

# **Trastornos de la conducta alimentaria.**

---

Lorena Álvarez Roa.

Becada de Pediatría.

# Introducción.

- ❖ Los TCA son enfermedades de salud mental serias que se asocian a una significativa morbilidad biomédica y psiquiátrica.
- ❖ Alteración persistente de **hábitos alimentarios**, con múltiples implicaciones **físicas, psíquicas y socioculturales**: abordaje multidisciplinario.
- ❖ Aumento de prevalencia desde 1950.
  - ❖ AN: 0,5 a 1%
  - ❖ BN: 1-2 a 4 %
  - ❖ Mayor frecuencia en TANE hasta 14%

# Introducción.

- ❖ Se calcula que el 5% de las adolescentes desarrollaran anorexias subclínicas o formas no completas de esta enfermedad.
- ❖ En grupos de riesgo: bailarinas, deportistas, modelos, la prevalencia es 4 veces mayor a la población general.
- ❖ Perfil clásico: adolescente clase alta, buena alumna, exigente. (relación 1H: 10M) → ahora se ve más en varones y en distintos niveles SE y etnias.

# Sospecha:

- Cambios en el comportamiento.
- Dietas “vegetarianas o veganas”
- Contar calorías.
- Medición de peso frecuente.
- Mayor intensidad de ejercicio.
- Ausencia en comidas familiares.
- Esconder comida.
- Frecuentes idas al baño posterior a alimentación.

- Preocupación excesiva por la comida, peso y/o figura corporal.
- Medidas no saludables para controlar o reducir el peso corporal.

Table 1. Physical Findings in Adolescents Who Have an Eating Disorder

System	Anorexia	Bulimia
Dermatologic	Cheilosis, acrocyanosis, hypercarotenimia, alopecia, xerosis, acne, lanugo, pallor	Periorbital petechiae, Russell sign (calluses over the PIP joints in the hands)
Orofacial	Halitosis	Injury to the palate and posterior pharynx, dental caries, enamel erosion, parotid gland enlargement, submandibular adenopathy
Gastrointestinal	Palpable stool secondary to constipation, rectal prolapse, scaphoid abdomen	Abdominal fullness, gastric dilatation
Cardiac	Bradycardia, orthostatic hypotension, arrhythmia, mitral valve prolapse/murmur	Arrhythmia, orthostasis
Breasts and genitourinary	Breast atrophy, atrophic vaginitis and atrophy of the female external genitalia	
Pulmonary	Pneumothorax or aspiration secondary to vomiting, pulmonary edema during refeeding	Pneumothorax, pneumonmediastinum, aspiration
Bone	Fractures due to bone mineralization loss	
Endocrine and metabolic	Delayed puberty, arrested growth, hypothermia, weakness, reduced beard growth in males	
Neurologic and mental status	Neurocognitive deficit, diminished muscle strength, peripheral neuropathy, movement disorder	

PIP=proximal interphalangeal.

Table 2. Questions for Adolescents With a Possible Eating Disorder

Weight History	What is your present weight, highest weight, lowest weight, and when did these occur?
Body Image	Are you satisfied, dissatisfied, distressed with your current weight; body shape? Have you every thought that you were too fat or in danger of getting too fat? At what weight would you like to be? How often do you weigh yourself? What percent of the day are your thoughts occupied with food, eating, body size, or shape?
Exercise History	Do you exercise? If so, how frequently do you exercise? What exercises do you do? How long are your workouts?
Menstrual History	When was your very first menstrual period? When was your last menstrual period? How many menstrual periods have you had in the past 6 months?
Diet and Eating History:	Do you restrict your calories? Do you restrict or avoid certain foods? Do you have problems controlling your food intake? Do you engage in any of these behaviors: vomiting, spitting, ruminating, use of laxatives, diuretics, use of diet pills or syrup of ipecac?
Symptom Review:	Have you experienced: sensitivity to cold, thinning hair, swollen glands in cheek, lightheadedness, irregular heart beat, weight loss, loss of periods, vomiting, or constipation?

# ANOREXIA NERVIOSA.

- Descrita por Richard Morton a fines de siglo XVII. Describió casos de personas con pérdida de peso no asociado a causa física.
- Lasegue en 1873 y Gull en 1874, ilustraron detalladamente dos casos que presentaban características similares.
- Trastorno psiquiátrico grave y complejo caracterizado por la mantención voluntaria de un peso bajo el rango saludable para la edad y talla de quien lo sufre.
- Ejercicio compulsivo + restricción de los alimentos consumidos y/o conductas purgativas. Esto asociado a un intenso temor a ganar peso o la negación de estar en un peso bajo.
- Según el DSMV existen dos subtipos: el restrictivo y el compulsivo purgativo.

## TABLE 1. DSM-5 Diagnostic Criteria for Anorexia Nervosa (4)

- A. Restriction of energy intake relative to requirements, leading to a significantly low body weight in the context of age, sex, developmental trajectory, and physical health. *Significantly low weight* is defined as a weight that is less than minimally normal or, for children and adolescents, less than that minimally expected (e.g., falling off a previously followed growth curve).
- B. Intense fear of gaining weight or of becoming fat or persistent behavior that interferes with weight gain, even though at a significantly low weight.
- C. Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or persistent lack of recognition of the seriousness of the current low body weight.

### Types:

**Restricting type:** During the last 3 months, the individual has not engaged in recurrent episodes of binge eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or misuse of laxatives, diuretics, or enemas). This subtype describes presentations in which weight loss is accomplished primarily through dieting, fasting, and/or excessive exercise.

**Binge-eating/purging type:** During the last 3 months, the individual has engaged in recurrent episodes of binge eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas).

*Reprinted with permission from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (Copyright ©2013). American Psychiatric Association. All Rights Reserved.*

# **BULIMIA NERVIOSA.**

- “bulimia” → tener un apetito tan grande como el de un buey.
- Pérdida de control sobre la conducta alimentaria. → Episodios de ingesta voraz.
- Conductas compensatorias para evitar el aumento de peso: ayuno, ejercicio físico, vómito autoinducido, abuso laxantes, uso diuréticos.
- Según el DSMV podemos diferenciar 2 subtipos: el purgativo y el no purgativo.
- Generalmente al final de la adolescencia o principio edad adulta.
- Dos tipos: purgativo y no purgativo

## TABLE 6. DSM-5 Diagnostic Criteria for Bulimia Nervosa (4)

A. Recurrent episodes of binge eating. An episode of binge eating is characterized by both of the following:

1. Eating, in a discrete period of time (e.g., within any 2-hour period), an amount of food that is definitely larger than what most individuals would eat in a similar period of time under similar circumstances.

2. A sense of lack of control over eating during the episode (e.g., a feeling that one cannot stop eating or control what or how much one is eating).

B. Recurrent inappropriate compensatory behaviors in order to prevent weight gain, such as self-induced vomiting; misuse of laxatives, diuretics, or other medications; fasting; or excessive exercise.

C. The binge eating and inappropriate compensatory behavior both occur, on average, at least once a week for 3 months.

D. Self-evaluation is unduly influenced by body shape and weight.

E. The disturbance does not occur exclusively during episodes of anorexia nervosa.

*Reprinted with permission from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (Copyright ©2013). American Psychiatric Association. All Rights Reserved.*

# Trastorno por atracón

- Atracones de comida recurrentes que se asocian a vivencias subjetivas y conductuales de falta de control sobre la alimentación y malestar clínicamente significativo
- No se acompañan de estrategias compensatorias típicas de la BN. \*
- Cuadro clínico típico: comer muy de prisa, hasta sentirse desagradablemente satisfecho, grandes cantidades de comida en ausencia de hambre, con disgusto, depresión y culpa durante y tras los episodios.
- Diagnóstico separado en el DSM-V. Más frecuente en hombres, adultos y con mejor respuesta a terapias especializadas.

# Diagnóstico DSM-5

A: presencia de atracones recurrentes (ver BN)

B: los episodios de atracones están asociados con tres o más de los sgtes:

- ~~Comer mucho más rápido de lo normal~~
- Comer hasta sentirse incómodamente lleno
- Comer grandes cantidades de alimento cuando no se siente hambre físicamente
- Comer solo, ya que se siente vergüenza de cuanto se ha comido.
- Sentirse indignado con uno mismo, deprimido o muy culpable luego de la sobreingesta.

C: marcada angustia por la presencia de los atracones

D: los atracones ocurren en promedio al menos 1 vez por semana por 3 meses.

E: los atracones no están asociados al uso recurrente de conductas compensatorias inapropiadas y no ocurren exclusivamente durante el curso de la AN o BN

# TANE (Trastornos alimentarios no especificados)

---

- Categoría residual que no cumple todos los criterios de AN o BN.
- Prevalencia 3% en mujeres jóvenes.
- Incluye:
  - Presentaciones mixtas o atípicas.
  - Sd específicos no listados en DSM-5 (trastorno purgativo)
  - Información insuficiente

# ETIOLOGÍA DE LOS TCA:

- Multifactorial.
- Factores predisponentes.
- Factores precipitantes.
- Factores de mantenimiento.
- Factores biológicos.
- Factores psicológicos.
- Factores familiares.
- Factores socioculturales.

## Factores predisponentes

- Predisposición genética.
- Edad puberal.
- Sexo femenino.
- Dietas, obesidad, sobrepeso premórbido.
- “insatisfacción general con la vida y el yo”
- Experiencias de presión y evaluación del error.
- Ansiedad de separación, depresión.
- Tendencia al perfeccionismo.
- Experiencias sexuales adversas.
- Factores familiares, como la sobreprotección, la rigidez, la psicopatología en la familia.
- Valores estéticos dominantes.
- Enfermedades o problemas físicos.
- Profesiones o deportes de riesgo.
- Rasgos de personalidad: Introversión, necesidad de aprobación, hiperresponsabilidad, distorsión de la percepción de la imagen corporal, impulsividad, trastornos de personalidad.

## *Factores precipitantes:*

- Determinan el momento de inicio de la enfermedad.
- Comentarios sobre el cuerpo y la figura.
- Dieta en grupo.
- Separaciones, pérdidas familiares, ruptura conyugal de los padres.
- Problemas de maduración en la esfera sexual.
- Enfermedad adelgazante.
- Cambios corporales de la adolescencia.
- Cambios psicológicos de la adolescencia.
- Incremento de la actividad física.

## Psicológicos:

- **Modelo cognitivo conductual de la anorexia:** problemas familiares e interpersonales que dan lugar a la insatisfacción, lo cual hace que se tienda a buscar el perfeccionismo y a tener una necesidad de control y esto hace que se inicie la dieta, y se potencia por los reforzadores negativos y positivos.
- **Modelo cognitivo conductual de la bulimia:** existe una baja autoestima y una excesiva preocupación por la figura y el peso, lo que lleva a hacer dietas extremas, tras las cuales vienen los atracones provocados por la disforia y el estrés, y entonces aparecen las conductas de purga-vómito como reductores de ansiedad.

# Complicaciones.

<b>Metabólicas</b>	Hipoglicemia
<b>Medula ósea</b>	Anemia Leucopenia Trombocitopenia
<b>Fluidos y Electrolitos</b>	↓ Potasio      ↓ Cloro ↓ Sodio        ↓ Magnesio ↓ Fosfato      ↓ Zinc ↓ Calcio
<b>Cardiovascular</b>	Hipotensión Arritmias y taquicardia Cambios en el ECG (bajo voltaje, bradicardia sinusal, inversión de la onda T, depresión del segmento ST e intervalo QT prolongado)
<b>Pulmonar</b>	Neumotórax (rara)
<b>Gastrointestinal</b>	Hematemesis Úlcera gástrica ↓ Motilidad intestinal (constipación)
<b>Renal</b>	↑ Urea y creatinina Oliguria Anuria

<b>Neurológicas o de la función cognitiva</b>	Convulsiones metabólicas Encefalopatías metabólicas Disfunciones cognitivas (memoria, atención, flexibilidad cognitiva, etc.) Disminución del volumen cerebral
<b>Músculo esqueléticas</b>	Disminución de la masa ósea Pérdida de fuerza muscular Miopatía proximal
<b>Endocrinas</b>	Amenorrea Ovario poliquístico Hipotiroidismo ↑ Cortisol Secreción inapropiada de hormona antidiurética
<b>Otras secundarias a purgas</b>	Esofagitis Erosiones del esmalte dental Síndrome de Mallory-Weiss Ruptura esofágica o gástrica Neumonía aspirativa Acidosis metabólica Deshidratación crónica Aumento nitrógeno ureico sanguíneo Predisposición a nefrolitiasis Hiperuricemia

# COMORBILIDAD AN

---

- Aislamiento social
- Trastornos de ansiedad.
- Fobias.
- Depresión.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Abuso de sustancias
- Trastornos de personalidad (OC y límite)
- Síndromes del espectro autista

# COMORBILIDAD BN

- Asociación con otras adicciones.\*

---

- Depresión.
- Ansiedad.
- Fobias.
- Bulimia multiimpulsiva.
- Trastornos de personalidad: explosivo intermitente, trastorno histriónico, trastorno límite.
- TDAH
- Baja autoestima y suicidio.

# Diagnóstico diferencial

- Patología gastrointestinal: EII, E celiaca, Enf infecciosas
- 
- Infecciones crónicas: SIDA, TBC, etc
  - Patología endocrina: hipertiroidismo/hipotiroidismo, DM.
  - Patol psiquiátrica: TOC, T ansiosos, abuso y dependencia de sustancias
  - Otros: lesiones de SNC, neoplasias.

# Exámenes complementarios.

- Hemograma
- Perfil bioquímico: transaminasas elev, bili T elev, albúmina baja.
- ELP
- Gases venosos
- Magnesemia baja
- Creatininemia
- Amilasemia
- P tiroideas: síndrome del eutiroido enfermo
- Gonadotrofinas y esteroides sexuales en mujeres: bajos
- ECG bradicardia, arritmias, QT prolongado, inversión onda T y depresión ST
- Densitometría ósea: densidad mineral ósea baja.

# TRATAMIENTO DE LOS TCA:

- El tratamiento de los TCA es multidisciplinario debe abarcar los aspectos físicos y psicológicos del paciente.
- **Los objetivos del tratamiento son:**
- Restablecer el peso saludable (regular la menstruación, la ovulación, los niveles hormonales, el crecimiento y desarrollo físico y sexual en niños y adolescentes).
- Tratar las complicaciones físicas.
- Incrementar la motivación.
- Suministrar información nutricional.
- Tratar ideas, actitudes y sentimientos disfuncionales relacionados con el trastorno.
- Tratar la comorbilidad asociada.
- Proporcionar apoyo familiar, asesoramiento y terapia familiar apropiadas.
- Prevenir recaídas.

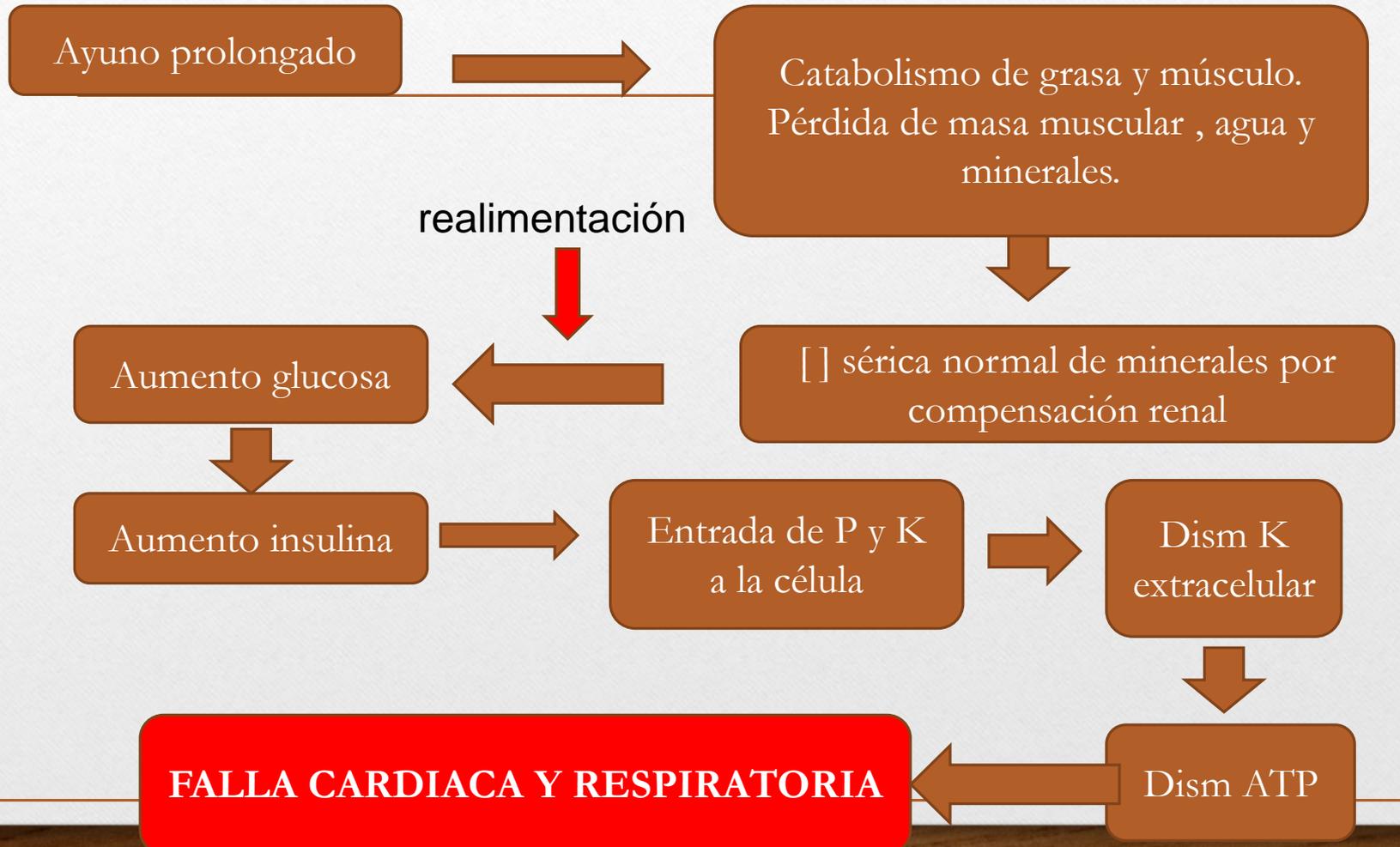
## TABLE 5. Criteria for Hospital Admission for Patients with Eating Disorders (5)

- Heart rate <50 beats per minute while awake
- Heart rate <45 beats per minute while asleep
- Systolic pressure <90 mm Hg
- Temperature <35.6°C (96°F)
- Prolonged QTc or other arrhythmia
- Orthostatic changes in blood pressure (>10 mm Hg)
- Orthostatic changes in pulse (>20 beats per minute)
- Syncope
- Electrolyte abnormalities
- Esophageal tears or hematemesis
- Intractable vomiting
- Suicide risk
- Weight <75% of expected body weight or body fat <10%
- Ongoing weight loss despite intensive management
- Acute weight loss and food refusal
- Failure to respond to outpatient treatment

## Los objetivos del ingreso hospitalario son:

- Tratar las complicaciones médicas.
- La renutrición.
- Tratamiento psicológico: aprendizaje de conductas alimentarias adecuadas, el ejercicio apropiado y moderado, la motivación al tratamiento, el inicio de la resolución de distorsiones cognitivas mayores, la mejoría de la interacción familiar y social.
- El tratamiento de la comorbilidad.
- La prevención de recaídas.

# Síndrome de Realimentación



# Prevención.

- Detectar comorbilidad psiquiátrica.

---

- Orientar en controles sobre pubertad normal.
- Detectar y manejar tempranamente a pacientes con sobrepeso y obesidad.
- Favorecer autoestima.
- Evaluar en controles curva de crecimiento, con énfasis en detectar fluctuaciones.

# Pronóstico.

- Alrededor de un 46% de los pacientes con anorexia y 45% con bulimia mejoran.
- Un 33 % de anorexia y 27% bulimia muestran cierta mejoría.
- Un 20% de pacientes con anorexia y 23% con bulimia muestran un curso crónico de la enfermedad.
- La mortalidad en anorexia alcanza un 5%. En bulimia un 0,32%.

# Bibliografía

1. Ellen S. Rome, Sarah E. Strandjord, “Eating Disorders”. [Pediatrics in Review](#). [August 2016, VOLUME 37](#).
2. Kenisha Campbell, Rebecka Peebles. “Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the Art Review.” [Pediatrics](#). [September 2014, VOLUME 134](#).
3. Verónica Cornejo E. “Nutrición en el Ciclo Vital”. 2014. Editorial Mediterráneo Limitada. Santiago, Chile.
4. Mark A. Goldstein, Esther J. Dechant, Eugene V. Beresin. “Eating Disorders”. [Pediatrics in Review](#). [December 2011, VOLUME 32](#).
5. Carolina López, Janet Treasure. Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes: Descripción y manejo. 2011. Revista Médica Clínica Las Condes, 22(1) 85-97.