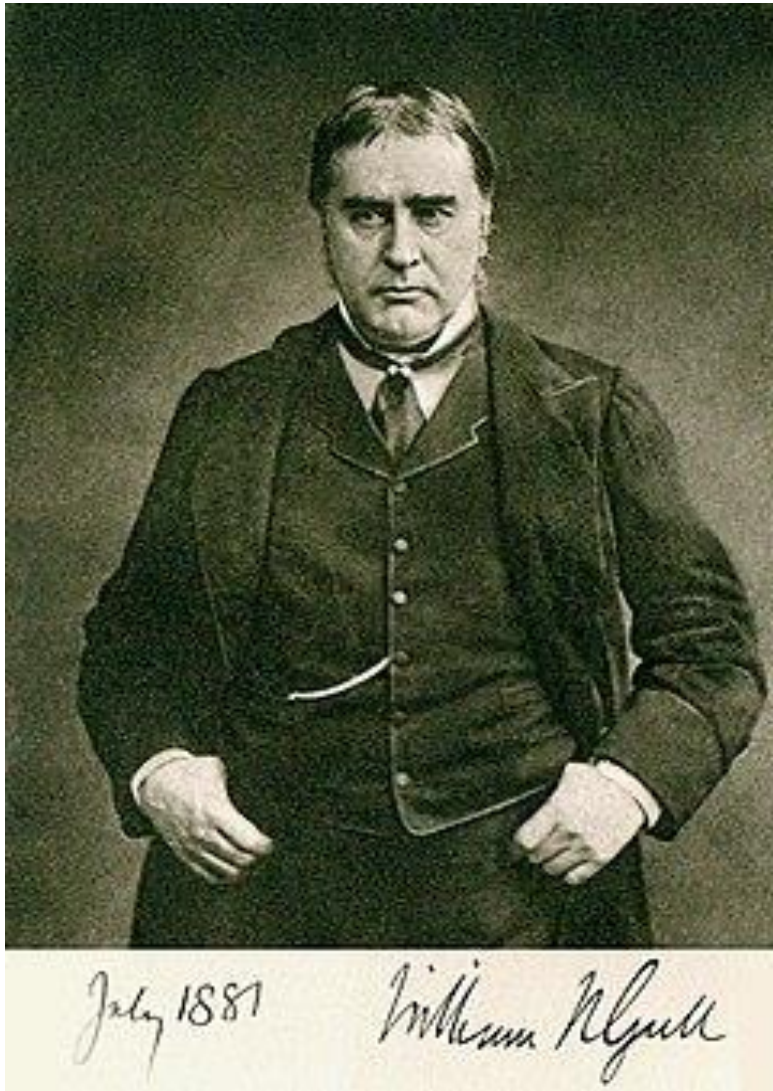




Anorexia y Bulimia

Dra. Rosa Anchila Mayor Oxilia, MsC
Noviembre - 2019





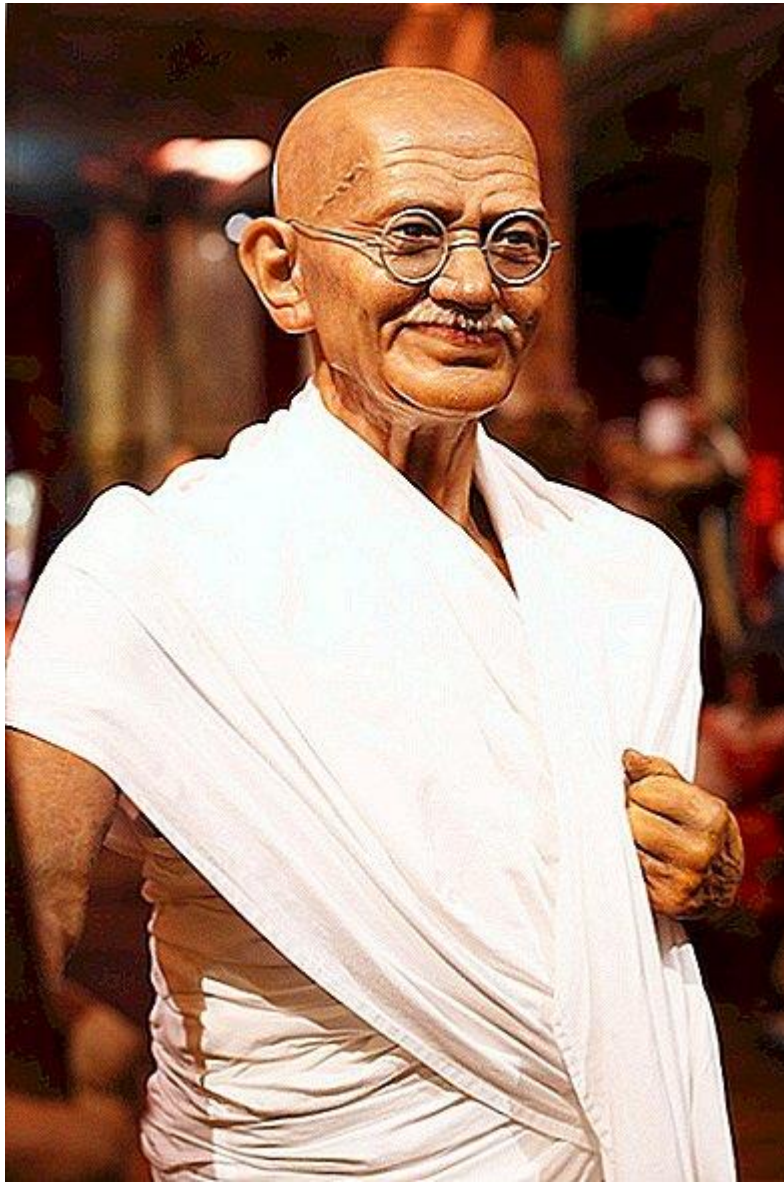
William Gull



Charles Lasegue



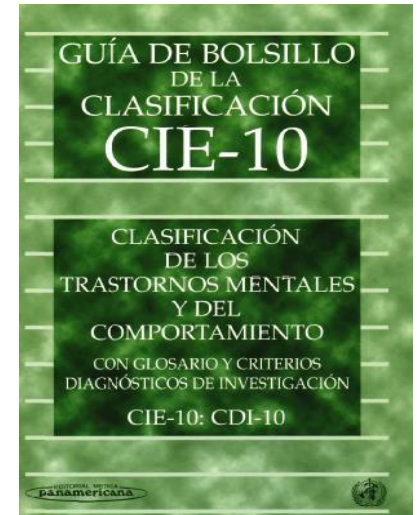
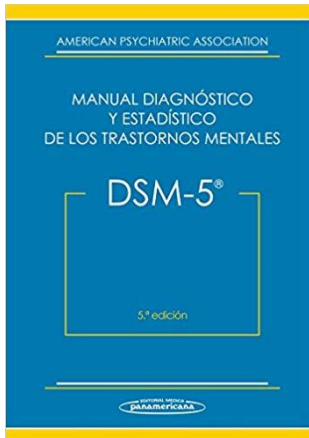
1873 “Un estado mental morbido”



Mahatma Gandhi

Clasificación

1. Pica
2. Trastorno de rumiación
3. Anorexia nerviosa
4. Bulimia nerviosa
5. Trastorno de evitación/ restricción de la ingesta de alimentos
6. Trastorno de atracones
7. Trastornos especificados
8. Trastornos alimenticios



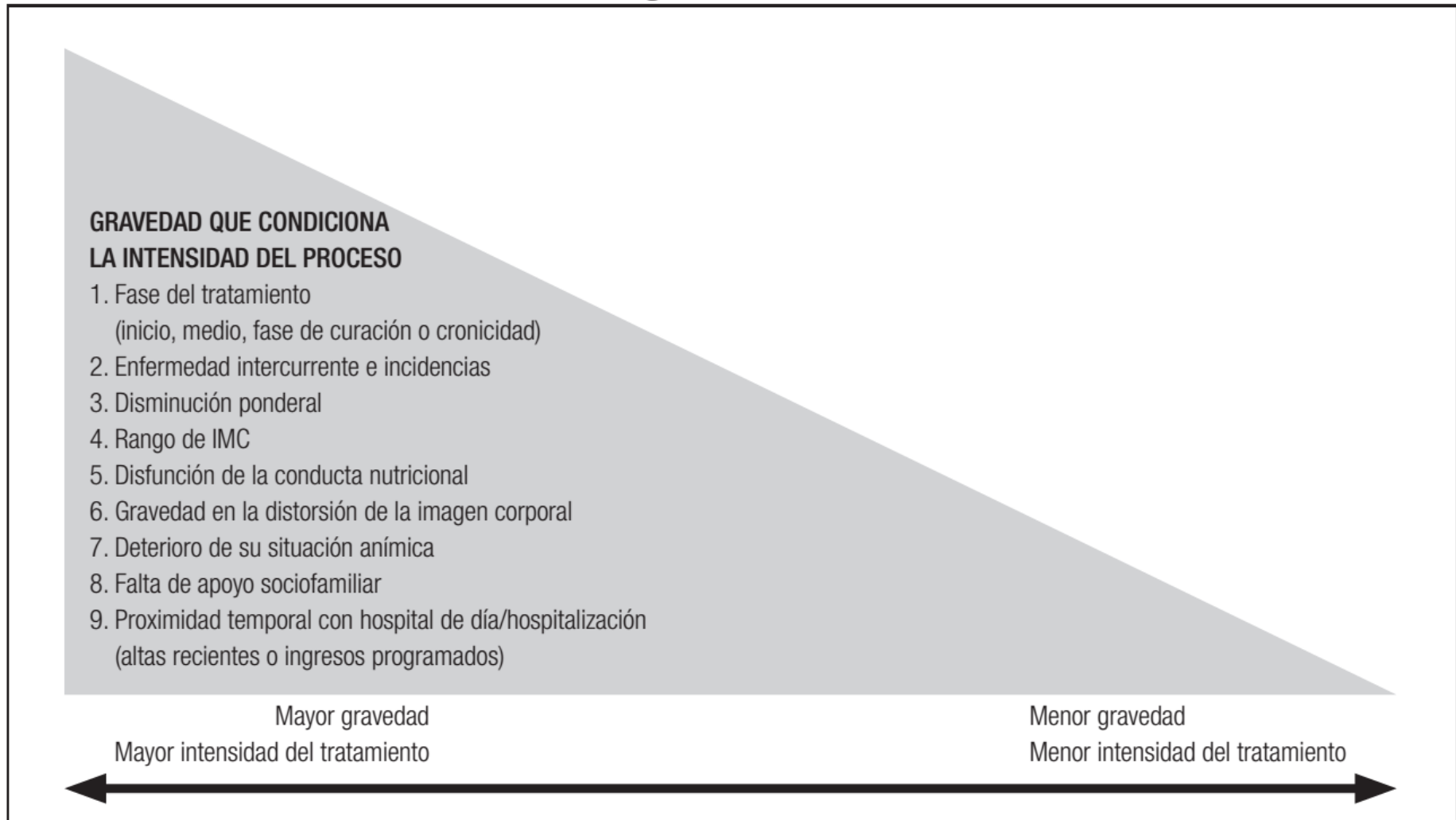
Criterios diagnósticos DSM para la Anorexia Nerviosa

DSM-IV	Modificaciones DSM-5
<p>A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% de lo esperable o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, que da como resultado un peso corporal inferior al 85% de lo esperable)</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal</p> <p>C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de la importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal</p> <p>D. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea (p. ej., ausencia de, al menos, 3 ciclos consecutivos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Criterio A</i>: Restricción excesiva de la ingesta en relación a los requerimientos nutricionales, lo que determina un peso corporal significativamente bajo para la edad, sexo y estado de salud: <ul style="list-style-type: none"> • Desaparece el término rechazo a mantener un peso normal del criterio A, por ser difícil de establecer en tanto que el paciente puede no ser capaz de verbalizarlo • Se define bajo peso como un peso inferior al peso mínimo considerado normal para la edad, talla y sexo, sin centrarse en ninguna cifra en concreto – <i>Criterio B</i>, sin cambios – <i>Criterio C</i>, sin cambios – Se retira el <i>Criterio D</i> en referencia a la presencia de amenorrea por su imposibilidad de aplicación a varones, mujeres premenarquia, postmenopáusicas o bajo tratamiento con contraceptivos orales

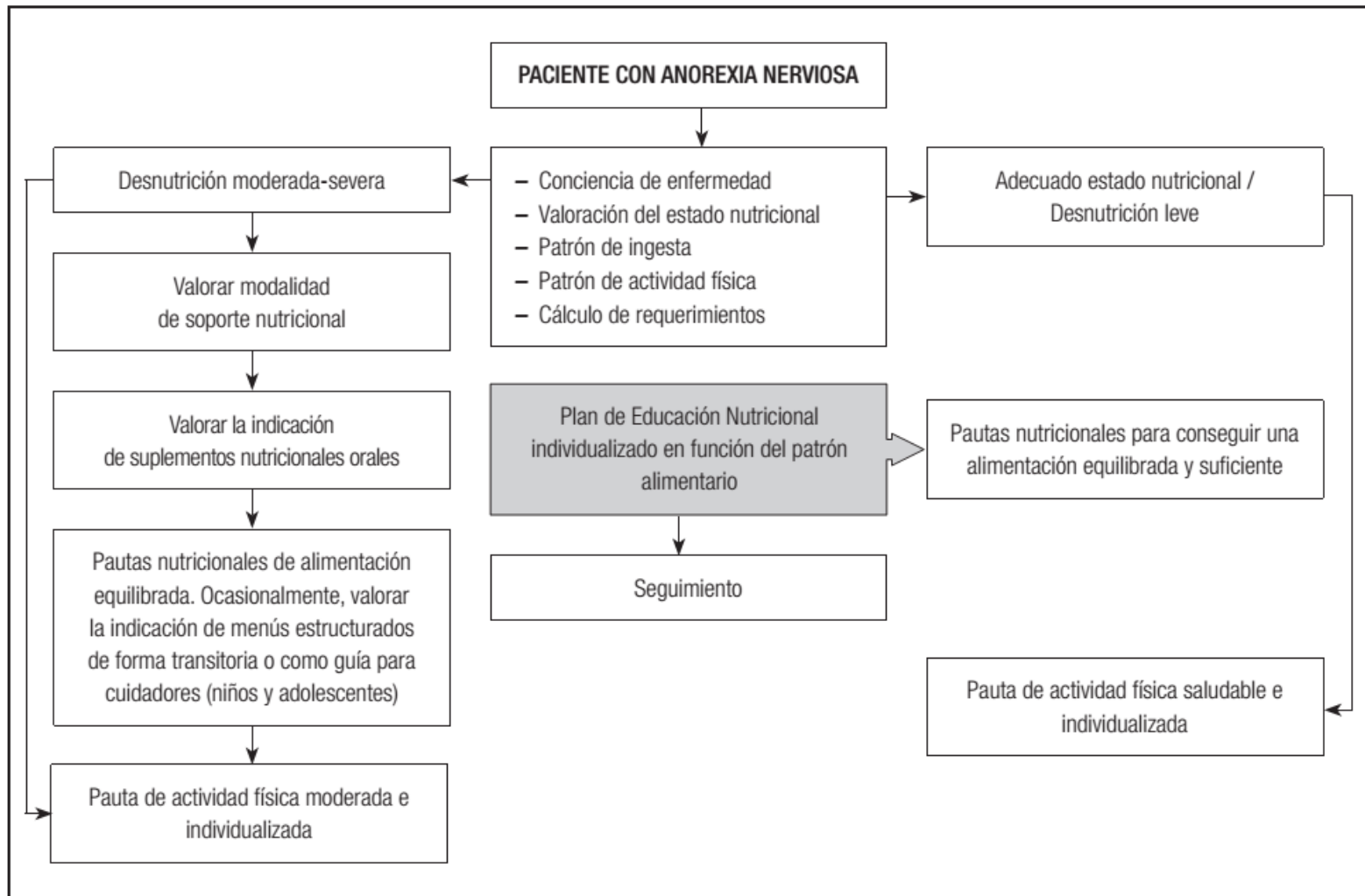
Criterios CIE-10 para la Anorexia Nerviosa

- *Pérdida significativa de peso* (IMC < 17,5 kg/m²). Los pacientes prepuberales pueden no experimentar la ganancia de peso propia del crecimiento
- *La pérdida de peso está originada por el propio enfermo*, a través de evitar el consumo de “alimentos que engordan”, y por uno o más de los síntomas siguientes:
 - Vómitos autoprovocados
 - Purgas intestinales autoprovocadas
 - Ejercicio excesivo
 - Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos
- *Distorsión de la imagen corporal* consistente en una psicopatología específica, caracterizada por la persistencia –con carácter de idea sobrevalorada intrusa– de pavor ante la gordura o flacidez corporales, de modo que el paciente se impone a sí mismo permanecer por debajo de un límite mínimo de peso corporal
- *Trastorno endocrino generalizado* que afecta al eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, que se manifiesta en la mujer como amenorrea y en el varón como pérdida de interés y de la potencia sexuales. También pueden presentarse concentraciones altas de la hormona del crecimiento y cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías de la secreción de insulina
- Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad o incluso esta se detiene (cesa el crecimiento; en la 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

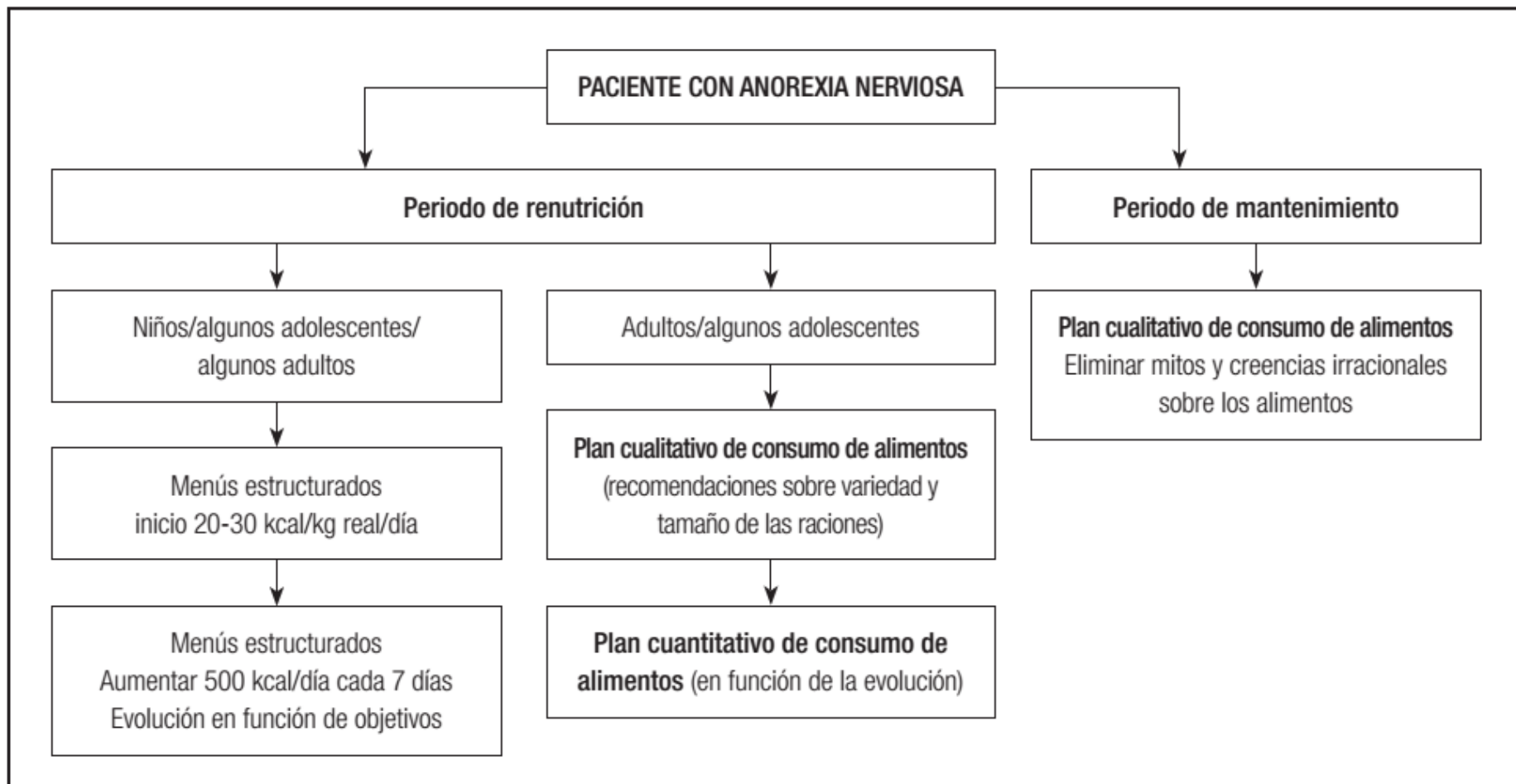
Valoración de los pacientes con AN en el medio ambulatorio en función de la gravedad de la enfermedad



Estrategia de soporte nutricional ambulatorio en el abordaje de la anorexia nerviosa



Indicación del plan dietético



Guías para la realimentación de pacientes desnutridos con anorexia nerviosa.

Guía	Edad	Kcal/kg
Australia y Nueva Zelanda	Adultos	15-20 (600-800 kcal/día)
Europa	Adultos	10-15
Reino Unido: Royal College of Psychiatrists	Adultos	10-20
Reino Unido: NICE	Adultos	5-20
Reino Unido: MARSIPAN	Adultos	5-20
American Psychiatric Association/American Dietetic Association	Adultos	30-40
Reino Unido: Junior MARSIPAN	< 18 años	15-20

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence; MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa.

Bulimia nerviosa

Se caracteriza por episodios de consumo de grandes raciones de comida en un periodo breve (atracones) seguido de vómitos compensadores, laxantes ejercicio físico o ayuno.

Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio



Criterios diagnósticos DSM para la Bulimia Nerviosa

DSM-IV	DSM-5 criterios diagnósticos BN Modificaciones DSM-5
<p>A. Episodios recurrentes de <i>binge eating</i> (trastorno por atracón). Un episodio de <i>binge eating</i> se caracteriza por dos de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Comer en un determinado periodo de tiempo (limitado al menos en un periodo de 2 horas) una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de la población general comería en ese mismo periodo de tiempo y en circunstancias similares – Sensación de pérdida del control de la ingesta durante los episodios (sentir que no puede dejar de comer o que no puede controlar la cantidad) <p>B. Inapropiados comportamientos compensatorios recurrentes para prevenir la ganancia de peso, como vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos, enemas u otras mediaciones, ayuno o ejercicio excesivo</p> <p>C. Los episodios de <i>binge eating</i> y los episodios compensatorios ocurren al menos 2 veces a la semana durante al menos un periodo de 3 meses</p> <p>D. La autoevaluación está influenciada por la imagen corporal y el peso</p> <p>E. Las alteraciones no ocurren exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa</p> <p>F. Especificar tipo: purgativo/no purgativo</p>	<p>Criterio A: Episodios recurrentes de <i>binge eating</i>. Un episodio de <i>binge eating</i> se caracteriza por dos de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Comer en un determinado periodo de tiempo (limitado al menos en un periodo de 2 horas) una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de la población general comería en ese mismo periodo de tiempo y en circunstancias similares – Sensación de pérdida del control de la ingesta durante los episodios (sentir que no puede dejar de comer o que no puede controlar la cantidad) <p>Criterio B, sin cambios</p> <p>Criterio C: los episodios de <i>binge eating</i> y los episodios compensatorios ocurren al menos 1 vez por semana durante 3 meses</p> <p>Criterio D, sin cambios</p> <p>Criterio E, sin cambios</p>

Complicaciones

- Signos de Russell
- Crecimiento de las parótidas
- Erosión del esmalte dental
- Caries
- Dolor de garganta
- Disfagia
- Reflujo gastrointestinal
- Esofagitis
- Hematemesis leve
- Hemorragia subconjuntival
- Desequilibrio hidrico



Bulimia nerviosa

Abordaje nutricional

- Educar al paciente para conseguir la modificación a largo plazo de los hábitos alimentarios y el cese de conductas purgantes y atracones
- Consejo dietético individualizado que garantice un adecuado estado nutricional
- Promover la práctica de actividad física moderada y no excesiva. Cuando el ejercicio sea la principal conducta compensatoria, restringir el ejercicio inicialmente, hasta control del comportamiento

Bulimia nerviosa

Tratamiento psicológico

- Tratamiento de las comorbilidades psiquiátricas
- Tratamiento del trastorno de la conducta alimentaria:
 - Herramienta terapéutica de 1ª línea en BN
 - Se recomienda la TCC
 - Existe una TCC específica para bulimia nerviosa: 16-20 sesiones individuales durante 4-5 meses

Bulimia nerviosa

Tratamiento farmacológico

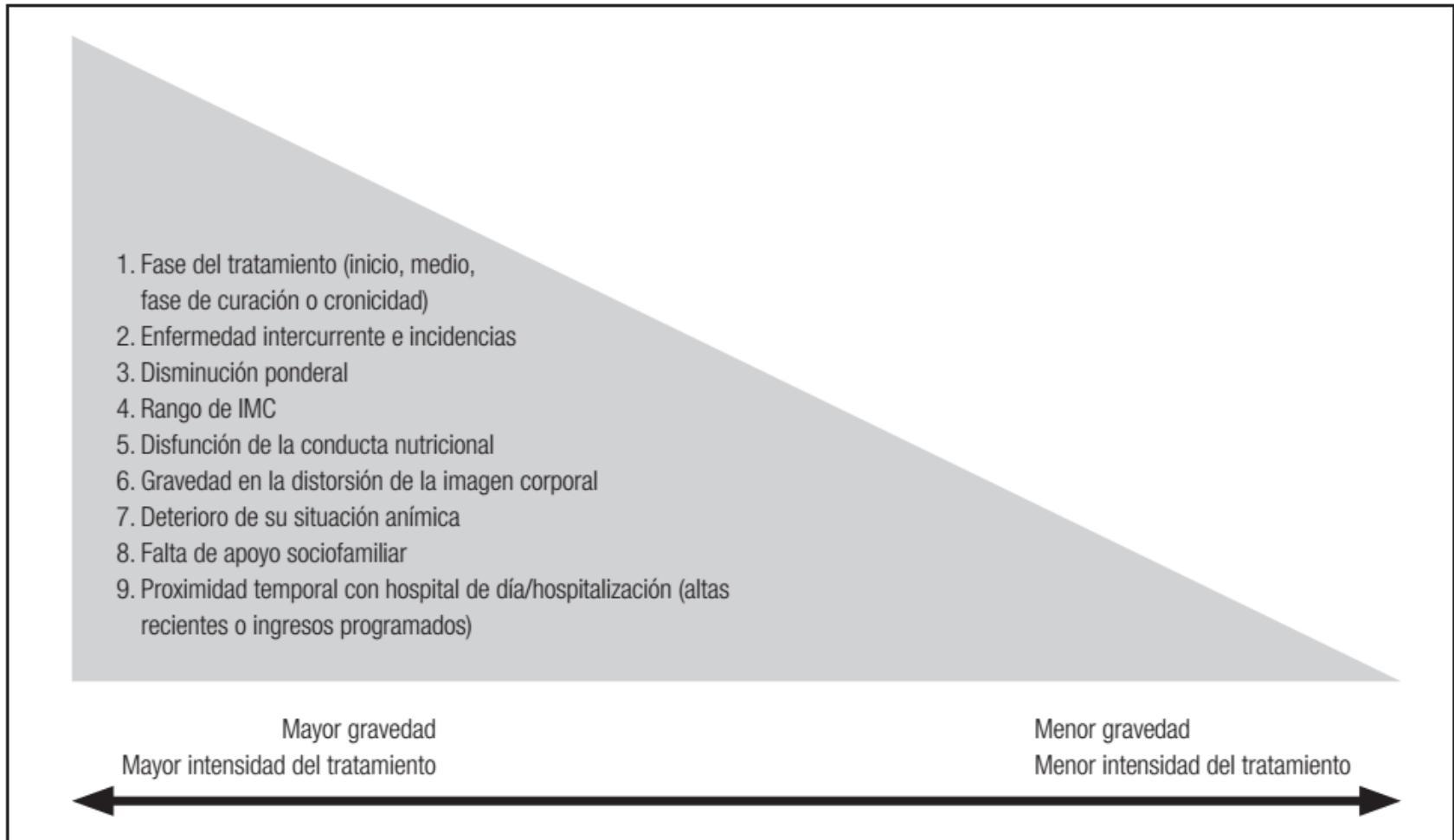
- Dirigido al control de los atracones y conductas purgantes
- No imprescindible pero sí efectivo. Se usa como:
 - 1ª línea si no se dispone de soporte psicológico
 - 2ª línea (si no hay respuesta a la TCC)
 - Adyuvante (depresión asociada, casos graves)
- La fluoxetina es el fármaco de elección en BN (único fármaco en España con indicación aprobada para BN en ficha técnica)

Bulimia nerviosa

Tratamiento de las comorbilidades y complicaciones

- Malnutrición (tanto desnutrición como exceso de peso) y estados carenciales
- Complicaciones médicas asociadas a las conductas purgativas
- Comorbilidades psiquiátricas

Variables a considerar en el seguimiento evolutivo de pacientes con Bulimia nerviosa y frecuencia recomendada de valoración en función de la gravedad



Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: una patología en auge?

Lidia María Ortiz Cuquejo¹, Carlos Aguiar², Gloria Celeste Samudio Domínguez¹, Avelina Troche Hermosilla¹.

RESUMEN

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son trastornos de salud mental caracterizados por un comportamiento patológico frente a la ingesta alimentaria y una obsesión por el control de peso, acompañado de distorsión de la percepción de la imagen corporal. Es de origen multifactorial, incluyendo causas de origen biológico, psicológico, familiar y sociocultural. Los TCA más conocidos son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, pero también existen otros, como el trastorno por atracón, la ortorexia (la obsesión por la comida sana) y la vigorexia (la obsesión por el ejercicio físico). Pueden ocasionar importante morbimortalidad. Se puede presentar en adolescentes. **Objetivo:** Analizar las prevalencias de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes escolarizados en dos periodos de tiempo (2008 y 2012). **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de prevalencias, en adolescentes escolarizados en dos colegios de área urbana y tres de área rural, en los años 2008 y 2012 mediante encuesta estructurada de aplicación rápida para tamizaje de padecer riesgo de trastorno de conducta alimentaria de Unikel-Santorini. **Resultados:** Fueron incluidos 469 estudiantes en los dos años. En el año 2008, la prevalencia fue de 6%, en el 2012 fue de 9,5%. La prevalencia se mantuvo estable ($p < 0,05$), sin embargo se observó ruralización del trastorno ($p < 0,05$), y fue más frecuente en el sexo femenino en el año 2008 ($p < 0,05$). **Conclusiones:** La prevalencia de los TCA en la población fue de 6 y 9%, manteniendo una tendencia estable, con una llamativa ruralización del trastorno.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, adolescencia, prevalencias.

ABSTRACT

Introduction: Eating disorders (ED) are a group of mental health disorders characterized by a pathological behavior towards food intake and an obsession with weight control, accompanied by a distortion in the perception of body image. Its origin is multifactorial, and includes biological, psychological, family and sociocultural causes. The most well-known EDs are anorexia nervosa and bulimia nervosa, but there are also others, such as binge eating disorder, orthorexia (obsession with healthy food) and vigorexia (obsession with exercise). These disorders can cause significant morbidity and mortality. They occur commonly in adolescents. **Objective:** To analyze the prevalence of eating disorders in adolescents enrolled in school during two time periods (2008 and 2012). **Materials and Methods:** This was an observational, descriptive, and retrospective prevalence study in adolescents enrolled in two schools in two urban and three rural areas, in 2008 and 2012, using a rapid-application screening tool to evaluate the risk of eating disorders by Unikel-Santorini. **Results:** 469 students were included in the two time periods. In 2008, the prevalence was 6%, in 2012 it was 9.5%. The prevalence remained stable ($p < 0.05$), but ruralization of the disorder was observed ($p < 0.05$), and was more frequent in females in 2008 ($p < 0.05$). **Conclusions:** The prevalence of ED in the population was 6 and 9%, respectively, maintaining a stable trend, with a striking ruralization of the disorder.

Keywords: Eating disorders, adolescence, prevalence.

Comorbilidades psiquiátricas de la anorexia y Bulimia Nerviosa en Pediatría

Laura Evangelina Godoy Sánchez¹, Wilian Rene Albrecht Roman², Mirta Noemí Mesquita Ramírez¹

RESUMEN

Introducción: los trastornos de la conducta alimentaria deben ser contemplados en los planes de salud mental, ya que es uno de los problemas que ha experimentado mayor crecimiento en la población joven. Es una enfermedad de origen multifactorial que se asocia a comorbilidades psiquiátricas como la depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por abuso o dependencia de sustancias e intentos de suicidios.

Objetivos: describir las comorbilidades de la anorexia y bulimia nerviosa en pacientes mayores de 10 años, en el Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu (San Lorenzo, Paraguay).

Metodología: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, de pacientes mayores de 10 años que consultaron en el Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu con diagnóstico de anorexia y bulimia nerviosa, periodo 2011-2016. Variables estudiadas: edad, sexo, procedencia, años de escolarización, motivo de consulta, talla, índice de masa corporal, comorbilidad, tipo de comorbilidad. Datos analizados con Epi Info 7[©] utilizando estadística descriptiva. Estudio aprobado por el Comité de Ética institucional con liberación de consentimiento informado.

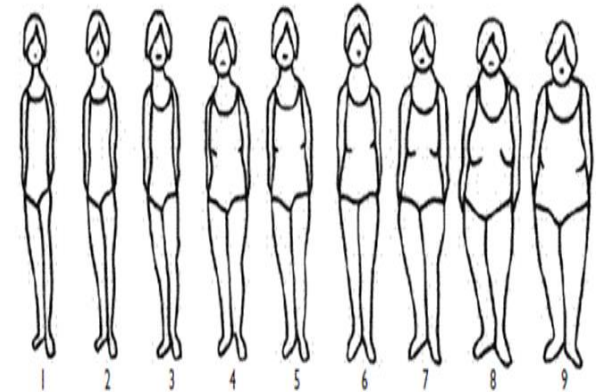
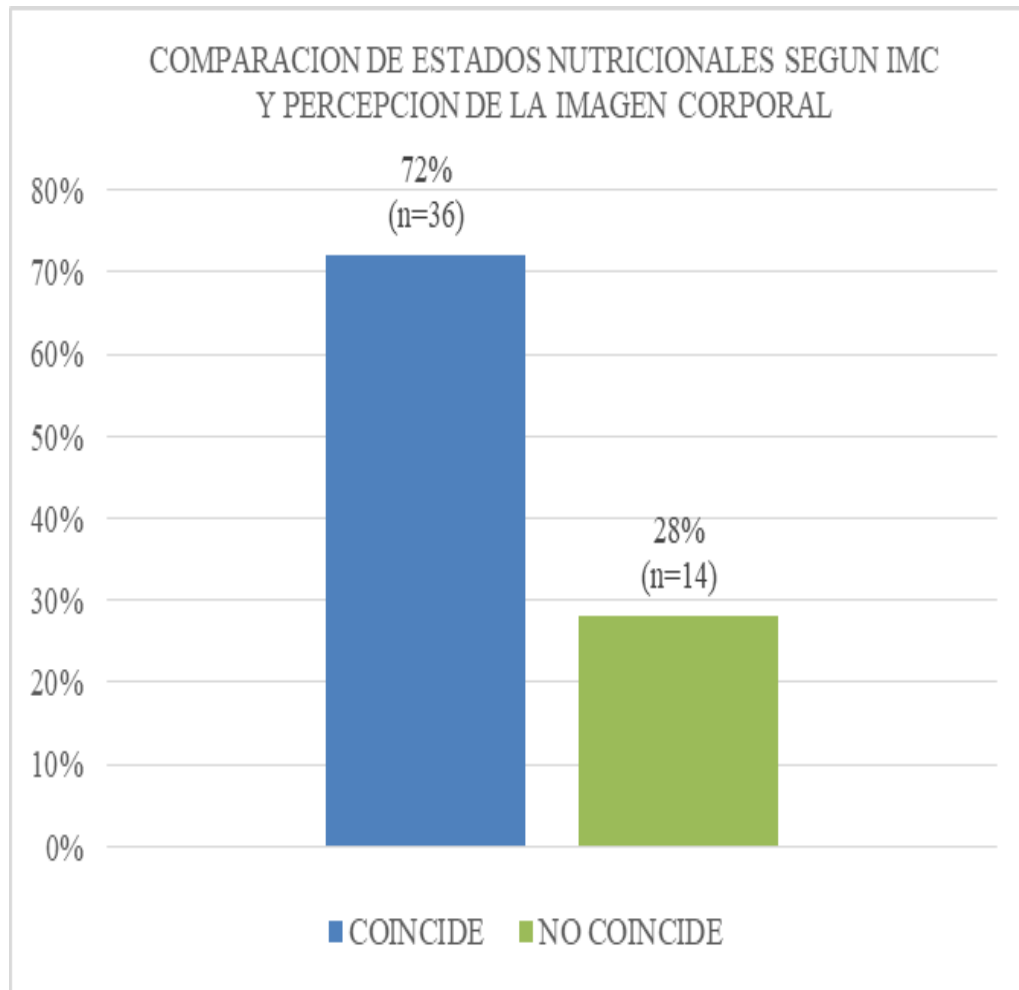
Comorbilidades psiquiátricas de la anorexia y Bulimia Nerviosa en Pediatría

Laura Evangelina Godoy Sánchez¹, Wilian Rene Albrecht Roman², Mirta Noemí Mesquita Ramírez¹

Resultados: se incluyeron 59 pacientes con diagnóstico de anorexia y/o bulimia nerviosa. La media de edad fue 14,7 años, con predominio del sexo femenino (91,5%) y de procedencia del Departamento Central (86,4%). Mediana de escolarización: 9 años. Motivo de consulta principal: irritabilidad (58/59). Presentaban riesgo de talla baja y talla baja 57,6%. El índice de masa corporal fue normal en 47,5%. Presentó comorbilidad psiquiátrica el 98,3% siendo la principal la depresión (88,1%).

Conclusiones: la frecuencia de comorbilidad en niños fue alta (98,3%) y la más importante fue la depresión (88,1%).

Comparación de Estados Nutricionales según IMC y percepción de la imagen corporal



Netepczuk K, Valdez A. Hábitos alimentarios y percepción de la imagen corporal de bailarinas de 12 a 18 años de una academia de Asunción Paraguay en el año 2018.



Tratamiento multidisciplinario:

- ✓ Relacionados con el estado nutricional
- ✓ Control de la Ingesta y educación nutricional
- ✓ Psicoterapia
- ✓ Talleres
- ✓ Terapia Ocupacional
- ✓ Programación de salidas
- ✓ **Disponibilidad de Centros de Referencia**

Muchas Gracias

