



## 160/2254 - TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

E. Arrieta Antón<sup>a</sup>, R. Ramírez Parrondo<sup>b</sup>, S. López Chamón<sup>c</sup>, R. Casquero Ruíz<sup>d</sup> y J.Á. Arbesú Prieto<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Segovia Rural. Segovia. <sup>b</sup>Médico de Familia y Psicoterapeuta. Clínica Universidad de Navarra. Madrid. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Huerta de los Frailes. Madrid. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Las Cortes. Madrid. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de la Eria. Oviedo.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 26 años de edad que acude a consulta por pérdida de peso. En su infancia y adolescencia presentó sobrepeso, y ahora tiene mucho miedo a engordar. Refiere reducción de la ingesta de alimentos, conductas de evitación, y sobre todo, se provoca el vómito, esto le preocupa por suponer un trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Su madre es diabética con obesidad mórbida con importante repercusión funcional. Está casada y tiene dos hijas sanas. Convive con su familia y atiende a diario a su madre, trabaja fuera de casa en varios trabajos temporales.

**Exploración y pruebas complementarias:** En todo paciente con TCA es recomendable una exploración física (peso, talla, perímetro abdominal, piel, auscultación cardiopulmonar, abdomen) y una analítica (hemograma, bioquímica, perfil hepático y renal, electrolitos y hormonas tiroideas). En la exploración física y en la analítica esta paciente presenta normopeso sin hallazgos patológicos. En la entrevista programada no manifiesta alteración del pensamiento, muestra un razonamiento claro, buena capacidad de comunicación y de introspección.

**Juicio clínico:** Anorexia nerviosa con rasgos restrictivos y purgativos.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedades endocrinas: hipertiroidismo, enfermedad de Adisson, diabetes. Inmunodeficiencias, malabsorción, infecciones crónicas, cáncer. Trastornos psiquiátricos: de personalidad, afectivos, obsesivos-compulsivos, de somatización, abuso de sustancias.

**Comentario final:** Tratamiento: como la paciente rechaza el seguimiento por Psiquiatría, se plantea acudir a consultas programadas en Atención Primaria (AP). Se detecta, a través de un registro de alimentación y de conductas relacionadas, una dieta poco variada y que se provoca el vómito una o dos veces por semana, cuando cree haber comido un alimento muy calórico o en excesiva cantidad. Durante tres meses se trabajan sus percepciones erróneas en relación con la comida y, y se explora su vida personal. Por su trabajo, su esposo solo come con ella los fines de semana, que es cuando ella vomita. Al señalar esta cuestión, ella empieza a manifestar insatisfacción con su relación de pareja, que atribuye a que ella "ha cambiado". Los siguientes meses, además de su malestar con la comida, habla abiertamente de su malestar de pareja, por lo que se le propone un abordaje de tipo "resolución de problemas". Fue capaz de clarificar y definir sus problemas, seleccionar sus metas a conseguir y generar soluciones que hicieron que desaparecieran sus problemas de alimentación. El diagnóstico de TCA, la mayoría de las veces, se realiza en las consultas de Atención Primaria. El

abordaje de estos TCA según la gravedad se deriva a Atención Especializada o se siguen desde AP. Los pacientes con TCA leve o que no aceptan su derivación se pueden abordar desde AP en consultas programas con técnicas cognitivo-conductuales.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Pritts SD, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *Am Fam Physician*. 2003;67(2):297-304.
2. Williams PM, Goodie J, Motsinger CD. Treating eating disorders in primary care. *Am Fam Physician*. 2008;77(2):187-95.
3. Harrington BC, Jimerson M, Haxton C, Jimerson DC. Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am Fam Physician*. 2015; 91(1):46-52.