TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA INGESTA DE ALIMENTOS

Silvia I. Falasco

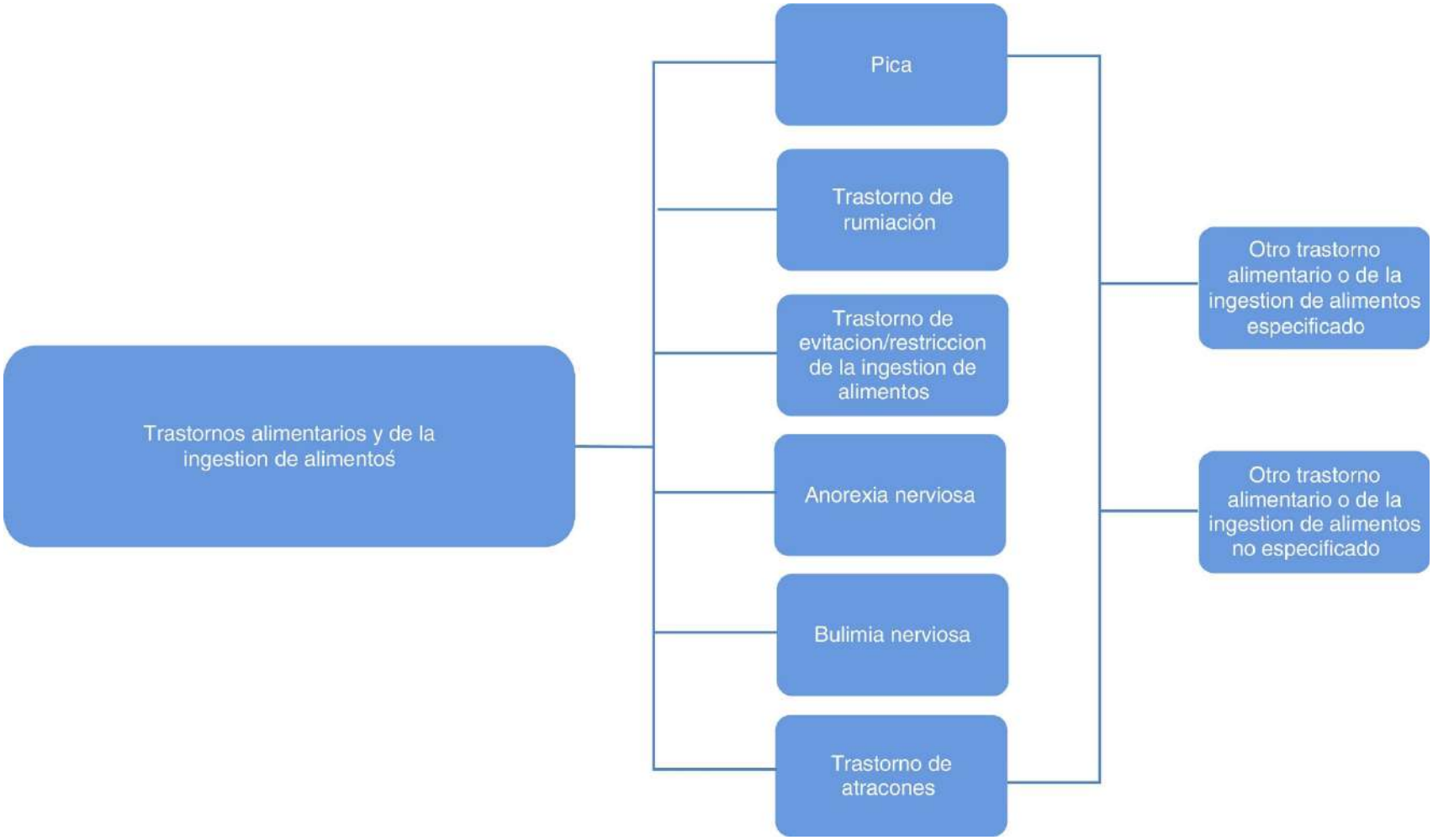
Prof. Titular Departamento Medicina. Univ. Favaloro
Prof. Adjunto Int. Medicina Interna. UBA.
Expresidente de SMIBA. FACP

Curso Universitario Trienal de Clínica Médica- Medicina Interna

- *Alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con ella*
- *Alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos*
- *Deterioro significativo de la salud física o del comportamiento psicosocial*

Las mujeres jóvenes constituyen el grupo más vulnerable

Esquema de la Clasificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria según el DSM V



Fuente American Psychiatric Association (APA 2013)

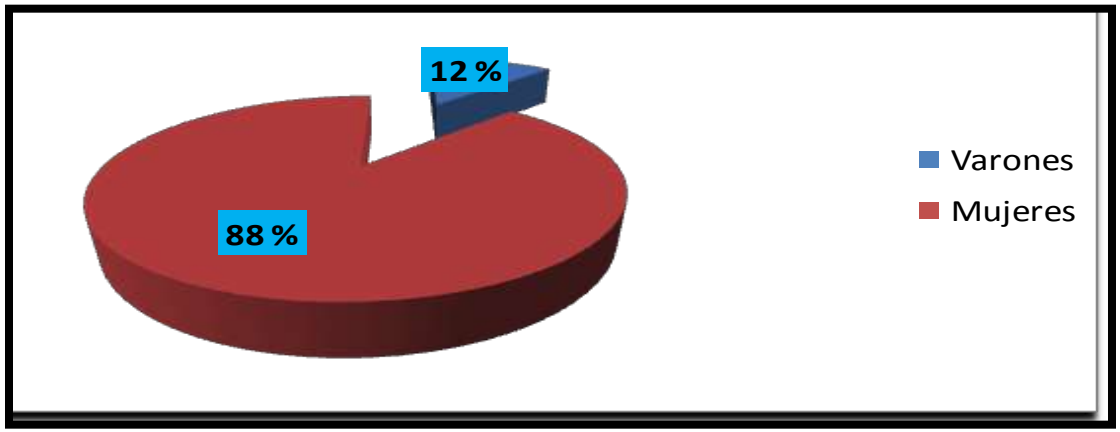
EPIDEMIOLOGÍA

- **Prevalencia: Anorexia Nerviosa 2.2 a 3.6 %**

  Bulimia Nerviosa 1.3 a 2 %

  Binge Eating Disorder 2 a 3.5 %

- **Sexo:**



Pediatr Integral 2017; XXI (2): 82 – 91

EPIDEMIOLOGÍA

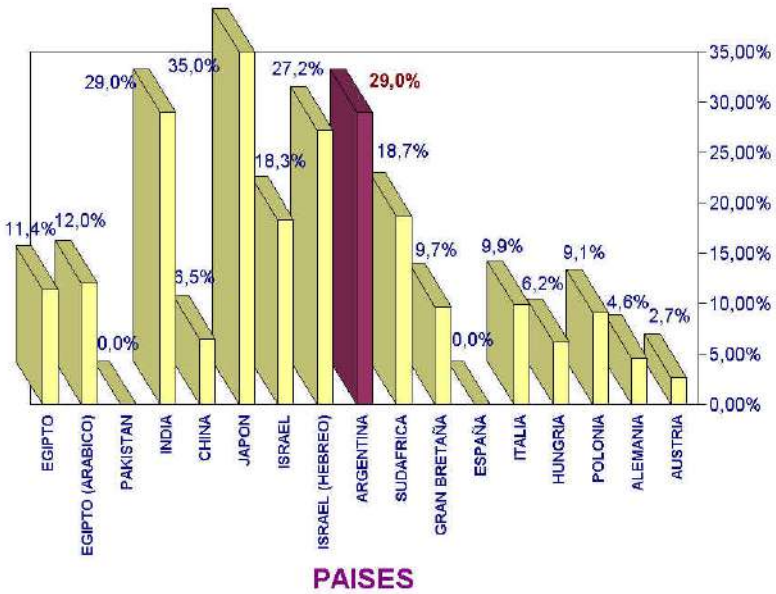
- **Edad: Mayormente aparece entre los 15 y 24 años**

Grupos de riesgo:

- Bailarinas
- Jockeys
- Modelos
- Deportistas (alta competitividad)
- Chefs

EPIDEMIOLOGÍA

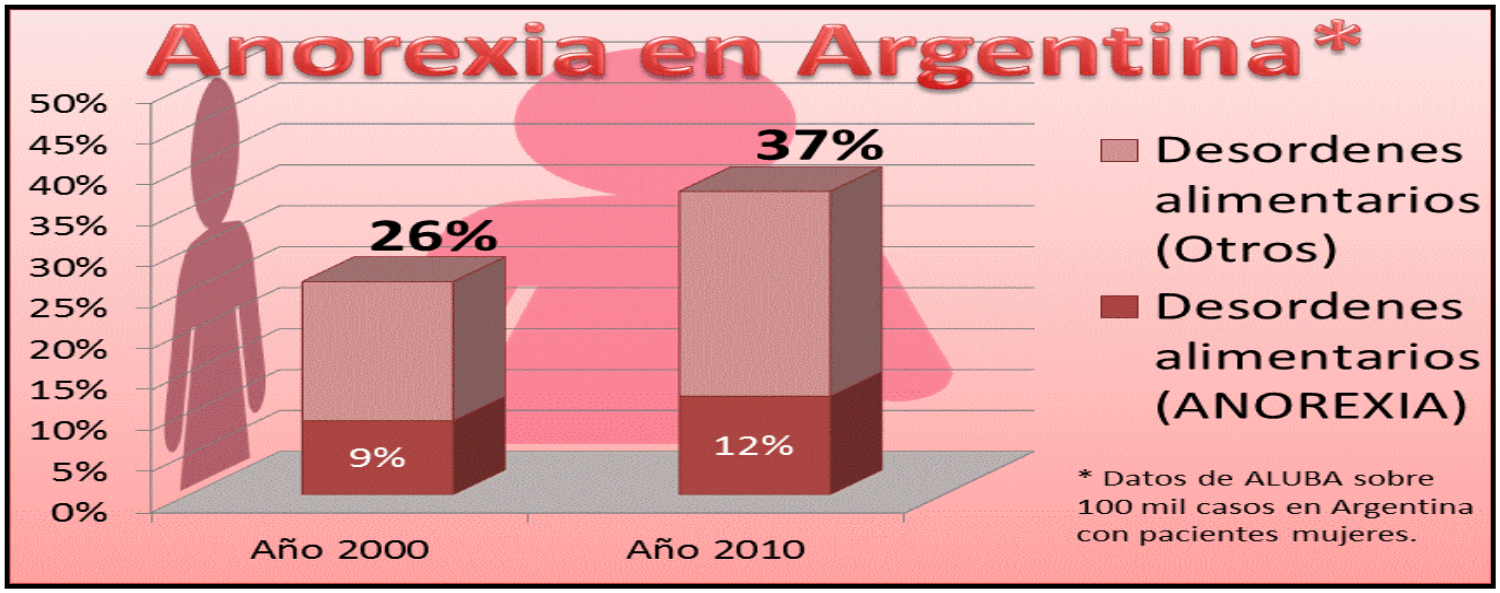
Porcentaje Mundial en Desórdenes Alimentarios

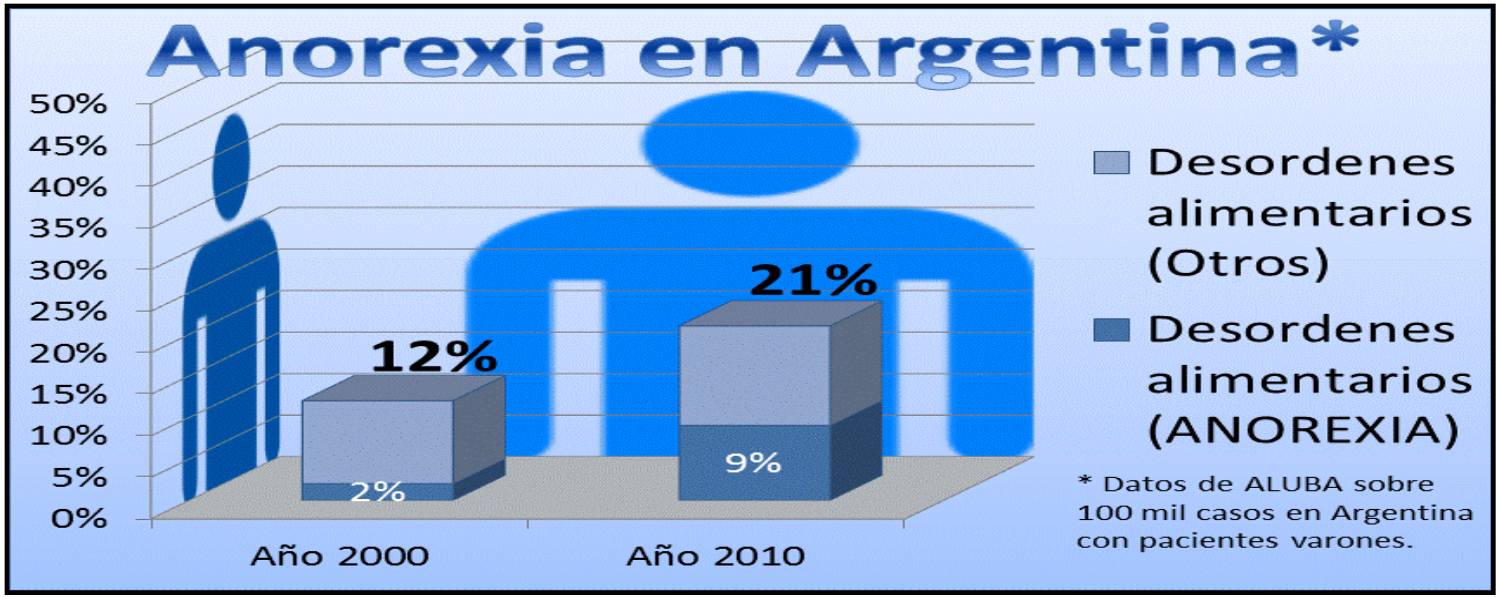


Fuente ALUBA. Buenos Aires. Argentina. 2002

ALERTA SALUD
Argentina es el segundo país con más casos de bulimia y anorexia en el mundo
19/07/2017

EPIDEMIOLOGÍA





ETIOLOGÍA

MULTIFACTORIAL

Factores individuales (biológicos, psicológicos)- Familiares- Socioculturales

- Factores predisponentes
- Factores desencadenantes
- Factores perpetuadores

Criterios diagnósticos para Anorexia Nerviosa según el DSM-V

A. ***Restricción del consumo energético relativo a los requerimientos que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo. Un peso marcadamente bajo es definido como un peso que es inferior al mínimo normal*** o, para niños y adolescentes, inferior a lo que mínimamente se espera para su edad y estatura.

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, ***o una conducta persistente para evitar ganar peso***, incluso estando por debajo del peso normal

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o persistente negación del peligro que comporta el bajo peso corporal actual.

Subtipo restrictivo y subtipo atracón/purga

Criterios diagnósticos para Anorexia Nerviosa según el DSM-V

Especificar si

A. ***<u>En remisión parcial:</u>*** ***Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la AN, sólo se ha recuperado el peso pero todavía se cumple el Criterio B o el Criterio C***

C. ***<u>En remisión total:</u>*** ***Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la AN, no se cumple ninguno de los criterios durante un período continuo***

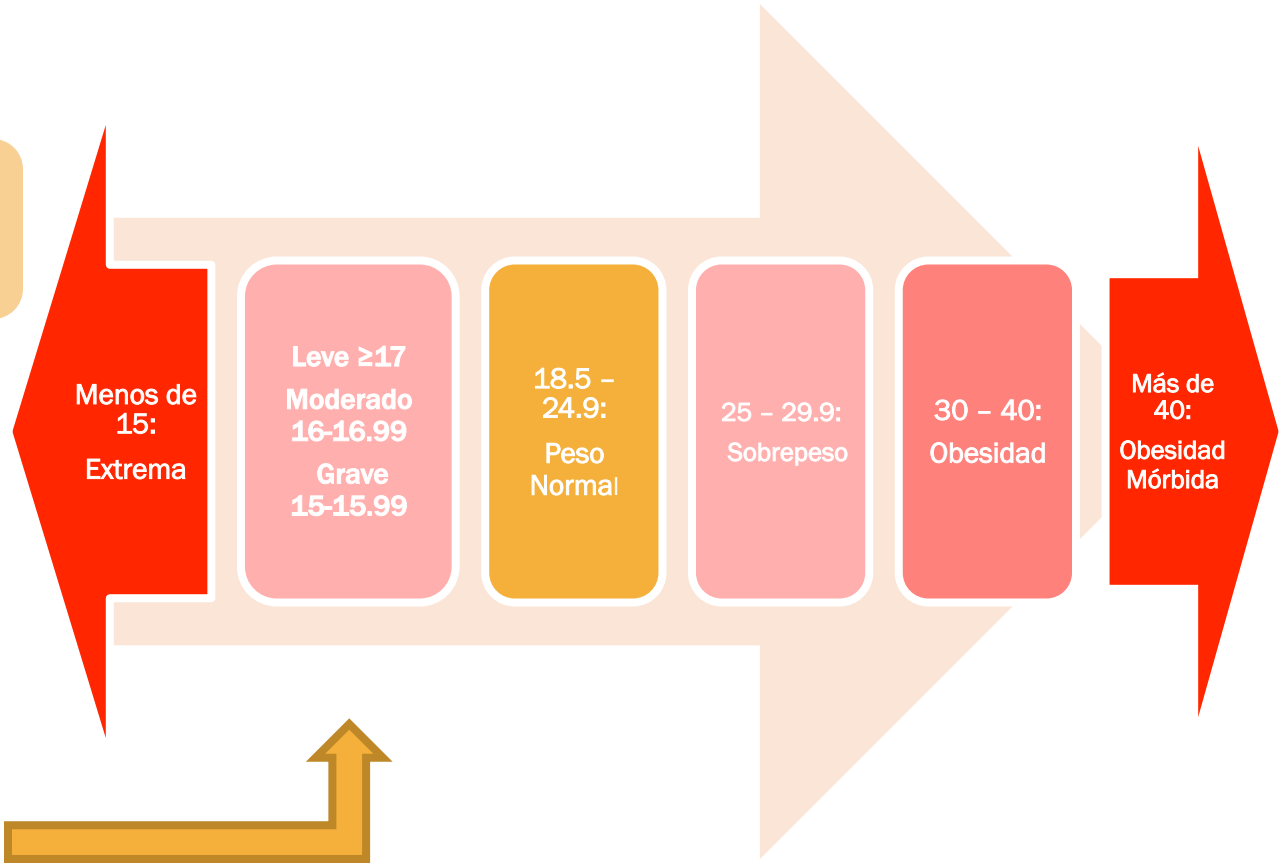
Anorexia Nerviosa

ANOREXIA = BAJO PESO

Especificar gravedad

BMI Body Mass Index (Indice de Masa Corporal)

$$BMI = \frac{p}{h^2}$$



Criterios diagnósticos para Bulimia Nerviosa según el DSM-V

A. Presencia de episodios recurrentes de voracidad (atracón)

B. Conductas compensatorias inapropiadas para evitar ganar peso

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos una vez a la semana durante un período de tres meses.

D. La auto evaluación esta exageradamente influida por el peso y la silueta corporal

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de AN

Criterios diagnósticos para Bulimia Nerviosa según el DSM-V

Especificar si

A.En remisión parcial: ***Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la BN, alguno no se ha cumplido durante un período continuado.***

C.En remisión total: ***Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la BN, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.***

D. Gravedad: ***episodios de conductas compensatorias . inapropiadas x semana***

Leve 1 a 3
Moderado 4 a 7
Grave 8 a 13
Extremo 14 o más

Criterios diagnósticos para Trastorno de Atracones según el DSM-V

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por:

1. Ingestión, en período determinado (p. ej., 2 hs), de una cantidad de alimentos superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas
2. Sensación de pérdida de falta de control sobre lo que se ingiere

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápido que lo normal
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre
4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere
5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado

Criterios diagnósticos para Trastorno de Atracones según el DSM-V

C. Malestar intenso respecto a los atracones
D. Los atracones se producen, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses
E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado, como en la BN, y no se produce exclusivamente en el curso de la AN o BN

Especificar si

A.<u>En remisión parcial:</u> los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado

C.<u>En remisión total:</u>

D. <u>Gravedad:</u> ***Leve 1 a 3 atracones x sem.***
Moderado 4 a 7 x sem.
Grave 8 a 13 x sem.
Extremo 14 o más

Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado

1. **Anorexia Nerviosa Atípica: a pesar de la pérdida significativa de peso éste es normal**

3. **Bulimia Nerviosa de frecuencia baja y/o duración limitada**

5. **Trastorno de atracón de frecuencia baja y/o duración limitada**

4. **Trastorno por purga en ausencia de atracón**

5. **Síndrome de ingesta nocturna de alimentos**

Paciente de sexo femenino, 18 años, tras la separación de sus padres comienza con restricción alimentaria, vomita regularmente 2 a 3 veces por semana, presenta hiperactividad física y aislamiento social. Perdió 12 kg en los últimos 3 meses. Su IMC es 19.5 Kg/m^2. Temor a engordar. Considera que la figura es importante en su autoevaluación por lo que desea bajar otros 20 kg. Clasificaría este TCA como:

1- Anorexia Nerviosa subtipo purgativa

2- Anorexia Nerviosa en remisión parcial

3- Bulimia Nerviosa

4- Otro TCA o de la ingesta de alimentos especificado

5- Otro TCA o de la ingesta de alimentos no especificado

Paciente de sexo femenino, 18 años, tras la separación de sus padres comienza con restricción alimentaria, vomita regularmente 2 a 3 veces por semana, presenta hiperactividad física y aislamiento social. Perdió 12 kg en los últimos 3 meses. Su IMC es 19.5 Kg/m^2. Temor a engordar. Considera que la figura es importante en su autoevaluación por lo que desea bajar otros 20 kg. Clasificaría este TCA como:

1- Anorexia Nerviosa subtipo purgativa

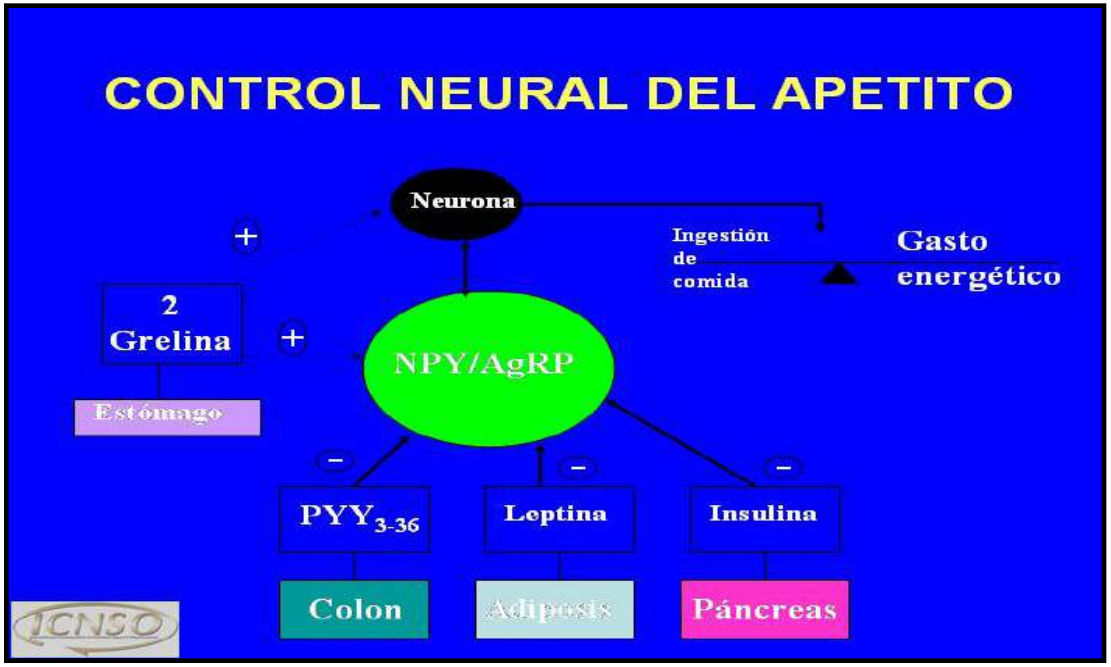
2- Anorexia Nerviosa en remisión parcial

3- Bulimia Nerviosa

4- **Otro TCA o de la ingesta de alimentos especificado**

5- Otro TCA o de la ingesta de alimentos no especificado

En los Trastornos Alimentarios se desregula el sistema de control del apetito

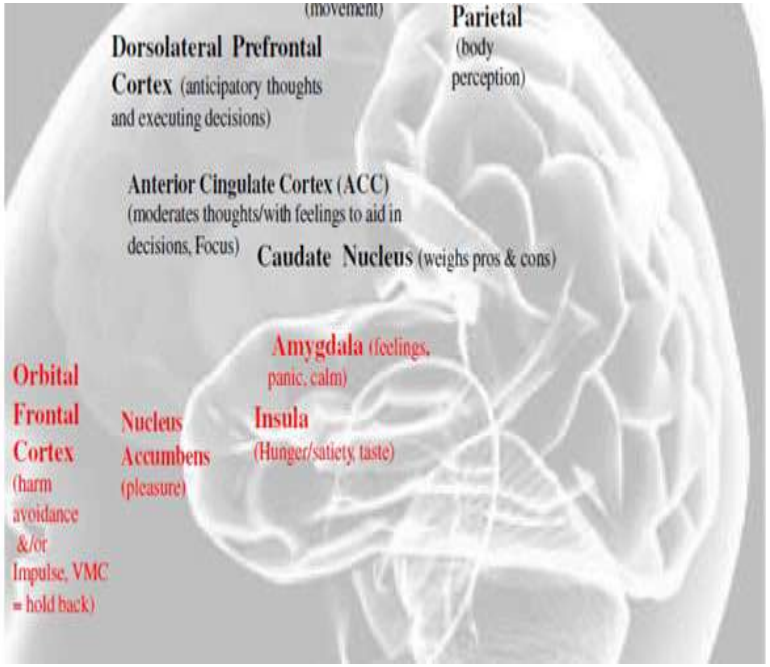


NEUROBIOLOGIA AN

Hipometabolismo en el lóbulo parietal bilateral y disfunción del circuito límbico.

Áreas del cerebro involucradas en la modulación de la recompensa de los alimentos y la motivación para comer en la corteza mesolímbica y el núcleo Estriado.

Disfunción circuitos TALAMO CORTICO-ESTRIATALES



Hill, L., Peck, S.K., Wierenga, C.E. et al. Applying neurobiology to the treatment of adults with anorexia nervosa. J Eat Disord 4, 31 (2016).

NEUROBIOLOGIA

ANOREXIA NERVIOSA

NPY (+ CRH, AVP ;↓ LH, Termogénesis; desinterés sexual)

CRH (anorexígeno central, depresión, amenorrea, hiperact)

AVP (+ ACTH)

CCK

Dopamina (inh Gn RH)

Leptina (↓TG, Gn, GE, ↑GC)

NA

Péptidos opioides (depresión, +HHA, - alimentación)

NEUROBIOLOGIA

BULIMIA NERVIOSA

PYY (recidiva) ⇧

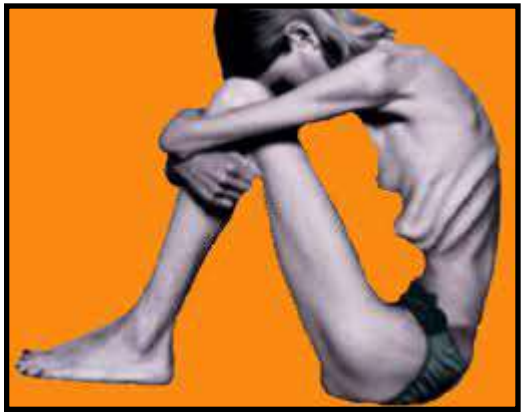
CCK

Serotonina (ritmo circadiano alimentación)

NA N

Péptidos opioides

Leptina (vinculado desregulación serotonina) ⇩



El cuadro clínico de la anorexia nerviosa está determinado en general por las consecuencias de la desnutrición y en la bulimia nerviosa por las consecuencias de las conductas purgativas

MANIFESTACIONES

FISICAS

DE LA

ANOREXIA NERVIOSA

La paciente llega a la consulta acompañada por un familiar

Piel y Faneras

- Piel reseca
- Fría
- Pálido/amarillenta
- Pelo ralo quebradizo
- Caída del cabello
- Lanugo
- Uñas quebradizas
- Intolerancia al frío
- Lesiones por automutilación

Aparato Cardiovascular

- Bradicardia
- ↓ Volumen cardíaco
- Arritmias
- Hipotensión arterial
- Acrocianosis
- IC
- Derrame pericárdico
- Prolapso V. Mitral
- Medio proaterogénico
- Medio protrombótico
- Muerte súbita

Aparato Digestivo

- Vaciado gástrico enlentecido
- Constipación
- Cuerda cólica palpable
- Dolor abdominal
- Insuf. Pancreática
- Elevación enzimas hepáticas
- Falla hepática aguda
- SAMS

Riñón, Fluidos y Electrolitos

- Deshidratación, hipovolemia
- Disminución FG→IRA. ERCT
- Nefropatía tubulointersticial
- Diabetes insípida nefrógena
- Edemas
- Litiasis renal

Sistema Hematopoyético e inmune

- Leucopenia
- Anemia
- Plaquetopenia
- Hipoplasia medular
- ↓Inmunoglobulinas
- ↓Complemento

Aparato Respiratorio

- Neumotórax
- Alt.de la contractilidad diafragmática
- Enfisema pulmonar

American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine; 2005 vol 172: 398-399. Rev. Méd. Risaralda 2017; 23 (1): 64 - 69

Sistema Nervioso

- Polineuropatías
- Cefaleas
- insomnio
- Convulsiones
- Alteraciones cognitivas
- Atrofia cerebral (Archives of Pediatry and Adolescent Medicine 1997;151: 793-797 – Medicina Clínica 2005;124:571-572)

Sistema Endocrino

- Amenorrea
- Alt. de la termorregulación
- Disfunción tiroidea
- ↑GH
- Hipercortisolemia
- ADH errática

Metabolismo

- Hipoglucemia
- Hipercolesterolemia
- Hipercarotinemia
- Deficiencia de Zinc
- Hipoproteinemia
- Pérdida de masa ósea
- Hipocalcemia
- Hipofosfatemia

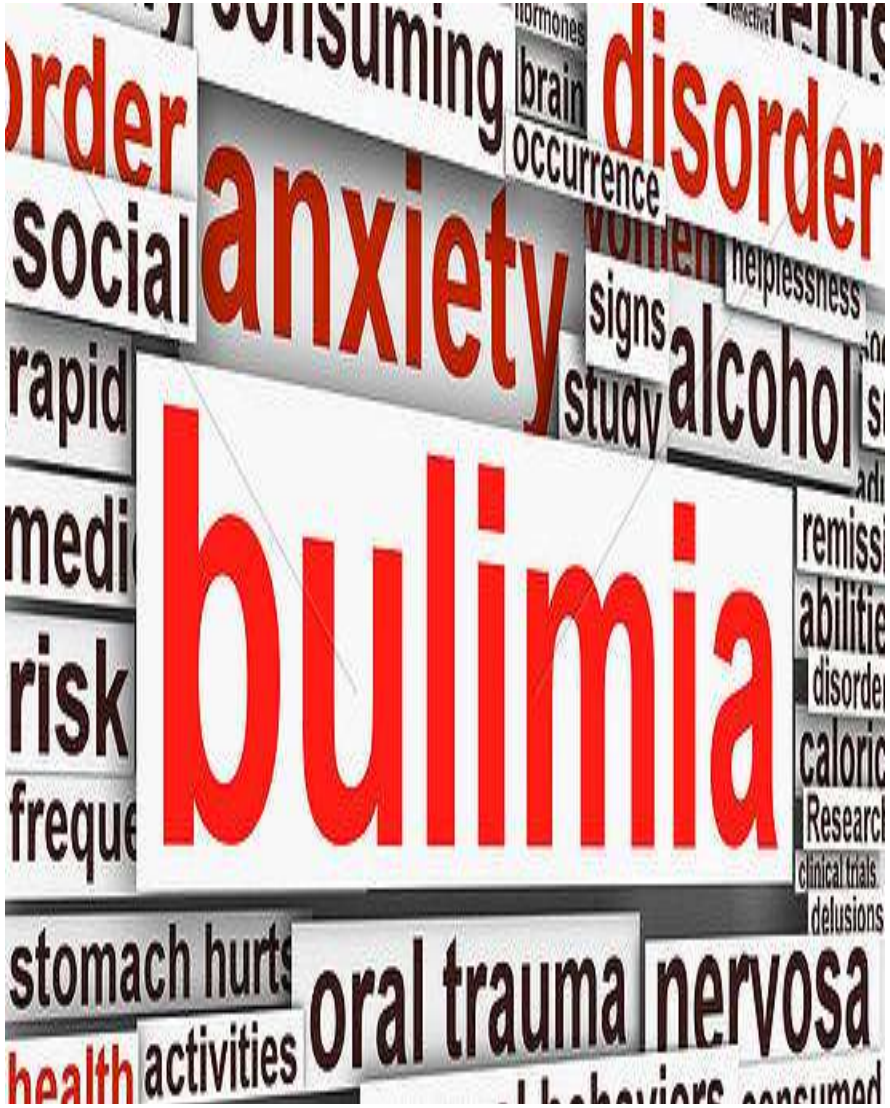
Sistema musculoesquelético

- Hipotonía muscular
- Miopatía muscular

El hallazgo más evidente de la exploración física es la EMACIACION

La mayoría de las complicaciones de la AN remiten con la recuperación nutricional y/o el cese de las conductas purgativas, pero otras pueden ser Irreversibles

- ***Retardo del crecimiento*** **(en los casos en que el TCA se presenta antes del cierre de la epífisis)**
- ***Pérdida del esmalte dental,***
- ***Cambios en la estructura cerebral,***
- ***Retardo o detención en el desarrollo puberal***
- ***Dificultad para la adquisición de masa ósea*** **(predisponiendo a osteopenia u osteoporosis)**



MANIFESTACIONES

FISICAS

DE LA

BULIMIA NERVIOSA

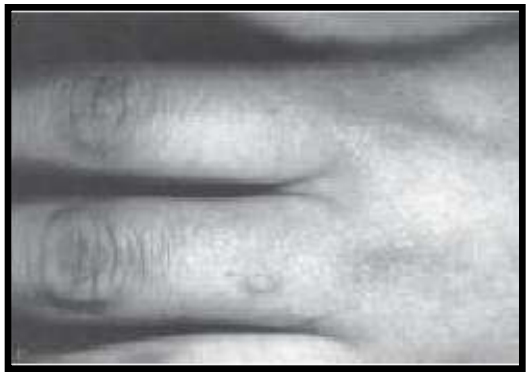
Las pacientes consultan por ellas mismas generalmente por lo caótico de su patrón alimentario y la sensación de descontrol

- **Peso normal, sobrepeso o bajo peso**
- **Amenorrea, oligomenorrea, irregularidades menstruales**
- **Constipación**

Consecuencias de las conductas purgativas

VOMITOS AUTOINDUCIDOS

- Alteraciones dentales
- Hipertrofia de glándulas salivales
- RGE- Esofagitis
- Sme. Mallory-Weiss
- Laceraciones en faringe
- Ruptura de esófago, estómago
- Neumonía aspirativa
- Alcalosis metabólica hipoclorémica
- Hipokalemia
- Deshidratación
- Aumento de amilasa sérica salival
- Signo de Russell



ABUSO DE DIURETICOS

- Hipokalemia
- Hiponatremia
- Hipofosfatemia
- Hipomagnesemia
- Alcalosis metabólica hipoclorémica
- Deshidratación
- Edema de rebote
- Nefropatía tubulointersticial

ABUSO DE LAXANTES

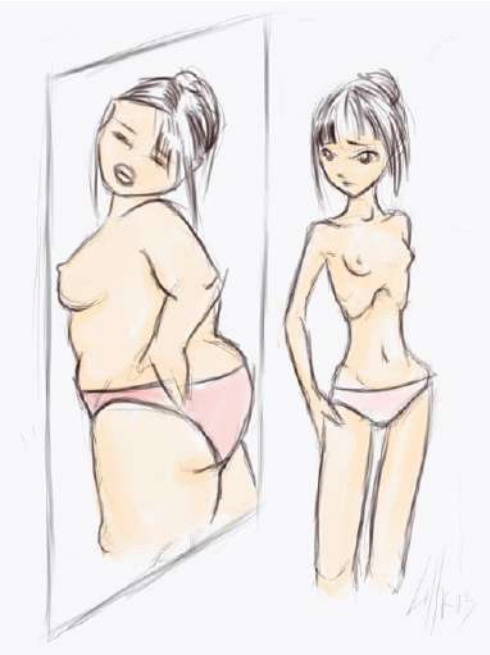
- Constipación crónica/ colon catártico
- Hipokalemia
- Hiponatremia
- Hipomagnesemia
- Acidosis metabólica hiperclorémica
- Deshidratación
- Depleción de volumen con + SRAA
- Sind. mala absorción
- Melanosis coli

Melanosis coli

LABORATORIO

- ❑ Urea y Creatinina
- ❑ Colesterolemia
- ❑ Enzimas hepáticas
- ❑ Amilasa salival
- ❑ Acidos grasos libres

- ❑ Hemoglobina
- ❑ Recuento de GB y plaquetas
- ❑ Eritrosedimentación
- ❑ K, Na
- ❑ Glucemia
- ❑ Albúmina



Otros Exámenes Complementarios

- ✓ECG
- ✓Rx. Tórax
- ✓Gasometría arterial
- ✓Hnas tiroideas
- ✓Estradiol. FSH. LH. Prolactina. Cortisol
- ✓FG
- ✓Perfil del hierro, ac. fólico, vitamina B12
- ✓DMO
- ✓Ecocardiograma, Holter
- ✓EEG
- ✓Ecografía ginecológica
- ✓TAC, RMN cerebral

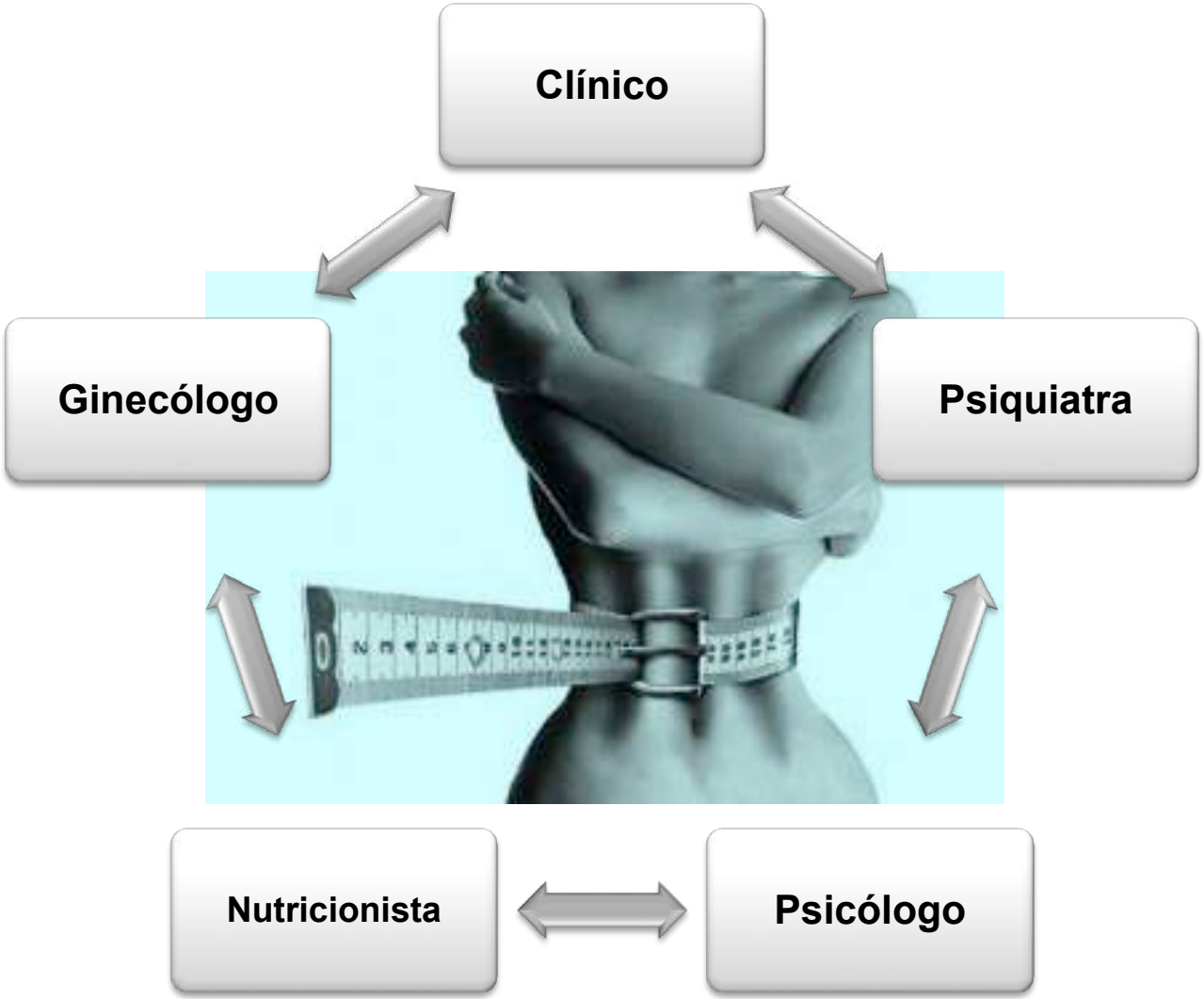
¿Cuándo sospechar un TCA no explicitado por el paciente?

Somáticos: Retraso en el crecimiento, fluctuaciones en el peso, incapacidad de aumentar de peso, fatiga, constipación o diarrea, susceptibilidad a fracturas, menarca retrasada, hipokalemia, hiperamilasemia, acidosis o alcalosis metabólica

Conductuales: Cambio en los hábitos alimentarios, dificultad en comer en público, depresión, aislamiento, comportamiento secreto, abuso de sustancias, ejercicio físico excesivo, robo

Tratamiento

Tratamiento Multidisciplinario



TRATAMIENTO

Objetivos

- Estabilizar los parámetros nutricionales y médicos
- Restablecer el patrón alimentario
- Mejorar las distorsiones cognitivas
- Mejorar autoestima
- Identificar y resolver los factores precipitantes psicosociales
- Separar la autovaloración del peso y figura

María, 21 años, con diagnóstico reciente de AN, ingresa al servicio de Emergencias deshidratada, Fc 40 lpm, TA 70/50 mm Hg, T° axilar 35.9°C, acrocianosis. Está con terapia cognitivo-conductual. La madre refiere que en los últimos 10 días ingirío 1 yogurt/d por negación a incorporar otro alimento. Está hiperactiva e irritable. IMC de 15 Kg/m^2 . Cuál sería su conducta:

1. Hidratar en guardia, enviar al domicilio, consulta psiquiatría
2. Hidratar en guardia. Enviar a domicilio con plan alimentario de 1500 Kcal/d. Control en 1 semana. Consulta con psiquiatría
3. Internación. Hidratación. Alimentación con SNG con plan de 1500 Kcal/d. Consulta con psiquiatría
4. Internación. Hidratación. Suplementos vitamínicos. Respetar la ingesta de 1 yogurt/d. Consulta con psiquiatría

María, 21 años, con diagnóstico reciente de AN, ingresa al servicio de Emergencias deshidratada, Fc 40 lpm, TA 70/50 mm Hg, T° axilar 35.9°C, acrocianosis. Está con terapia cognitivo-conductual. La madre refiere que en los últimos 10 días ingirío 1 yogurt/d por negación a incorporar otro alimento. Está hiperactiva e irritable. IMC de 15 Kg/m^2 . Cuál sería su conducta:

1. Hidratar en guardia, enviar al domicilio, consulta psiquiatría
2. Hidratar en guardia. Enviar a domicilio con plan alimentario de 1500 Kcal/d. Control en 1 semana. Consulta con psiquiatría
3. Internación. Hidratación. Alimentación con SNG con plan de 1500 Kcal/d. Consulta con psiquiatría
4. **Internación. Hidratación. Suplementos vitamínicos. Respetar la ingesta de 1 yogurt/d. Consulta con psiquiatría**

CRITERIOS DE INTERNACION EN AN

Desnutrición mayor 30%

Bradicardia significativa

Hipotensión

Hipoglucemia

Hipotermia

Deshidratación

Desequilibrio electrolitos

Infecciones

Incontinencia familiar

Autoagresiones

Rechazo a la ingesta

Emergencias psiq.

Factores sociales

Tratamiento. Realimentación

- La ganancia temprana de peso predice mejores resultados
- Cuando la vía oral no es una opción colocar SNG
- Corrección trastornos hidroelectrolíticos
- Pacientes con severo bajo peso

✓British 5 a 10 kcal/kg/d, aumentando a 20 kcal/kg/d dentro 2 d

✓España 25 kcal/kg/d, max 1000 kcal/d

✓APA 30-40 kcal/kg/d

- Ganancia de peso 500-1500 g/sem
- Suplementos nutricionales

J. Clin. Med. 2019, 8, 153
Nutr Clin Med 2018; 2: 95-108

SINDROME DE REALIMENTACION

Hipofosfatemia

Hipomagnesemia

Hipokalemia

Depleción de tiamina

Alteraciones en el metabolismo de la glucosa

Retención hidrosalina

Debilidad muscular generalizada, tetania, disfunción miocárdica, arritmias, retención de agua y sodio, anemia hemolítica, rabdomiólisis, ataxia, confusión, parestesias, parálisis, convulsiones y muerte por insuficiencia cardíaca congestiva o por depresión respiratoria

Tratamiento. Pautas Generales

- Interrupción brusca de laxantes
- Interrupción gradual de diuréticos
- En BN Plan alimentario normocalórico, fraccionado, normal en H de C
- AHF: dietas restrictivas- actividad física vigorosa- stress

SALUD OSEA- RCV- FERTILIDAD

Ganancia de peso con peso sostenido 6-12 meses

TCC

ACO beneficio limitado o nulo sobre DMO

Tratamiento. Pautas Generales

En aquellas mujeres que no recuperan las menstruaciones luego de las intervenciones nutricionales, psicológicas y/o cambios en el ejercicio, se recomienda el uso durante un corto plazo de terapia transdérmica con estradiol y progesterona cíclica vía oral

J Clin Endocrinol Metab 2017 May; 102(5):1413-1439)

Tratamiento. Masa ósea

- Restauración del peso
- Suplementación de calcio y vitamina D
- Actividad física tipo caminata
- Se sugiere no utilizar bifosfonatos, denosumab, testosterona o leptina para mejorar la DMO en mujeres con AHF J Clin Endocrinol Metab 2017 May; 102(5):1413-1439)
- Bifosfonatos N Engl J Med 2020; 382:1343-1351

CRITERIOS DE INTERNACION EN BN

- Depresión severa
- Intento de suicidio
- Salud física preocupante
- Alteraciones hidroelectrolíticas severas
- Primer trimestre de embarazo y hábitos alimentarios severamente perturbados
- Refractario al tratamiento ambulatorio

EVOLUCION

60% se recuperan

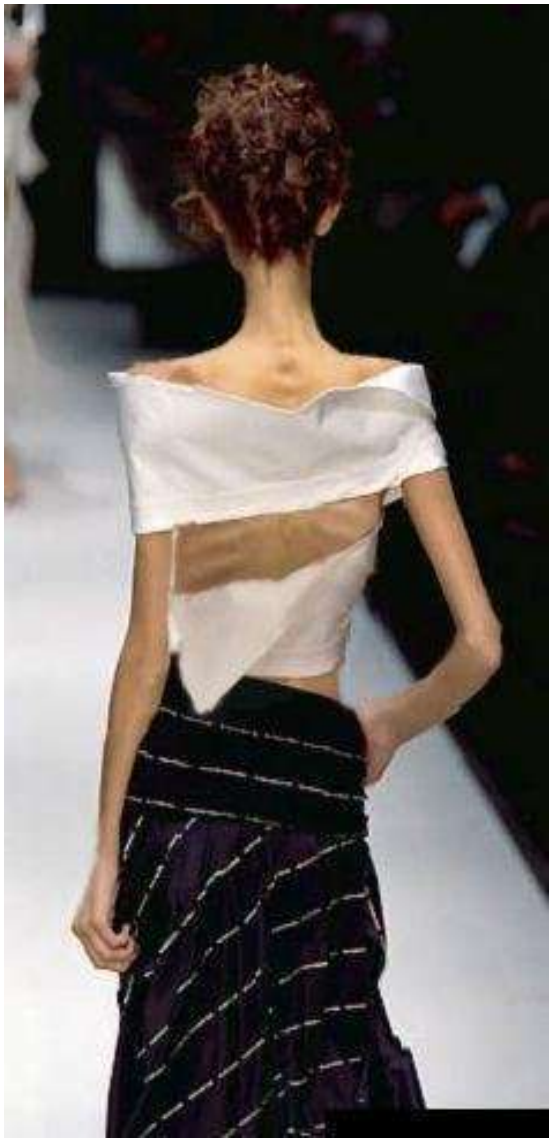
20% se recuperan parcialmente

15% no mejoran

5% fallecen

AN mortalidad a corto plazo 1-5%, a largo plazo (20 años) 20% (Arch. Argent. pediatr.2006;104(3):253-260)

AN 5 % por década, BN 2 % por década (DSM V- APA 2013)



“El mejor enfoque para la solución del diagnóstico y la terapéutica de un caso en particular lo encontramos a través de un examen clínico inteligente que no desprecie lo inmutable de la semiología clásica más los exámenes complementarios adecuados y con la información bibliográfica actualizada y sabiamente selecciona”

Prof. Dr. Miguel Falasco

Muchas Gracias