

Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa

PILAR RIOBÓ Y MARIELA NISSENSOHN

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.



Axel Olivares

Aunque los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se encuadran dentro de los trastornos psiquiátricos, su tratamiento requiere la participación de un equipo multidisciplinario. En este trabajo se revisan los conceptos básicos de estos TCA y se destaca la importancia de una correcta terapia médica nutricional en su tratamiento.

Puntos clave

En los últimos años se ha producido un aumento progresivo de los trastornos de la conducta alimentaria. El grupo de población más susceptible es el de mujeres de entre 14 y 24 años. Menos del 10% de los pacientes son varones.

La anorexia nerviosa es un síndrome psiquiátrico multifactorial que se manifiesta por la pérdida voluntaria de peso, la preocupación persistente por el peso y por la figura, el miedo morboso a engordar y la alteración de la percepción de la propia imagen.

La bulimia nerviosa es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta voraz y excesiva, y por una preocupación obsesiva por el peso, lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas o mecanismos compensatorios, tales como vómitos autoinducidos, uso y abuso de laxantes e hiperactividad.

El tratamiento de estos trastornos requiere la participación de un equipo multidisciplinario. Debe corregir la malnutrición energétoproteica, resolver la problemática psicológica que ha desencadenado el trastorno y que lo mantiene, y realizar una reeducación alimentaria.

Epidemiología

En los últimos años ha habido un aumento progresivo de los TCA; en mujeres, la prevalencia es del 4%. Si se incluyen los casos subclínicos, la prevalencia se eleva al 6-8%¹. El grupo de población más susceptible es el de las mujeres de entre 14 y 24 años. Menos del 10% de los pacientes son varones. La bulimia nerviosa (BN) tiene una prevalencia del 1-1,5% en mujeres, y sólo 1 de cada 10 casos son varones, con frecuencia homosexuales o bisexuales. La BN y la forma mixta de desorden alimentario son los más comúnmente encontrados en la práctica clínica. Alrededor del 50% de pacientes con BN tiene antecedentes de haber presentado anorexia nerviosa (AN). La AN tiene una incidencia de 5 a 10/100.000 habitantes y una prevalencia del 0,25-0,50% en mujeres. Además, es causa de muerte en 5-10% de los casos, y deteriora la vida personal, familiar y social del paciente, ocasionando retraso escolar y laboral, aislamiento afectivo y social e infertilidad. La clasificación de los TCA¹ se muestra en la tabla 1.

La AN es un síndrome psiquiátrico multifactorial que se manifiesta por la pérdida voluntaria de peso corporal (índice de masa corporal [IMC] < 17,5). La preocupación persistente por el peso y por la figura, el miedo morboso a engordar y la alteración de la percepción de la propia imagen (dismorfofobia) constituyen las alteraciones psicopatológicas. Para conseguir esta pérdida ponderal el paciente inicia restricciones dietéticas, evitando alimentos que "engordan", especialmente, carbohidratos y grasas; en ocasiones llega a provocarse el vómito, a realizar

Tabla 1. Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria

Anorexia nerviosa

Anorexia restrictiva o típica. Aquella que afecta a personas que, mediante restricciones alimentarias autoimpuestas extremas, logran bajar de peso hasta enfermar

Anorexia purgativa. Típica de personas que no pueden acceder al enorme autocontrol alimentario y utilizan vómitos y/o laxantes y/o diuréticos para adelgazar

Bulimia nerviosa

Cuando la persona fracasa en su intento de autorrestricción alimentaria y vive para comer (a escondidas), dispuesta a todo para no aumentar de peso. Se suceden ingestas masivas y vómitos u otros mecanismos compensatorios para no engordar

Formas mixtas o bulimarexia

Aquellas en que se alternan anorexia y bulimia

Cuadros incompletos o atípicos

Constituyen hoy motivo de especial discusión por su supuesta menor gravedad, su pronóstico menos conocido y su abordaje terapéutico

- ejercicio físico excesivo, a usar y abusar de laxantes o de diuréticos, etc. Suelen tener sintomatología depresiva, sentimientos de insuficiencia, baja autoestima, aislamiento social, angustia y ansiedad. Pese al nombre de la enfermedad, el apetito suele estar conservado.
- La BN es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta voraz y excesiva de grandes cantidades de alimentos en poco tiempo y por una preocupación obsesiva por el peso, lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas o mecanismos compensatorios, tales como vómitos autoinducidos, uso y abuso de laxantes e hiperactividad. Suele ser de difícil detección debido a que no suele existir malnutrición, y se practica en secreto; por esto, la edad de presentación suele ser ligeramente más tardía. La BN puede aparecer como evolución de la AN persistente.

Tabla 2. Criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa (DSM-IV)

- 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 en 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
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea (ausencia de al menos 3 ciclos menstruales consecutivos, o presencia de menstruaciones únicamente con tratamiento hormonal)

Especificar el tipo

- Tipo restrictivo. Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a episodios de ingesta voraz o purgas (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 episodios de ingesta voraz o purgas

Diagnóstico

Los criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) de 1994 (DSM-IV)² se muestran en las tablas 2 y 3. Es importante realizar un diagnóstico diferencial de la pérdida de peso en relación con enfermedad inflamatoria intestinal, hipertiroidismo, enfermedad celíaca, cáncer y diabetes mellitus, enfermedades que pueden coexistir. En la anamnesis se pueden obtener datos sobre el crecimiento, peso habitual, pérdida de peso en relación con el tiempo, hábitos dietéticos, existencia de patología orgánica desencadenante, posibles comportamientos de purga y ejercicio físico, y sobre los factores predisponentes, como los antecedentes familiares de obesidad, etilismo, drogadicción, alteraciones de comportamiento alimentario y enfermedad mental. Se debe valorar el grado de conciencia de la enfermedad y de motivación para la realización del tratamiento, así como la colaboración familiar.

En la exploración, además de la valoración antropométrica alterada (IMC, pliegue cutáneo tricípital y circunferencia muscular del brazo), puede encontrarse bradicardia, hipotensión e hipotermia, piel seca, agrietada y descamada, lanugo en cara y tronco, coloración amarillenta de la piel (por hipercarotinemia), cabello fino, débil y sin brillo, uñas frágiles, acrocianosis y atrofia mamaria. Entre las alteraciones cardíacas se pueden presentar prolapso mitral, disminución de la silueta cardíaca, arritmias o fallo cardíaco en los casos más graves.

En el ámbito digestivo, es posible una sensación de plenitud gástrica, distensión, estreñimiento, meteorismo, regurgitaciones, que pueden ser atribuidos a un trastorno

Tabla 3. Criterios para el diagnóstico de bulimia nerviosa (DSM-IV)

- A. Presencia de episodios de ingesta voraz recurrentes caracterizados por ingesta de alimento en cantidad elevada y en un corto espacio de tiempo, con sensación de pérdida de control sobre la ingesta (no poder parar, etc.)
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, repetidas, para no ganar peso (uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas, provocación de vómito, ejercicio excesivo)
- C. Los episodios de ingesta voraz y conductas compensatorias ocurren al menos 2 veces a la semana durante un período de 3 meses
- D. La autovaloración está influida en exceso por el peso y la silueta corporal
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa

Especificar el tipo

- Tipo purgativo. Durante la bulimia nerviosa el individuo se provoca el vómito, usa laxantes, enemas o diuréticos en exceso
- Tipo no purgativo. Las conductas compensatorias son ayuno o ejercicio intenso

funcional. Es frecuente el abuso de laxantes. En las determinaciones bioquímicas es común encontrar hiponatremia, lo que refleja la potomanía, es hipercolesterolemia, con elevación de LDL, cuya causa se desconoce pero mejora sólo después lograr la recuperación nutricional. La hemoglobina glucosilada se encuentra en el límite inferior de la normalidad, reflejando la depleción del glucógeno hepático y de la neoglucogénesis. Sin embargo, la hipoglucemia severa es signo de mal pronóstico. La función tiroidea suele estar alterada, se observa el Síndrome eutiroideo enfermo: disminución de la T3 por la defectuosa conversión periférica de T4 en T3 y aumento de la reversal-T3, metabólicamente inactiva. El cortisol basal está elevado. En el hemograma se encuentra leucopenia, neutropenia, anemia y trombocitopenia. La biopsia de médula ósea suele mostrar una infiltración grasa con disminución de células progenitoras. La amenorrea es típica. Aparece como resultado de la alteración del patrón de pulsatilidad de las gonadotrofinas. En pacientes con AN los valores de leptina están bajos, y esto se correlaciona con la grasa corporal³. En los pacientes que iniciaron la enfermedad en la fase prepuberal o al comienzo de la pubertad se pueden encontrar retraso en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, de la menarquia y de la talla. Existe una pérdida de masa ósea, rápida y permanente, y sólo "parcialmente" reversible. Los factores implicados en la osteopenia son múltiples y, entre ellos, se encuentra la amenorrea, el aumento de las concentraciones plasmáticas de cortisol y la disminución del IGF-1, sumado a la malnutrición con un déficit en la ingesta de calcio. Las consecuencias son una talla adulta menor y un aumento de las fracturas en estas pacientes⁴. La determinación del gasto energético se puede realizar por calorimetría indirecta; si no es posible, se puede estimar por cualquiera de las fórmulas convencionales (Harris-Benedict, FAO-OMS, etc.)⁵. Si posible, se recomienda realizar estimación del agua

corporal total, masa magra total y masa grasa total medida por bioimpedancia (BIA), aunque no hay, en la actualidad, recomendaciones ni guías para su uso sistemático en este grupo de pacientes⁶. La valoración psiquiátrica debe evaluar el riesgo existente de suicidio o de síntomas depresivos graves. Entre las alteraciones del comportamiento se incluyen aislamiento social, inexpresividad, sumisión, apatía, disminución de la capacidad de concentración y de memorización, preocupación exagerada por la comida, comportamientos alimentarios anómalos, como esconder, desmenuzar, lavar o quitar grasa a los alimentos, interesarse de modo exagerado por temas culinarios y prolongar el tiempo de la comida. En la valoración inicial de los pacientes con BN es importante detallar cómo son los episodios de voracidad alimentaria, si se producen después de períodos de ayuno riguroso (si surgen ante determinadas situaciones, qué sentimientos le acompañan, etc.) y los comportamientos purgativos, como el abuso de laxantes, enemas, diuréticos, fármacos anorexígenos, cafeína y otros estimulantes. En los pacientes que se inducen el vómito puede aparecer hipertrofia parotídea, esofagitis, complicaciones dentales, como erosión del esmalte dental, y aparición de signos cutáneos, como excoriaciones o lesiones en el dorso de las manos y los nudillos. También son frecuentes alteraciones electrocardiográficas, como la prolongación del intervalo QT(c), incluso, en ausencia de valores de electrolitos anormales. Esto puede aumentar el riesgo de taquicardia ventricular y desencadenar la muerte súbita. En los análisis de laboratorio se verán datos de hipopotasemia, con altos valores de bicarbonato y alcalosis hipoclorémica en las vomitadoras, y acidosis hiperclorémica en las que abusan de laxantes. Estos pacientes, a pesar de tener normopeso, pueden presentar cortisol basal elevado e incluso amenorrea, osteopenia y osteoporosis. En la BN es frecuente el abuso de sustancias tóxicas⁷⁻⁸.

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento en los TCA son:

1. Corregir las complicaciones producidas por un peso anormal y por el abuso de purgas.
2. Corregir la malnutrición energeticoproteica en la AN y sus secuelas.
3. Resolver la problemática psicológica, familiar, social y de comportamiento que ha desencadenado el trastorno y que lo mantiene.
4. Evitar las crisis bulímicas mediante el adecuado tratamiento psicoterapéutico-farmacológico.
5. Realizar una reeducación alimentaria.

El tratamiento debe ser multidisciplinario. La posibilidad de ingreso hospitalario se valorará en función de la existencia de complicaciones, del grado de malnutrición o del fracaso terapéutico. Los criterios de hospitalización se muestran en la tabla 4. El seguimiento y el control frecuente son fundamentales.

En la AN se suele limitar el ejercicio físico y ajustar la ingesta calórica a la recuperación ponderal de peso. Se aconsejan dietas progresivas en cuanto a valor calórico y a tipos de alimentos, distribuidas en varias tomas, inicialmente de 30-40 kcal/kg/día (1.000-1.600 kcal/día), aumentando progresivamente. La dieta de mantenimiento deberá ser de 40-60 kcal/kg/día⁹. Puede ser conveniente incorporar preparados comerciales. La nutrición enteral por sonda se reserva para pacientes con grave desnutrición y que no se recuperan con la dieta oral o

para pacientes con vómitos rebeldes, mediante una sonda pospilórica. Los criterios de inicio de la nutrición enteral se muestran en la tabla 5.

En los casos de malnutrición energeticoproteica grave o trastornos de electrolitos se deben extremar las precauciones para evitar complicaciones. La más importante es el síndrome de realimentación. La nutrición parenteral sólo se utiliza en estos enfermos de forma puntual, en situaciones de riesgo vital.

En la BN se debe conocer, mediante encuesta dietética prospectiva de 7 días, en qué consiste la alimentación del paciente, los episodios de ingesta voraz, la posible toma de alcohol y su cantidad, y además el grado de actividad física realizada y se intentarán identificar aquellos alimentos generadores de ansiedad y de crisis bulímicas. Se debe realizar educación alimentaria intentando que el paciente conozca y comprenda los conceptos de dieta equilibrada, en qué consiste la desnutrición energeticoproteica, sus consecuencias y los efectos perjudiciales de la BN. Si bien estas pacientes suelen tener sobrepeso u obesidad, las dietas hipocalóricas no están indicadas. Han de pautarse comidas equilibradas que generen plenitud posprandial. Las calorías de la dieta se ajustarán según necesidades para el peso ideal. La dieta se realizará en tomas frecuentes a lo largo del día, evitando períodos prolongados de ayuno. Se les exige que coman siempre sentados y acompañados y se fijan tiempos máximos para las comidas, vigiladas por una segunda persona. Con la mejoría clínica se permitirá el propio control del paciente.

La amenorrea de la AN mejora cuando mejora el estado nutricional. El tratamiento hormonal debe evaluarse para cada paciente en particular. En los casos en los que la desnutrición es grave y prolongada, la pérdida de masa ósea es difícil de recuperar incluso con tratamiento estrogénico. Se deben indicar vitaminas y minerales suplementarios, en los que se incluyan calcio y vitamina D en dosis adecuadas.

En el tratamiento psicoterapéutico de los TCA, los tratamientos usados pueden ser individuales, grupales, familiares o una combinación de ellos. Actualmente, la terapia cognitivo-conductual parece mostrarse muy eficaz, al menos a corto plazo, para la reducción de los episodios de ingesta voraz, la modificación de las actitudes distorsionadas hacia la figura y el peso. Es importante el refuerzo de su autoestima. Puede ser útil informarles acerca de los efectos de la inanición y

Tabla 4. Criterios de hospitalización

Criterios de malnutrición energeticoproteica grave
Pérdida de peso/ tiempo severa
Complicaciones orgánicas
Alteración hemodinámica (hipotensión, hipotermia, arritmias)
Alteración metabólica severa (depleción hidroelectrolítica, hipopotasemia, hipoglucemia)
Enfermedades concomitantes importantes o infección asociada
Incapacidad total de control del vómito y episodios bulímicos
Intento o manifestación clara de suicidio
Trastornos psiquiátricos graves
Ambiente familiar muy conflictivo
Falta de motivación para el tratamiento
Fracaso del tratamiento ambulatorio

Tabla 5. Criterio de inicio de nutrición enteral total en la anorexia nerviosa

Malnutrición energeticoproteica grave
Ingesta calórica habitual inferior a 700 kcal/ día y fracaso al intentar aumentarla
Como alternativa al ingreso hospitalario junto a otras medidas psicoterapéuticas

de las complicaciones de la enfermedad, y mostrarles las presiones socioculturales a las que se ven sometidos y que, sin duda, influyen también en la aparición de estos trastornos. Se obtienen mejores resultados con tratamientos que incluyan asesoramiento dietético y consejo nutricional en su programa de seguimiento.

En cuanto al tratamiento farmacológico¹⁰, han sido los antidepresivos la categoría más utilizada. En la actualidad los más utilizados son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Los neurolépticos se han utilizado para controlar la hiperactividad y por su efecto sedante. Las benzodiazepinas que se utilizan con cierta frecuencia antes de las comidas, pueden reducir la ansiedad anticipadora. Existe gran variedad individual en la respuesta, por lo que no se puede considerar un tratamiento de elección. En la BN, los ISRS resultan muy eficaces, ya que además de mejorar el estado anímico, aumentan la autoestima, reducen la frecuencia de episodios de ingesta voraz y ayudan a controlar los vómitos y la ansiedad.

A pesar de todas estas medidas, la respuesta al tratamiento es relativamente pobre. En un metaanálisis¹¹ en el que se analizaron 119 estudios que incluían 5.590 pacientes con AN, los autores concluyeron que entre los pacientes que sobreviven, menos de la mitad mejora y un 20% permanece como enfermo crónico. Cuanto menor sea la edad en el momento del diagnóstico, mejor es el pronóstico.

Bibliografía



● Importante ● Muy importante

■ Metaanálisis
■ Ensayo clínico controlado
■ Epidemiología

- Halmi KA. Classification of the eating disorders. *J Psychiatr Res* 1985;19:113-9.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4.^a ed. American Psychiatric Association, Washington, 1994.
- Polito A, Fabbri A, Ferro-Luzzi A, Cuzzolaro M, Censi L, et al. Basal metabolic rate in anorexia nervosa: relation to body composition and leptin concentrations. *Am J Clin Nutr* 2000;71:1495-502.
- Audi L, Vargas D, Gussinyé M, Yeste D, Martí G, Carrascosa A. Clinical and biochemical determinants of bone metabolism and bone mass in adolescent female patients with anorexia nervosa. *Int Pediatr Res* 2002;51:497-504.
- Scalfi L, Marra M, Caldara A, Silvestri E, Contaldo F. Changes in bioimpedance analysis after stable refeeding of undernourished anorexic patients. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999;23:133-7.
- Marra M, Polito A, De Filippo E, Cuzzolaro M, Ciarapica D, et al. Are the general equations to predict BMR applicable to patients with anorexia nervosa? *Eat Weight Disord* 2002;7:53-9.
- Woodside DB. Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *Am J Psychiatry* 2001;158:570-4.
- American Psychiatric Association. Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). *J Am Diet Assoc* 2001;101:810-9.
- American Psychiatric Association. Practice Guideline for Eating Disorders. *Am J Psychiatry* 1993;150:212-28.
- Muñoz M, Aranceta J, García-Jalón I. Nutrición aplicada y dietoterapia. 1.^a ed. En: Gual P, Muñoz M, Zazpe I, editores. Trastornos del comportamiento alimentario en la edad infantil y juvenil, EUNSA, Barañain 1999;2:49-74.
- Steinhausen H. The outcome of anorexia nervosa in the 20th Century. *Am J Psychiatry* 2002;159:1284-93.