test de laboratorio que confirme el diagnóstico. Es importante realizar la analítica estrictamente necesaria, evitando pruebas e interconsultas a múltiples especialistas, que normalmente confirmarán las secuelas de la malnutrición y que pueden contribuir en la dificultad de coordinación y manejo de estos pacientes que se “diluyen” en el sistema sanitario.

### Valoración endocrina:

Las alteraciones que se pueden encontrar se deben a la pérdida de peso y a la puesta en marcha de mecanismos para el ahorro energético.

Hormonas tiroideas: TSH normal, T4 normal y T3 disminuida.

Hormona de crecimiento: GH normal o algo elevada con somatomedina C disminuida.

Gonadotropinas: FSH disminuida o en rango bajo normalidad. LH disminuida durante el día con picos nocturnos (patrón de secreción prepuberal). Estradiol y testosterona están disminuidas.

Cortisol: niveles normales o levemente aumentados.

### Valoración bioquímica:

Las alteraciones, si existen, se deben a la malnutrición y uso de laxantes/diuréticos.

Glucosa: normal o baja (debido a déficit de precursores o reservas escasas).  
BUN: Variable; entre alto (debido a deshidratación) y bajo (por disminución en la ingesta proteica).

Electrolitos: Puede haber hipofosfatemia, hipomagnesemia, hipocalcemia e hipopotasemia, así como una alcalosis metabólica, debido todo ello al uso de laxantes/diuréticos o vómitos.

Colesterol: Aumentado o en el límite alto de la normalidad.

Albúmina: Normal generalmente, debido a que la ingesta de los pacientes suele tener proteínas escasas pero de alta calidad.

### **Valoración hematológica:**

Leucopenia con linfocitosis relativa.

Trombocitopenia

Descenso en la VSG (< 4mm/h)

Descenso en niveles de complemento (C3)

Anemia (hallazgo a largo plazo)

### **Valoración cardíaca:**

Se puede observar:

Alteraciones electrocardiográficas como inversión de onda T, bradicardia o depresión del segmento ST.

Disminución tamaño cardíaco.

Prolapso de válvula mitral.

### **Valoración nutricional**

Se realizará mediante una historia dietética, examen físico, datos antropométricos y de laboratorio.

## **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:**

### **TABLA V**

#### **1. Con cuadros orgánicos**

- Tumor cerebral
- Hipopituitarismo
- Problemas gastrointestinales
  - Enfermedad inflamatoria crónica (Crohn, colitis ulcerosa)
  - Acalasia
  - Enfermedad celíaca
- Patología endocrina
  - Diabetes mellitus
  - Hipertiroidismo
  - Enfermedad de Addison
- Cualquier tipo de cáncer
- Lupus eritematoso
- Infección (por ejem., tuberculosis)
- Abuso de drogas

#### **2. Con cuadros psiquiátricos**

- Estrés severo
- Ansiedad
- Fobias a atragantarse o a tragar
- Dismorfofobia
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Depresión

- Trastorno paranoide con temor a ser envenenado
- Somatización
- Psicosis

Es necesario descartar patologías orgánicas y psiquiátricas.

## TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

El tratamiento de los TCA debe ser integral, abordando la nutrición (realimentación, educación, obtención y mantenimiento de un peso adecuado), las posibles complicaciones médicas, así como los aspectos psiquiátricos del paciente y de la familia. Es necesario tratar desde el inicio la malnutrición para poder iniciar la intervención psicológica y psiquiátrica.

Las alteraciones psicológicas pueden tardar en desaparecer tras haber conseguido la recuperación del peso.

## MANEJO INICIAL

### TABLA VI

- El abordaje diagnóstico y terapéutico debe ser multidisciplinar (pediatra, médico de familia, psiquiatra, psicólogo, nutricionista, enfermera, familia...).
- El médico de atención primaria tiene un papel esencial en la prevención, detección y en la continuidad del tratamiento.
- Es necesario determinar el estado del enfermo, incluyendo el nutricional, para valorar si el tratamiento se realizará de forma ambulatoria, en la mayoría de los casos, o ingresado en el hospital.
  - Se debe establecer una relación de confianza con el enfermo y los padres. El médico debe explicar la importancia de la enfermedad, sus posibles consecuencias y cómo se va a realizar el tratamiento, tanto a corto como a largo plazo.
- El tratamiento será integral (nutricional, psicológico y de las complicaciones) y, según el grado de afectación del paciente, se hará de forma ambulatoria u hospitalaria. Debe llevarse a cabo por un equipo multidisciplinar coordinado, pudiendo llegar a ser muy prolongado.
- Según la situación del paciente, se adaptará el tratamiento considerando siempre los aspectos éticos y legales:
1. TCA leve: multidisciplinar con participación activa del joven y la familia.
  2. TCA moderado: multidisciplinar sobre la nutrición, educación y psicoterapia con pactos.
  3. TCA grave: hospitalización con pérdida de autonomía para el tratamiento de los problemas nutricionales y psiquiátricos.

## CRITERIOS DE HOSPITALIZACION

### TABLA VII

#### **Anorexia nerviosa**

- Desnutrición severa (pérdida de más del 30% del peso previo o pérdida acelerada de peso)
  - Trastornos hidroelectrolíticos severos
  - Constantes biológicas muy inestables: tensión arterial (menor de 80/50), pulso (menor de 50 lat/ min en el día o 45 lat/ min en la noche). Hipotermia (< 34,5 °C).
- Cambios ortostáticos (pulso > 20 lat/ minuto y TA > 10 mm Hg). Arritmia
- Complicaciones orgánicas graves: síncope, fallo cardíaco, convulsiones, pancreatitis
  - Rechazo a alimentarse

- Fracaso del tratamiento ambulatorio
- Incompetencia y crisis graves familiares
- Urgencias psiquiátricas (ideas autolíticas, psicosis aguda)

#### **Bulimia nerviosa**

- Trastornos hidroelectrolíticos severos (K < 3,2 mmol/L, Cl < 88 mmol/L)
- Complicaciones orgánicas graves: síncope, rotura de esófago, arritmias, hematemesis, vómitos intratables...)
- Negativa a seguir el tratamiento
- Fracaso del tratamiento ambulatorio
- Incompetencia familiar (inestable, conflictiva)
- Grave descontrol de impulsos (adicciones, cleptomanía...)
- Psicopatología grave (ideas autolíticas, depresión mayor, psicosis)

## **Tratamiento nutricional y de las complicaciones**

### **Anorexia nerviosa : Renutrición/realimentación**

- Se debe enseñar al paciente y a su familia a alimentarse de forma adecuada, explicando cuáles son los requerimientos necesarios para el mantenimiento del organismo, ganar peso, un óptimo crecimiento y desarrollo y para la actividad física.
- El paciente debe comprender y aceptar que tiene una enfermedad, así como la necesidad de obtener un peso aceptable. El peso a conseguir debe ser individualizado basado en la edad, talla, estado puberal y peso anterior al trastorno. Se le debe asegurar que no se le va a engordar, que se trata de obtener, con una dieta equilibrada, el mínimo peso necesario para llevar una vida normal.
- La prescripción calórica será individualizada. Se puede iniciar, según se sienta capaz el paciente, con una dieta de unas 1.000-1.500 kcal/día (30-40 kcal/kg) y se va incrementando progresivamente según la evolución del peso, aumentando 100-200 calorías cada 3-7 días. Un rango normal de ganancia sería de 250-500 g/semana en pacientes ambulatorios y 0,9-1,4 kg en pacientes ingresados. A veces, serán necesarias ingestas de 3.000 calorías o mayores, para lo que se pueden añadir suplementos/batidos con elevado aporte calórico.
- Es esencial que el médico organice la alimentación, los horarios y reposos de acuerdo con el paciente. La confección de la dieta será responsabilidad de los padres, mientras que la del paciente será alimentarse de forma adecuada (sentado a la mesa sin TV y con un orden de platos adecuado).

Es necesario tener presente que determinados medicamentos (antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, macrólidos y algunos antihistamínicos) pueden producir complicaciones cardíacas en estos pacientes, como alargamiento del espacio QTc.

El aporte de suplementos de calcio (1.200-1.500 mg/día) y vitamina D (400 UI/día) y la realización de ejercicio físico moderado.

### **Bulimia nerviosa:**

- Adquirir comportamientos alimentarios normales: no debe saltarse comidas, ni comer entre horas; evitar las restricciones que conducen a atracones; introducir progresivamente las comidas evitadas; no tener o tener limitada en casa la comida "peligrosa".

- Pactar un número de calorías no demasiado alto, para que no tema engordar, ni demasiado bajo para que no recurra a los atracones. Si necesita perder peso, la dieta que utilice no debe ser inferior a 1.500 calorías
- Controlar los episodios bulímicos y normalizar la ingesta. Puede ser útil usar una dieta y planificar las tomas con intervalos no superiores a 3 horas
- Identificar los momentos más propicios para los atracones, como tras un ayuno riguroso, ante un determinado estrés, al estar solos y planificar actividades para eliminar el círculo vicioso atracón-purga-restricción.

### **Tratamiento psiquiátrico:**

### **Tratamiento psicológico:**

Debe realizarse conjuntamente con el tratamiento médico y nutricional. El paciente con AN en estado avanzado no podrá beneficiarse del tratamiento psicológico sin corregir el estado de nutrición, ya que un aspecto importante de su psicopatología está relacionado con la desnutrición.

El abordaje psicoterapéutico puede ser individual, grupal y/o familiar. Todos los modelos tienen logros y limitaciones; su utilización dependerá de la etapa de enfermedad y de las características individuales/familiares. En los últimos años, la terapia cognitivo-conductual parece ser la más efectiva en el tratamiento de la AN, pero, a día de hoy, la evidencia científica no es clara. Las intervenciones familiares deben ser ofrecidas a niños y adolescentes con AN (Evidencia B). Es importante la psicoeducación del paciente y su entorno para restaurar su vida familiar y social tras la crisis producida por la enfermedad.

En la BN, la psicoterapia es el tratamiento central, apoyado por el uso de psicofármacos en la mayoría de los casos y de un control médico de las complicaciones.

El tratamiento más eficaz parece ser el cognitivo-conductual.

### **Tratamiento psicofarmacológico:**

En la AN no existe un tratamiento específico sino el de sus complicaciones psiquiátricas.

Se han usado antidepresivos,neurolépticos sedantes y benzodiazepinas como ansiolíticos. Se evitarán estas últimas por su potencial adictivo. Sobre la utilización de antidepresivos en el tratamiento de la AN, la evidencia es muy limitada.

En la BN, los antidepresivos reducen la frecuencia de los atracones y las medidas purgativas, pero el efecto a largo plazo es desconocido. Los más utilizados son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, no sólo por su acción antidepresiva y frente a la obsesividad, sino porque también producen sensación de saciedad y plenitud regulando la sobreingesta.

### **SEGUIMIENTO:**

El seguimiento de estos pacientes dependerá del estado general y de cómo evolucionan.

Al principio los controles serán más frecuentes y posteriormente se irán espaciando. En cada visita, es aconsejable realizar control nutricional, educación y valorar la evolución psicológica. Se debe realizar la exploración física con las medidas antropométricas y constantes vitales.

La realización de analítica dependerá del estado del paciente y la valoración de la edad ósea se realizará en adolescentes durante el desarrollo puberal. La densitometría ósea se llevará a cabo si persiste una amenorrea de más de 6 meses-un año o si previamente estaba alterada.

La transición entre servicios (cambio de domicilio, estudios, cambio de pediatría a servicio de adultos) es difícil y es necesario asegurar que se continuará el control.

### **EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO:**

Durante el primer año, las crisis son frecuentes en pacientes con AN y posteriormente la mayoría progresan favorablemente.

Estudios en adolescentes han observado que el 70-90% de las pacientes se recuperan a los 5 años, siendo la mortalidad temprana del 5% a los 5-8 años de evolución, dato que aumenta al 13-20% a los 20 años de seguimiento. Un reciente estudio de seguimiento durante 21 años, en 77 pacientes, observó que el 56% se habían curado completamente, un 20% presentaban recuperación parcial, un 10% mantenían signos clínicos de enfermedad y el 16% habían fallecido por causas relacionadas con la enfermedad. Las jóvenes con AN tienen unas 10 veces mayor mortalidad que las jóvenes sin el trastorno y un mayor riesgo de tener fracturas a lo largo de su vida. La escala más ampliamente usada para valorar la evolución en pacientes con AN es la de Morgan Russel, que abarca el estado nutricional, la función menstrual, el estado mental, el ajuste sexual y el estado socioeconómico.

La bulimia nerviosa suele evolucionar con remisiones y recaídas. Un estudio reciente con 2.200 pacientes observó que, a los 10 años de evolución, el 50% se habían recuperado, un 30% tenían recaídas a los 4 años y el 20% nunca se habían recuperado. La mortalidad fue del 0,3%.

### **Factores de buen pronóstico:**

Un diagnóstico y tratamiento precoces, ingreso permanente hasta recuperar el 90-92% de su peso ideal y recibir el tratamiento, tanto ambulatorio como ingresado, en unidades de adolescentes en vez de en unidades exclusivamente psiquiátricas.

La desaparición de la clínica no es sinónimo de curación y debe mantenerse la vigilancia durante un tiempo.

### **Factores de mal pronóstico:**

Larga evolución, muy bajo peso al inicio del tratamiento (AN), malas relaciones familiares, antecedente de abuso sexual, ejercicio compulsivo, conductas purgativas, ingesta de tóxicos y obesidad previa (BN).

## ACTIVIDADES DEL PEDIATRA Y MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

### PREVENCIÓN

#### Prevención de los TCA

Realizando educación para la salud en la consulta, escuela, familia y medios de comunicación e influyendo en las modas y a nivel legislativo. Es necesario estar alerta sobre los factores y poblaciones de riesgo que se han comentado. Los pediatras pueden realizar educación para la salud a los niños y adolescentes, ayudándoles a modificar conductas y actitudes y estableciendo hábitos de vida saludables, tanto en las poblaciones de riesgo como en la población general.

Ayudar al desarrollo de su autoestima y autoimagen, a favorecer la comunicación con los demás, la capacidad crítica ante las modas y la influencia de los medios de comunicación.

Es importante contar con la colaboración de los padres, enseñándoles a promover la comunicación y el afecto en la familia (comer juntos), aceptar los cambios biopsicosociales de sus hijos, las nuevas relaciones sociales y a resolver conflictos. Igualmente, enseñar a sus hijos a tener autonomía, valores y pautas de conductas adecuadas

#### Detección precoz del trastorno

### INDICIOS DE SOSPECHA DE ENFERMEDAD TCA

#### TABLA IX

##### Indicios físicos de sospecha

- Pérdida de peso de origen desconocido en jóvenes, sobre todo, en mujeres
- Fallo del crecimiento normal para la edad y sexo
- Irregularidades en la menstruación/ amenorrea
- Lesiones deportivas que no curan, fracturas (ejercicio físico excesivo)
- Osteoporosis en jóvenes
- Dolor abdominal, mareos, "lipotimias"
- Problemas gastrointestinales de repetición
- Alteraciones dentarias
- Hipertrofia parotídea
- Lanugo, pérdida de cabello
- Lesiones en manos, mala circulación

##### Indicios conductuales de sospecha

- Especial forma de comer: cortar comida en muchos trozos, distribuirlos en el plato, masticar mucho tiempo, quitar la grasa, esconder y tirar comida, eliminar alimentos autoprohibidos, saltarse comidas, no comer en público, cocinar alimentos que luego no come
- Realizar 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 ciertas partes del cuerpo, uso de ropas holgadas
- Preocupación constante por su peso y sus formas
- Creencia irracional sobre la alimentación, el peso, el ejercicio y su imagen
- Mentir sobre lo que come y excusas para no comer
- Ser muy exigente y crítica consigo misma y con los demás
- Aislamiento de amigos y compañeros
- Depresión
- Aumento de actividad y horas de estudio

## **BIBLIOGRAFIA**

1. TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA – ANOREXIA Y BULIMIA – M.I HIDALGO VICARIO, M. GUEMES HIDALGO – *Pediatr integral* 2008 XII (10) 959-972 – España
2. PREVALENCIA DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES MUJERES ESCOLARES DE LA REGION METROPOLITANA – MARIA LORETO CORREA, TAMARA ZUBAREW, PATRICIA SILVA, MARIA INES ROMERO, *Rev. Chil. de Pediatría*, 77 (2), 153-160, 2006 – Chile
3. TRASTORNOS DE ALIMENTACION- PALOMA GASCON Y PILAR MAGOLLON, GUIA PARA LA PREVENCION DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (ANOREXIA Y BULIMIA), 2008
4. TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (ANOREXIA Y BULIMIA), JOSE CASAS RIVERO, MARTA ORTEGA MOLINA, JOSE LUIS IGLESIAS, *Rev. Galega do Encino* No 40 Noviembre 2003