

Anorexia nerviosa

Autores

María Jesús Castro Abella

M. Residente en Medicina Familiar y Comunitaria.

Servicio de Atención Primaria de Cambre SERGAS- España

Agradecimiento: a Jesús Alberdi Sudupe y Luis Ferrer i Balsebre, psiquiatras, por su revisión y aportaciones.

Agradecimiento:

Jesús Alberdi Sudupe y Luis Ferrer i Balsebre, psiquiatras, por su revisión y aportaciones.

Guías Clínicas 2002; 2(24)

Elaborada con opinión de un médico y revisión posterior por colegas

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Aviso a pacientes o familiares:

La información de este sitio está dirigido a profesionales de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.

Puntos clave

- La AN forma parte de un grupo de trastornos caracterizados por una alteración del comportamiento alimentario (TCA) y que engloba también la bulimia y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE).
- El tratamiento de la anorexia no corresponde a una única especialidad, debe basarse en la cooperación del médico de familia, psiquiatras, psicólogos, endocrinos y ginecólogos. Estos podrían ser los pilares fundamentales: Reeducación de hábitos alimentarios, control de peso, ejercicio físico, control analítico, terapia farmacológica y psicoterapia
- Entre los factores de buen pronóstico se encuentran el diagnóstico y tratamiento precoces, la ausencia de antecedentes psicopatológicos familiares, el incremento de peso al inicio del tratamiento, el reconocimiento de la existencia de la enfermedad y el buen apoyo familiar

¿Qué es la anorexia nerviosa?

La AN forma parte de un grupo de trastornos caracterizados por una alteración del comportamiento alimentario (TCA) y que engloba también la bulimia y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE).

Los criterios diagnósticos del DSM IV son:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (peso inferior al 85% del esperado, no ganancia del peso esperado en prepúberes).
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso.
- Alteración de 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.
- En mujeres pospuberales, presencia de amenorrea (ausencia de al menos tres ciclos consecutivos).

Distingue dos tipos:

- Tipo restrictivo: durante el episodio no recurren regularmente a "atacones" (apetito irrefrenable) o purgas (vómitos inducidos o abuso de laxantes, diuréticos o enemas).
- Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio recurren regularmente a atracones o purgas.

Los criterios diagnósticos del CIE-10 son:

- Pérdida de peso significativa. En prepúberes, fracaso en la ganancia de peso esperable.
- La pérdida de peso es autoinducida mediante evitación de alimentos que engorden y dos o más de los siguientes síntomas: vómitos autoinducidos, toma de laxantes, exceso de ejercicio físico, uso de inhibidores del apetito y/o diuréticos.
- Una psicopatología específica según la cual persiste como idea sobrevalorada e intrusiva el horror a la gordura y/o la flacidez, y la paciente se impone un umbral de bajo peso.
- Un trastorno que involucra el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal que se manifiesta en la mujer como amenorrea y en el varón como falta de interés sexual e impotencia. Puede haber niveles elevados de GH y cortisol, cambios en el metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anormalidades en la secreción de insulina.
- Si la aparición es prepuberal, se interrumpe el crecimiento. En las niñas no se desarrollan los pechos y hay amenorrea primaria, en los niños los genitales permanecen juveniles. Con la recuperación generalmente se

completa la pubertad pero se retrasa la menarquia.

La edad de inicio suele estar entre los 12 y los 18 años y es mucho más frecuente en mujeres. La incidencia de la AN aumentó en las últimas décadas desde 0,37/ año/ 100.000 habitantes en los años 60 a 6,3/ año/ 100.000 habitantes en la década de los 80. Se estima que su prevalencia en España es del 0,3% en mujeres de 12 a 21 años. No existen datos paralelos respecto a la población masculina ni adulta de ambos sexos. Es casi inexistente en países del tercer mundo.

Existen múltiples estudios acerca de la etiopatogenia de la anorexia nerviosa, aunque todavía no se han encontrado resultados concluyentes. Se cree que se debe a la confluencia de varios factores que se dividen en:

- Factores predisponentes: Entre los que se encuentran:
 - Factores individuales: se habla de una posible influencia genética apoyada por estudios de concordancia gemelar y por la presencia del gen 5HT-2A en un gran número de pacientes, activado en situaciones de malnutrición.
 - Se detectó un aumento de la actividad serotoninérgica en pacientes con anorexia nerviosa lo que contribuye a la reducción de la ingesta y también parece relacionarse con alteraciones de la conducta.
 - Se asocia con frecuencia a trastornos psiquiátricos, principalmente depresión mayor y trastorno obsesivo-compulsivo.
 - Se encontraron casos de AN en niños con infección por estreptococo, en los que remitió la sintomatología tras el tratamiento de la infección.
 - Con estudios de imagen (TAC, SPECT, etc) se vieron determinadas alteraciones anatómicas y metabólicas que podrían estar relacionadas con la aparición de anorexia.
 - Factores familiares: presencia de casos de alcoholismo y trastornos psiquiátricos en familiares de primer grado.
 - Factores culturales: el culto al cuerpo y los cánones de belleza de los últimos años.
 - Factores precipitantes: el más reconocido es el inicio de una dieta restrictiva.

¿Cómo diagnosticarla?

Generalmente son familiares, amigos o profesores los que demandan ayuda, casi nunca el paciente. Los signos y síntomas que nos harán sospecharla son:

- Pérdida de peso.
- Sentimiento de estar gorda, con un peso adecuado o incluso menor al esperable, y con fuerte deseo de seguir adelgazando
- Retraso en el crecimiento en niños y adolescentes
- Amenorrea o irregularidades en la menstruación
- Lanugo
- Ejercicio físico abusivo
- Uso de tallas grandes de ropa, usar sobre todo pantalones
- Evitar comer en compañía y comidas familiares
- Desaparecer después de las comidas
- Trocear en pequeños fragmentos la comida y distribuirla por el plato
- Aislamiento social
- Supervisión del contenido en calorías de todo lo que comen
- Comer solo alimentos bajos en calorías
- Tomar diuréticos o laxantes

Ya en la consulta los pasos a seguir son los siguientes:

tes:

1. Historia clínica. En la primera cita preguntar a la paciente y a la familia por separado acerca de los signos y síntomas descritos previamente. Pueden usarse algunos cuestionarios en la entrevista (EAT, EDI I y II, Abos, COOPER, etc.)
2. Exploración física: Peso, talla, IMC (17,5-18 ó menos sugieren AN), tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria. La inanición puede provocar trastornos endocrinos y médicos diversos, pudiéndose afectar la mayoría de aparatos y sistemas.
3. Pruebas complementarias:
 - Hemograma: puede ser normal, existir anemia y/o leucopenia
 - Bioquímica completa: glucosa (tendencia a hipoglucemia), función renal, iones (hipopotasemia), colesterol (aumentado por hipotiroidismo), triglicéridos, proteinograma, transaminasas (normal o aumentadas) y amilasa (aumento en ruidadores/vomitadores).
 - Análisis elemental de orina
 - EKG. Puede haber: bradicardia sinusal, prolongación del espacio QT, alteraciones propias de la hipopotasemia y/o arritmias.
 - Estudio hormonal: hormonas tiroideas (disminución de T3), disminución LH y FSH (lo que causa la amenorrea), disminución de prolactina, disminución de 17-betaestradiol, aumento de GH, hiper-cortisolemia con pérdida del ritmo diurno.
 - Estudio radiológico: densitometría ósea si amenorrea mayor de 12 meses.
4. Hacer el diagnóstico diferencial con:
 - Trastornos psiquiátricos: ansiedad, fobias hacia alimentos, trastornos paranoides, dismorfofobia, trastorno digestivo somatomorfo....
 - Trastornos orgánicos: tumor cerebral, enfermedad inflamatoria intestinal, acalasia, hipertiroidismo, diabetes mellitus, neoplasias, etc.

¿Cómo se trata?

El tratamiento de la anorexia no corresponde a una única especialidad, debe basarse en la cooperación del médico de familia, psiquiatras, psicólogos, endocrinos y ginecólogos. Estos podrían ser los pilares fundamentales:

- Reeducación de hábitos alimentarios: prescribir una dieta inicial de 1000-1500 calorías e ir aumentando el contenido calórico hasta cubrir sus necesidades. La paciente no debe comer sola ni saltarse ninguna comida, sin presionarla.
- Control de peso: pesarla desnuda o en ropa interior para evitar engaños bajo la ropa. La ganancia esperada es de 250-500 gramos por semana.
- Ejercicio físico: eliminarlo inicialmente e introducirlo progresivamente
- Control analítico para vigilar las complicaciones.
- Terapia farmacológica: no hay actualmente ningún fármaco específico para la AN. Se usan antidepressivos, benzodiacepinas, neurolepticos, según el cuadro clínico predominante en la paciente. Estudios realizados con Fluoxetina y amitriptilina frente a placebo no demostraron eficacia alguna de estos fármacos. El tratamiento con ISRS tras la recuperación de peso parece relacionarse con una disminución en las recaídas. No hay estudios sobre la eficacia de los neurolepticos.
- Psicoterapia: encaminada a modificar los pensamientos y hábitos respecto al peso, imagen corporal y la alimentación. Se usan: la terapia cognitiva-conductual, la psicoanalítica, la interpersonal y la de grupo, que puede usarse en combinación con

las otras o como único tratamiento. Los estudios comparativos existentes no encontraron diferencias significativas entre los distintos tipos de terapia. Existen también las asociaciones de familiares donde intercambiar experiencias, conocer mejor la enfermedad, etc.

Niveles de atención

En casos leves el tratamiento lo realizará el médico de familia en colaboración con la unidad de salud mental (USM). El médico de familia generalmente es quien realiza la primera consulta que debe constar de anamnesis, exploración física general y petición de pruebas complementarias. Ante la sospecha de anorexia nerviosa puede derivarse a la USM donde se completará la evaluación psicológica y del entorno familiar, el diagnóstico y el tratamiento psicológico y farmacológico. El seguimiento puede hacerse compartido. En caso de que fuera necesario podrá contactarse con otros niveles o especialidades.

Hospital de día: indicado cuando ha fracasado el tratamiento ambulatorio, cuando el paciente tenga buen apoyo familiar y tolere la participación en grupos. Contraindicado si existe riesgo de suicidio, complicaciones médicas severas o abuso de sustancias. En España, esta opción solo existe en algunas ciudades.

Hospitalización. Los criterios de ingreso son: desnutrición severa, alteraciones hidroelectrolíticas graves, situación inestable, vómitos incoercibles, riesgo de suicidio, patología orgánica o psiquiátrica concomitante grave, falta de respuesta al tratamiento ambulatorio o una situación familiar desfavorable.

Pronóstico

Entre los factores de buen pronóstico se encuentran el diagnóstico y tratamiento precoces, la ausencia de antecedentes psicopatológicos familiares, el incremento de peso al inicio del tratamiento, el reconocimiento de la existencia de la enfermedad y el buen apoyo familiar.

Existen datos de estudios a largo plazo que revelan una cronicidad en el 20-25% de los casos y una mortalidad del 20% a los 20 años. No se debe hablar de curación hasta pasados 4 años sin síntomas. Entre las causas de muerte se encuentran con frecuencia las infecciones, las complicaciones gastrointestinales, la desnutrición extrema y el suicidio.

Bibliografía

- Acosta Estévez E, Dueso García C, Ceinos Arcones M. Anorexia y bulimia: necesidad de diferenciar la prevención primaria de la detención precoz en el contexto de la educación para la salud en los centros de enseñanza. *Aten Primaria* 2001; 27:271-274.
- Ferrer i Balsebre L, Castro Dono C. Las fronteras del enigma. Ensayo etiopatogénico sobre anorexia nerviosa. *Vigo*. 2003
- INSALUD. Trastornos del comportamiento alimentario. Criterios de ordenación de recursos y actividades. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2000
- Lázaro L., Toro J., Canalda G., Castro J., Martínez E., Puig J. Variables clínicas, psicológicas y biológicas en un grupo de 108 pacientes adolescentes con anorexia nerviosa. *Med Clin (Barc)*1996;107:169-174.
- Ruiz Lázaro PJ. Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria. *Aten primaria* 2001; 27:428-431.
- Sebastián Aparicio MP, Abasolo Galdos RM, Olano Argote J. Abordaje de los trastornos de la alimentación en Atención Primaria. *Jano* 2001; 61 (1410): 48-53
- Toro J. La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Med. Clin. (Barc)* 2000;114:543-544.
- Toro J. Anorexia nerviosa. *Med. Clin. (Barc)* 2001;117:334-335.
- Treasure J, Schmidt U. Anorexia nervosa. *Clin Evid* 2001;6:705-714