

Manifestaciones clínicas de sospecha de los trastornos de la conducta alimentaria

C. Gómez Candela y A. I. de Cos Blanco

Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción

En nuestra sociedad el individuo se enfrenta a situaciones contradictorias, por una parte se le exige un nivel óptimo de salud y una forma física excelente y por otra, se potencia el disfrute de los valores culinarios y un modelo de estética que asocia la belleza y el éxito a la delgadez. En este contexto social, mujeres jóvenes con una cierta predisposición biológica y un ambiente familiar favorable desarrollarán trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Los TCA se caracterizan por una disregulación del comportamiento ingestivo en un individuo que presenta una serie de conflictos psicosociales y estima que su resolución está inevitablemente condicionada por el logro y/o persistencia de un estado de delgadez.

El elemento distintivo de la anorexia nerviosa (AN) es el mantenimiento del bajo peso corporal por debajo de los valores mínimos normales y la presencia de una distorsión de la imagen corporal; el de la bulimia nerviosa (BN) es la presencia de episodios recurrentes de ingesta voraz seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno, el vómito provocado, el abuso de laxantes, diuréticos u otros fármacos adelgazantes o el ejercicio excesivo.

Referencias de diagnóstico

El incremento de la prevalencia de los TCA es un hecho constatado desde el inicio de la década de los noventa. En la actualidad, la prevalencia de AN no supera el 1% en grupos de riesgo (mujeres de entre 13 y 18 años) y la de BN, más difícil de determinar y de diagnóstico más tardío, se sitúa en torno al 2%-4%, perteneciendo ambas enfermedades a un *continuum*, con posible presentación clínica de ambas formas en una misma paciente a lo largo de la enfermedad. Empíricamente se constata un notable incremento de las formas purgativas de AN y BN y un cierto mantenimiento de las formas restrictivas puras de AN entre las adolescentes. También se ha observado una creciente prevalencia de TCA en varones y, un notable incremento de las formas atípicas de TCA ([tablas 1 y 2](#)).

Están demostrados diversos factores de riesgo: de tipo personal (sexo, edad, práctica de determinados deportes etc.), familiar (conflictividad, antecedentes de obesidad, etc.) y social (conflictividad en la integración esco-

lar o en las relaciones interpersonales), así como una inadecuada información nutricional; y se reconoce de la mayor importancia una detección y abordaje terapéutico precoz en los TCA. Puede afirmarse que, cuanto más tiempo lleve un TCA evolucionando, más difícil va a ser su tratamiento y mayores probabilidades tendrá de cronificarse. Igualmente, el éxito o fracaso de una primera intervención terapéutica es de notable importancia en este sentido. Como elemento clínico a considerar en los nuevos TCA, es relevante la presencia o no de vómitos y la rapidez con que se instauraron, así como su frecuencia.

Cuadro clínico y complicaciones

La AN es la más letal de todas las enfermedades de índole psiquiátrica-psicológica, con una elevada tasa de mortalidad a largo plazo (5%-20%). Existen datos clínicos que permiten sospechar la presencia de un tras-

TABLA 1
Manual diagnóstico y estadístico
de los trastornos mentales (DSM-IV)

Criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa: (307.1)

1. Rechazo a mantener el peso corporal a un nivel mínimamente normal para su edad y talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% de lo esperable)
2. Miedo intenso a ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal
3. Distorsión del tamaño y formas de la imagen corporal propia
4. Amenorrea secundaria (ausencia de 3 ciclos menstruales consecutivos en la mujer pospuberal) o amenorrea primaria (ausencia de aparición de la menstruación a la edad adecuada)

Criterios para el diagnóstico de bulimia nerviosa: (307.51)

1. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - a) Ingesta de grandes cantidades de alimento en un corto período de tiempo
 - b) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento
2. Conductas compensatorias inapropiadas: provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno; o ejercicio excesivo
3. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos 2 veces por semana durante un período de 3 meses
4. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales
5. El trastorno no coexiste exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa

Trastornos de la conducta no especificados (307.50)

Se refiere a los TCA que no cumplen todos los criterios para ningún TCA específico

TCA: trastornos de la conducta alimentaria; DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

Correspondencia:
Unidad de Nutrición y Dietética.
Hospital Universitario La Paz.
Paseo de la Castellana, 261.
28046 Madrid.

Correo electrónico: nutricion@hulps.es

Aceptado para su publicación el 29 de septiembre de 2000.

TABLA 2
Clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10)

Pautas para el diagnóstico de la anorexia nerviosa: (F50.0)
A. Pérdida significativa de peso ($IMC < 17,5$). En enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento
B. La pérdida está autoinducida mediante:
1) Restricción de alimentos que engordan
2) Vómitos autoprovocados y/o utilización de laxantes y/o fármacos anorexígenos o diuréticos y/o ejercicio excesivo.
C. Distorsión de la imagen corporal
D. Alteraciones endocrinológicas secundarias (amenorrea o pérdida de interés por el sexo o alteraciones en el metabolismo de la hormona tiroidea o en la insulina...)
E. Retraso o detención de la pubertad
Pautas para el diagnóstico de la anorexia nerviosa atípica: (F50.1)
Si faltan una o más de las características principales de la AN (sin etiología somática conocida)
Pautas para el diagnóstico de la bulimia nerviosa: (F50.2)
A. Preocupación constante por la comida, deseos irresistibles de comer, con episodios de polifagia.
B. Utilización de diferentes técnicas compensatorias frente al aumento de peso: vómitos autoprovocados, laxantes, períodos intermitentes de ayuno, fármacos, etc
C. Miedo morboso a engordar. Objetivo de peso inferior al peso óptimo. Pueden existir antecedentes de AN
Pautas para el diagnóstico de la bulimia nerviosa atípica: (F50.3)
Si faltan una o más de las características principales de la BN (suele asociarse a depresión)
Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas (F50.4) (asociada a obesidad)
Vómitos en otras alteraciones psicológicas (F50.5) (en trastornos disociativos, hipocondría, etc.)

AN: anorexia nerviosa.

torno del comportamiento alimentario. Lo separaremos en las dos grandes noxas diagnósticas: AN y BN.

Anorexia nerviosa

Se trata, en general, de una joven adolescente que presenta pérdida de peso o bien retraso de crecimiento para su edad y sexo, con amenorrea o demora en la aparición de la menarquía y que asocia síntomas y signos clínicos de malnutrición. Existe una preocupación excesiva por su aspecto corporal y a pesar de su delgadez suele presentar intensa actividad física que contrasta con la fragilidad de su apariencia. Muestran un interés desmesurado por temas relacionados con la alimentación o bien sobre aspectos de la moda. Una pérdida de relaciones familiares y sociales se establece en la evolución, así como se hace más evidente el rechazo alimentario.

Bulimia nerviosa

Los pacientes afectados de BN se suelen diagnosticar más tarde, dado que tardan más tiempo en acudir al médico, no presentan pérdida de peso y ocultan sus conductas anómalas: episodios de ingesta voraz y conductas compensatorias (vómitos, abuso de fármacos, etc.). El perfil clínico que permite una identifica-

ción precoz es el de una mujer con una excesiva preocupación por el peso, con problemas abdominales inespecíficos junto a alteraciones dentales y faríngeas. Puede tener un inexplicable aumento de la glándula parótida, presentar historia de abuso de fármacos, así como alteraciones bioquímicas por toma de diuréticos o laxantes de forma no controlada. Tienen por lo general una alta morbilidad asociada.

En ambos trastornos suele presentarse una alta comorbilidad psiquiátrica: trastornos de los impulsos, trastornos afectivos, trastorno por abuso de sustancias en la BN y trastornos afectivos, de ansiedad y rasgos obsesivos en la AN.

Las manifestaciones que nos vamos a encontrar van a depender de la existencia de malnutrición calórico-proteíca, deficiencias específicas de nutrientes esenciales, presencia de vómitos y de consumo abusivo de fármacos adelgazantes.

Evaluación de un paciente con sospecha de trastorno de la conducta alimentaria

A la hora de realizar una entrevista con un paciente con sospecha de TCA es importante tener presente el que manifieste una falta de conciencia de enfermedad, negación del trastorno y una escasa motivación de cambio, siendo esto más acusado cuanto menor es la evolución del trastorno alimentario. También es importante valorar como, en las fases iniciales del TCA, suelen ser las familias las que observan conductas alimentarias anómalas por parte del paciente, que les conducen a consultar al médico y simultáneamente a ejercer presión sobre el paciente para que aumente la ingesta, en el caso de la anorexia nerviosa o modifique el patrón atracón-purga, en el caso de la bulimia nerviosa. Esta presión suele ir aumentando a medida que la sintomatología alimentaria del paciente se agrava, empeorando el ambiente familiar.

Estos aspectos aconsejan un abordaje individual y en clima de confianza, evitando actitudes defensivas que impidan detectar conductas alimentarias anómalas. La entrevista a los familiares (siempre de acuerdo con el paciente) nos permitirá corroborar o descubrir actitudes no reconocidas por él que puedan orientarnos hacia el diagnóstico y el tratamiento.

Al igual que con cualquier otro paciente hemos de valorar los antecedentes familiares y personales pero, en este caso, tendremos en cuenta otros aspectos: pérdida de peso de origen desconocido o que preocupe a la familia, detención del crecimiento normal, presencia de amenorrea, seguimiento de una alimentación peculiar durante un tiempo, pertenencia a un grupo de riesgo (bailarinas, actrices, modelos, atletas, etc.), preocupación exagerada por el peso y la figura corporal, demanda de dietas o de fármacos (laxantes o diuréticos), ejercicio excesivo y presencia de atracones.

Exploración física

En algunos casos la simple inspección general del paciente y la observación de su grado de delgadez nos

alertará y nos llevará a estudiar sus patrones alimentarios; sin embargo, en otros nos situaremos ante un paciente con peso normal e incluso con sobrepeso y será la información que recojamos en la entrevista clínica la que nos proporcionará los datos necesarios para abordar adecuadamente el problema, orientándolo hacia un TCA. Prestaremos especial atención al peso, la talla y al índice de masa corporal (IMC) (peso [kg]/altura² [m]). De tal forma que un IMC entre 16-18 nos sugerirá malnutrición moderada y por debajo de 16 será grave. En los pacientes bulímicos, sin embargo, podemos encontrar un peso normal e incluso cierto sobrepeso. En la inspección se valorará el grado de deshidratación, pliegue cutáneo y la presencia de lanugo, petequias, púrpuras, hipertricosis y edemas periféricos. Se prestará también especial atención a las constantes vitales: pulso y tensión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria. En los pacientes con cierto grado de desnutrición, todas estas variables se encuentran en límites bajos.

En los pacientes bulímicos se pueden encontrar una serie de signos y síntomas físicos que son consecuencia del ciclo atracón-purga. Se realizará un examen dental con el fin de evaluar si existen erosiones dentales. Los vómitos recurrentes pueden llevar a una pérdida significativa del esmalte dental, especialmente en las superficies lingüales de los dientes que pueden incluso romperse y aparecer desiguales y como apolillados. Son frecuentes las caries. Los pacientes que se inducen el vómito por estimulación manual del reflejo nauseoso pueden desarrollar callosidades en el dorso de las manos producidas por la provocación del vómito (signo de Russell). Es frecuente también encontrar, en pacientes que llevan ya tiempo con su enfermedad, hipertrofia de glándulas salivares principalmente de parótidas.

Exploraciones complementarias

Será imprescindible realizar exploraciones bioquímicas dirigidas, encaminadas a detectar la existencia de posible neutropenia, anemia, hipoglucemia, hipercolesterolemia, alteraciones hormonales, alteraciones electrolíticas secundarias al abuso de laxantes, diuréticos o vómitos autoinducidos. Sin embargo, es interesante destacar que los hallazgos de laboratorio pueden ser muy variables. De ahí que no podamos descartar la presencia de un TCA simplemente porque los valores de las determinaciones analíticas se encuentren dentro de la normalidad. En general se aconseja la práctica de hemograma completo, bioquímica básica, ionograma y electrocardiograma (ECG). Posteriormente pueden requerir otras exploraciones.

Diagnóstico diferencial

Básicamente debe realizarse con aquellos cuadros clínicos que cursan con malnutrición, como es el caso de cuadros malabsortivos, por ejemplo, por enfermedad celíaca. Dadas las posibles modificaciones sobre el ritmo intestinal e intolerancias digestivas, el cuadro se podría confundir con una enfermedad inflamatoria intestinal o en ocasiones con una intolerancia a la lacto-

sa, colon irritable o procesos de alergia o intolerancia a los alimentos. Ocasionalmente el cuadro clínico puede hacernos pensar en un hipertiroidismo y más excepcionalmente en un hipotiroidismo, también puede sugerir una pancreatitis aguda u obligarnos a excluir el diagnóstico de diabetes mellitus. Ante la duda debemos proceder a realizar pruebas diagnósticas oportunas en cada caso, sin olvidar que los TCA se pueden asociar a su vez con estas enfermedades en las que di-

**TABLA 3
Complicaciones asociadas**

	Restrictivas	Bulimia
Cardiovasculares	Bradicardia Hipotensión Disfunción mitral	Arritmia Fallo cardíaco
Gastrointestinal	Hipertrrofia salivar Retraso del vaciamiento gástrico Estreñimiento Alteraciones hepáticas Pancreatitis en la realimentación	Erosión del esmalte dental Hipertrofia salivar Esófagitis Retraso del vaciamiento gástrico Estreñimiento Colon catártico (por laxantes) Pancreatitis
Renales	Deshidratación Edema Hipofosfatemia Hipomagnesemia Hipocalcemia Cálculos renales	Deshidratación Edema Hipo potasemia hiponatremia, hipocloremia Alcalosis metabólica (vómitos) o acidosis (laxantes) Hipomagnesemia Cálculos renales
Hematológicas	Anemia Leucopenia Trombopenia Hipoplasia de médula ósea	Leucopenia
Endocrinas	Amenorrea Disminución de T3 Aumento de cortisol	
Hueso	Osteoporosis Fracturas patológicas Talla corta	Osteoporosis Fracturas patológicas
Neurológicas	Convulsiones Estados confusionales Anomalías en el EEG	Convulsiones Estados confusionales Anomalías en el EEG
Piel	Neuropatías periféricas Dilatación ventricular	Neuropatías periféricas
Metabólicas	Caída de pelo y alteración en uñas Lanugo Piel seca	Caída de pelo y alteración en uñas Piel seca Callosidades en el dorso de las manos
	Disregulación de la temperatura corporal Hipercolesterolemia Hipercarotinemia Intolerancia a la glucosa Hipoglucemia	Disregulación de la temperatura corporal Hipercolesterolemia Hipercarotinemia Intolerancia a la glucosa Hipoglucemia

EEG: electroencefalograma.

versas modificaciones dietéticas son imprescindibles en su tratamiento.

En la **tabla 3** se describen las complicaciones clínicas más frecuentes, recordando que en la AN la mayoría de ellas dependerán de la existencia de la malnutrición y en la BN de la existencia de vómitos y del consumo de fármacos.

Consideraciones finales

Cuando un médico sospeche la presencia de un TCA deberá en primer lugar, informar al paciente y a la familia de las alteraciones observadas en la anamnesis y exploración. También les transmitirá la necesidad de una confirmación diagnóstica por un especialista por lo que iniciará el contacto con el psiquiatra o el nutricionista, según las características de cada área. Posteriormente debe diseñarse un trabajo en equipo, coordinado, que dependerá en sus características del diagnóstico y la gravedad de cada caso (tratamiento ambulatorio, en régimen de hospital de día, hospitalización domiciliaria o ingreso hospitalario).

Estos pacientes no siempre tienen conciencia de enfermedad, en muchas ocasiones se muestran reacios a recibir cualquier tipo de ayuda y no aceptan un tratamiento que, según ellos, tiene una única finalidad: engordar. De ahí que, en algunos casos será necesario plantearnos también como objetivo, ya en la primera entrevista, el ayudarles a comprender que se trata de una enfermedad claramente delimitada y que el tratamiento se orientará prioritariamente al restablecimiento de la salud y la adquisición de un estado nutricional adecuado que le liberará progresivamente de la esclavitud que supone estar permanentemente pendiente del peso y de la comida. También puede ser útil informarle sin dramatismo pero con realismo, acerca de las diversas complicaciones médicas que pueden derivarse de su enfermedad. No podemos olvidar tampoco la necesidad de prestar especial atención a la familia a quien se informará del plan a seguir y de cuál puede ser su mejor colaboración en el tratamiento.

Los TCA son un grupo de enfermedades de elevada prevalencia que afectan sobre todo a mujeres jóvenes y que se asocian a múltiples complicaciones que les pueden llevar a la muerte, que generan una grave dis-

torsión en el ambiente familiar y que requieren una gran demanda de medios asistenciales. Aunque un 75% de los pacientes conseguirán recuperaciones más o menos completas, un 25% de las pacientes desarrollarán formas resistentes al tratamiento de difícil control. Cuanto mayor conocimiento exista entre los profesionales de la Medicina, habrá más opción de realizar diagnósticos precoces y prácticas terapéuticas adecuadas. Por ello es necesario una mayor difusión del conocimiento sobre la nutrición, tanto en los aspectos que abarcan la alimentación y la nutrición en la salud como en la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- American Psychiatric Association, Practice guideline for the treatment of patients with eating disorder (revision). Am J Psychiatry 2000; 157 (suppl):1-36.
American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.^a ed). Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
Cervera S, Gual P, Lasa L, et al. Protocolo de atención a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra. Madrid: Smithkline Beecham, 1995.
CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor, 1992.
CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Versión multiaxial para adultos. Madrid: Meditor, 1996.
Chinchilla A. Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Barcelona: Masson, 1994.
DSM IV. Guía de uso. En: Frances A, First MB, Pincus HA. Masson, 1997.
DSM IV. Manual de diagnóstico diferencial. En: Frances A, First MB, Pincus HA. Barcelona: Masson, 1997.
Gómez Candela C, Cos Blanco AI, González Fernández B. Trastornos de la conducta alimentaria. En: Hernández Rodríguez M, Sastré Gallego A. Tratado de Nutrición. Madrid: Díaz de Santos, 1999; 759-770.
Hernández M, Castellón J, Narváez JL, et al. Curvas de crecimiento. Instituto de Investigación sobre el crecimiento y desarrollo. Fundación Faustino Orbeozzo. Bilbao: Garsi, 1988.
Instituto Nacional de la Salud. Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario. Madrid, 1995.
Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV. Masson, 1995.
Martínez Olmos MA, Gómez Candela C, De Cos AI, et al. Resultados del tratamiento nutricional de la anorexia nerviosa: nuestra experiencia (1989-1995). Nutr Hosp 1997; XII (3):160-166.
Morandé G, Casas J, Calvo R, et al. Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Publicaciones INSALUD, 1995.
Moral L, Serna I de la, Morandé G, et al. Trastornos del comportamiento alimentario. Criterios de ordenación de recursos y actividades. Madrid: Publicaciones INSALUD, 2000.
Protocolo de atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario (TCA) dirigido a médicos de Atención Primaria. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.
Thompson BN. Eating disorders. A guide for health professionals. London: Chapman & Hall, 1993.
Toro J, Vilardell E. Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca, 1987.
Turón V, Fernández F. Trastornos de la alimentación. Guía básica en anorexia y bulimia. Barcelona: Masson, 1998.