
Eating Disorders Review

Marzo/Abril 2017

Volumen 28, Número 2

Scott Crow, Editor en Jefe

Aspectos destacados del Simposio iaedp 2017 en Las Vegas.

Mejorando la competencia clínica en el Tratamiento

“Mejorar las probabilidades: Competencia clínica en el tratamiento de los trastornos alimentarios”, fue un tema apropiado para muchas de las sesiones presentadas en el Simposio de la Asociación Internacional de profesionales de Trastornos Alimentarios 2017 (iaedp, por sus siglas en inglés), el cual se celebró del 23-26 de marzo en el Green Valley Resort and Spa, Henderson, NV.

En una presentación inicial especial, “Dar sentido al trastorno alimentario complejo”, un panel de 5 expertos en TCA, el cual abordó algunos de los problemas más críticos que enfrentan los pacientes con trastornos alimentarios, hoy en día. Ovidio Bermudez, MD, Director Clínico y Director Médico de Servicios para Niños y Adolescentes, del Eating Recovery Center, Denver y Profesor clínico de pediatría en la Escuela de Medicina de la Universidad de Colorado, moderó la discusión. Cada panelista seleccionó el tema que él o ella sentía era el de mayor urgencia en el tratamiento actual de trastornos alimentarios.

La necesidad de una mejor definición de “recuperación”.

Craig Johnson, PhD, Chief Science Officer y Co-Director del Instituto de la Familia en el Eating Recovery Center en Denver, expresó su preocupación acerca de la creciente práctica de adoptar modelos de reducción de daños para los pacientes resistentes al tratamiento. Como una alternativa, citó el trabajo alentador del proyecto de 10 años del gobierno - billones de dólares de Brain Activity Map- el cual es prometedor para pacientes con la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos alimentarios. [Véase también el artículo: “Estimulación transcraneal directa para la bulimia nervosa: resultados alentadores tempranos”, en otra parte de este número]

Una síntesis de varios estudios recientes está aclarando las definiciones apropiadas para la recuperación y la necesidad de una mayor duración del seguimiento, según el Dr. Johnson, editor fundador de la *Revista Internacional de Trastornos de la Alimentación* y cofundador de la Conferencia Anual de la AED. Por ejemplo, señalo que, en un estudio de seguimiento de 10 años utilizando los criterios de Morgan-Russel, el 83% de los pacientes cumplían con los criterios completos de la recuperación.

Aproximadamente el 28% de los pacientes con AN continúan teniendo enfermedad crónica o grave después de 10 años, dijo Johnson. También pidió a la audiencia considerar la edad del paciente en el primer diagnóstico y la secuencia de la recuperación en el tiempo. Por ejemplo, una niña diagnosticada a los 12 años con AN, sólo tendría 22 años y en medio de su trastorno caería bajo la regla de 10 años. En varios estudios de Steinhausen (2002 y 2009), Keel (2010), Berkman (2015) y más recientemente por Eddy et al. [veáse el artículo en este mismo número], surgió un claro patrón de recuperación. Después de menos de 4 años de tratamiento, sólo el 33% de los pacientes con AN se recuperaron, pero el 73% lo hizo después de más de 10 años de dicho tratamiento. El punto importante aquí, fue que la mitad de las

recuperaciones ocurrieron *después* de 10 años de tratamiento, dijo el Dr. Johnson. Las recomendaciones actuales de reducción de daños, no desafían la recuperación de peso después de este tiempo, señaló. El Dr. Johnson también recordó a la audiencia que el cerebro humano no puede hacer uso de tratamientos basados en la atención plena hasta los primeros o mediados de los veinte años.

El Dr. Johnson dijo que está "psicóticamente entusiasmado" con los pacientes, añadiendo "Creemos que es posible ayudar a los pacientes durante un periodo más largo de tiempo". También es optimista acerca de los avances en el tratamiento de las enfermedades basadas en el cerebro, las cuales requieren intervenciones basadas en el mismo. El proyecto de mapeo del cerebro, que es financiado con fondos federales, proporcionará- en última instancia-un mapa detallado del cerebro humano. Hasta ahora, el uso de la estimulación cerebral profunda, o DBS (por sus siglas en inglés), ha ayudado a mejorar sustancialmente el estado de ánimo y las conductas alimentarias desordenadas, en la mitad de los pacientes tratados. El Dr. Johnson también señaló que las estrategias de reducción de daños pueden ser cuidadosamente hechas, pero no a expensas de la esperanza de mejora y recuperación definitiva.

Beth Hartmann McGilley, PhD, FAED, CEDS, psicóloga clínica, autora, experta en medicina deportiva y profesora asociada clínica en la Facultad de Medicina en la Universidad de Kansas, Wichita, dijo a la audiencia que después de 50 años de investigación cuantitativa sobre los resultados de TCA, con datos extensos, todavía no hay criterios significativos para definir la "recuperación" de un trastorno alimentario. Sin tener una definición consensuada de la recuperación, es imposible comparar la efectividad del tratamiento, dijo, dejando una ambigüedad peligrosa en torno a las metas de tratamiento que los proveedores buscan.

La falta de una definición clara de la recuperación también deja a los pacientes y familias estancadas, confundidos por los objetivos del tratamiento y sobre cuándo esperar la recuperación. Otro grupo importante, los profesionales de los trastornos alimentarios recuperados, al igual que la Dra. McGilley y sus empleadores, se han quedado sin directrices o definiciones de recuperación a su disposición al entrar en el campo. Por lo que, señaló, una importante pregunta es: "¿Cuándo nuestro trabajo está hecho?"

La Dra. McGilley dijo que en los estudios de la recuperación, muchos pacientes también quedan fuera de la literatura, incluyendo niños, hombres, aquellos con el trastorno por atracón (TA), así como miembros de grupos minoritarios como las comunidades gay y transgénero. La literatura también carece cuando sólo se incluyen parámetros físicos y el criterio para la recuperación es la reducción de los síntomas durante un breve periodo, como de 3 meses. Agregó que los datos de investigación y de recuperación son muy escasos, ya que éstos sólo están disponibles para AN; directrices actuales para la abstinencia y el ejercicio físico también hacen falta.

También señaló un estudio de Bardone-Cone et al. (2010) que examinó varios parámetros para definir la recuperación completa, incluyendo aquellos que no cumplen con los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM, por sus siglas en inglés) para un trastorno alimentario (AN, BN, TANE), aquellos que no tienen síntomas de un trastorno alimentario por los últimos tres meses (atracones, purgas y ayuno), un índice de masa corporal (IMC, kg/m²) de 18.5+ y tener puntuaciones de *EDE-Q* dentro de 1 SD de las normas de edad. El problema, agregó la Dra. McGilley, fue que con esta definición, la longitud de la abstinencia de los síntomas puede ser demasiado corta y no aborda al ejercicio compulsivo como una medida conductual.

La Dra. McGilley citó un artículo reciente más prometedor, que define a la recuperación de AN (Dawson, Rhodes y Touyz, 2015) Este estudio estableció las siguientes recomendaciones: Cualquier definición de recuperación de AN debe incluir: (1) un IMC de por lo menos 18.5, (2) una ausencia de una alimentación desordenada, incluyendo un comer restrictivo, atracones, purgas, así como un ejercicio compulsivo, (3) alguna medida de recuperación psicológica, (4) una forma de medir la calidad de vida y (5) un objetivo

que establezca que estas ganancias deben mantenerse por lo menos un año. Aunque no existe un consenso sobre todas estas recomendaciones, la Dra. McGilley dijo que estas sugerencias pueden actuar como directrices de trabajo, hasta que se disponga de más datos empíricos.

La Dra. McGilley también describió a un pequeño grupo de trabajo, AED Professionals and Recovery Special Interest, enfocado en la creación de una definición consensuada intercultural de la recuperación empíricamente derivada, definida por todos los interesados relevantes, investigadores, clientes y miembros de la familia. El grupo ha diseñado una encuesta, la cual se distribuirá pronto a las principales organizaciones de trastornos alimentarios en todo el mundo. Junto con la Dra. McGilley, el grupo de trabajo incluye a las Dras. Andrea Lamarre, Suzanne Dooley-Hash, Rachel Bachner, Kielty Oberlin, Sander de Vos y Anna Bardone-Cone.

Mujeres adultas con trastornos alimentarios: un grupo frecuentemente ignorado.

Margo Maine, PhD, FAED, CEDS, psicóloga clínica, autora y co-fundadora del Grupo Especializado, Maine and Weinstein, LLC, West Hartford, CT, quien se dirigió a un área que a menudo se descuida, el caso de mujeres adultas con trastornos alimentarios.

La Dra. Maine, quien también es una redactora principal de *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, dijo a la audiencia que hay buenas y malas noticias sobre las mujeres adultas con trastornos alimentarios. Señaló que "las malas noticias son que los trastornos alimentarios son ahora más frecuentes que el cáncer de mama en mujeres adultas en los Estados Unidos: mientras que la prevalencia de cáncer de mama es de un 12%, un estudio en 2012 mostró que el 13.3% de las mujeres mayores de 50 años tenían trastornos alimentarios. En el Reino Unido, este porcentaje es de 15.3%". Además, hasta el 25% de los ingresos a centros de atención hospitalaria son para mujeres mayores de 40 años.

Algunas mujeres sufren los efectos de un trastorno alimentario durante toda su vida. La Dra. Maine señaló que: "la presión para ser perfecta, así como tener un cuerpo perfecto no tiene fecha de vencimiento ni fronteras". Se les dice a las mujeres que "sueñen en grande, pero sean pequeñas, con un alto costo", dijo. Algunas sufren toda su vida, agregó. El costo de perseguir la perfección física llega también, a otras áreas, según la Dra. Maine. Señaló que resultados de estudios muestran que el 15% de las niñas no asisten a la escuela en "malos días de imagen corporal" y un 8% de las mujeres jóvenes no asisten al trabajo durante esos mismos días de mala imagen corporal.

En cuanto a más malas noticias, la Dra. Maine señaló que las mujeres son la mitad de la población mundial y dos tercios de la fuerza laboral, pero todavía tienen sólo el 10% de los ingresos del mundo y el 1% de la propiedad mundial. Además agregó que las mujeres ganan poder a través de sus cuerpos porque no lo consiguen de otras maneras.

En cuanto a las buenas noticias, la Dra. Maine señaló que justo antes del inicio del simposio de iaedp, la legislación de Nevada finalmente aprobó la Enmienda de Igualdad de Derechos (ERA, por sus siglas en inglés). La ERA original fue sometida a votación en 1972, pero fracasó porque sólo 35 estados la ratificaron, sólo tres estados menos del límite necesario para que pudiera ser adoptada como una ley en todo el país.

Una nueva religiosidad sobre la comida y el ejercicio.

Sondra Kronberg, MS, RDN, CEDRD, fundadora y Directora Ejecutiva del Tratamiento de Trastornos Alimentarios Colaborativo (FEED, por sus siglas en inglés) y PEACE (Eventos Profesionales de Comida y Coaching) en Nueva York, dijo a los miembros de la audiencia que está presenciando una verdadera transformación en los tipos de trastornos alimentarios que está viendo en su oficina. Ahora, los trastornos alimentarios ya no son sólo sobre el tamaño del cuerpo, dijo, sino más bien implican un nuevo tipo de contexto social alrededor de la comida y el ejercicio. Estos contextos sociales implican una nueva "religiosidad" que está teniendo un impacto en los trastornos alimentarios. Los clientes ahora están

preguntándose cómo los hábitos alimentarios saludables pueden ser malos para ellos, señaló, e irónicamente un grado malsano de “comer limpio” o el ejercicio pueden realmente interferir con su calidad de vida, apuntó.

Kronberg, quien también es una fundadora de la Asociación Nacional de Trastornos de la Alimentación (NEDA, por sus siglas en inglés), es un portavoz frecuente de la organización en medios como CBS, NBC y *Good Morning America*, señaló, que los clínicos y terapeutas deben ser conscientes de los cambios de contexto social alrededor de los trastornos alimentarios. También dijo que: “estamos todos en esta cultura juntos- como nutricionista- es realmente importante tratar a los trastornos alimentarios en este contexto social, donde los pacientes sienten que están comiendo limpio y haciendo un ejercicio vigoroso”.

Varios movimientos sociales están afectando el tratamiento, añadió. Un movimiento social promueve los alimentos integrales y puros, así como la alimentación. Otro es el concepto de que si uno se esfuerza lo suficiente en la dieta y el ejercicio, él o ella pueden alterar su cuerpo genéticamente predispuesto, así como la edad, apuntó. La comida, el ejercicio y la rectitud del cuerpo son para la transformación del cuerpo. Así, los protocolos de dieta y ejercicio están tomando el lugar de una religión o una especie de ritual religioso, enfatizó.

El mensaje de que si trabajas lo suficiente en algo, puedes lograrlo, por desgracia alimenta la sensación de que: “no soy lo suficientemente buena, porque si lo fuera, yo podría cambiar”, a lo cual sigue toda una letanía de problemas. Kronberg dijo: “es mi opinión que en las luchas por la espiritualidad hemos perdido la esperanza. Ahora la nueva religiosidad alrededor de asegurarse de que la comida y el ejercicio son correctos y la rectitud que viene con este esfuerzo están tomando el control”.

La necesidad de una investigación más rigurosa.

Phillip S. Mehler, MD, Jefe Médico, Eating Recovery Center, fundador y Director Médico Ejecutivo en el Denver Health y Glassman profesor de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Colorado, le dijo a los miembros de la audiencia que existe una evidente necesidad de estudios más rigurosos sobre TCA, así como de una mejor educación de los proveedores médicos.

El Dr. Mehler señaló que es triste que muchos proveedores ignoren el sufrimiento que sus pacientes con TCA padecen, a lo cual añadió: “realmente tenemos que estar atentos a las pruebas y no enviar a nuestros pacientes a especialistas que no tiene la experiencia para ayudarles”.

También esbozó su “lista de deseos” sobre 10 estudios que se necesitan con urgencia, relacionados con las complicaciones médicas y el manejo médico de los trastornos alimentarios:

1. Estudios comparativos de tratamiento sobre osteoporosis y AN. El Dr. Mehler señaló que el riesgo de por vida de fracturas después del tratamiento para AN es de 5 a 10 veces mayor que en los controles. Algunos creen que el 90% de las mujeres, incluso en el 85% del peso corporal ideal, están en riesgo de una pérdida ósea. Instó a los miembros de la audiencia a seguir tratando de encontrar un tratamiento óptimo para estos pacientes. Una sugerencia es preguntar a cada paciente con algún tipo de restricción de tipo AN cuando tuvo su último escaneo de densidad ósea (DEXA, por sus siglas en inglés)
2. Una segunda necesidad es un ensayo entre una alimentación oral, una enteral, o bien una parental en pacientes con AN. Tales ensayos pueden ayudar a definir la mejor manera de realimentar a los pacientes con AN, el cual es un problema urgente y puede conducir a protocolos más vigorosos.
3. También es importante un estudio que incluya datos sobre los resultados a largo plazo de protocolos de realimentación más rápidos en AN. El Dr. Mehler agregó que en Europa, muchos siguen usando dietas bajas en calorías en la realimentación. Tal estudio puede ayudar a definir cómo alcanzar una realimentación y qué tan agresiva deber ser ésta.

4. Un estudio para determinar si los laxantes osmóticos deben ser parte de todos los protocolos de realimentación en AN. Los pacientes luchan con la imagen corporal y esto podría ser una forma de ayudarlos, señaló- Aunque esto pueda parecer sacrílego, esto puede ser una manera de ayudarlos.
5. Un estudio para responder a la pregunta: ¿cuándo se resuelve la gastroparesia en AN? Los pacientes con AN experimentan un vaciamiento gástrico lento y por lo tanto, una saciedad temprana y les resulta difícil completar las comidas. Hay razones orgánicas para esto, estableció el Dr. Mehler y ésta es la gastroparesia. También hay una necesidad de entender esto en diferentes índices de masa corporal.
6. ¿Cuándo se normalizan los signos vitales en AN? Las compañías de seguros proporcionan una lista de signos vitales, pero en los pacientes con trastornos alimentarios, los síntomas pueden durar más tiempo. Se necesitan estudios para definir mejor esto.
7. ¿Cuánto dura el riesgo de edema de pseudo-Bartter?
8. ¿Por qué los pacientes con AN mueren jóvenes? Tienen la mayor mortalidad de todos los pacientes psiquiátricos, apuntó. ¿Esto se debe a problemas cardíacos, como arritmias o, como cree el equipo del Dr. Mehler a una hipoglucemia no diagnosticada? Un enfoque provechoso puede ser insertar un microchip en la pared del pecho del paciente con anorexia para recabar información vital.
9. ¿Los probióticos y otros productos como Gas-X Â®, TUMS Â® y todos los demás medicamentos gastrointestinales que se requieren, tienen realmente algún valor en AN? Señaló que con los probióticos, por ejemplo, los pacientes con AN están tratando de adormecer los síntomas y agregó: "necesitamos estudios basados en la evidencia para examinar esto".
10. Por último, el Dr. Mehler señaló que una pregunta final importante es la que ha incomodado a los profesionales de TCA, durante años: ¿cómo pueden los clínicos tratar con pacientes que tiene múltiples trastornos mentales, pero son externamente totalmente saludables?

[En el próximo número, ver más aspectos destacados del Simposio de iaedp, incluyendo la diabetes y los trastornos alimentarios, Desórdenes por atracón, El uso terapéutico del ejercicio en los trastornos alimentarios y Las niñas y el sexo: navegación de la vergüenza a la alegría]

Actualización: Desafíos para las personas con autismo, quienes también sufren atracones.

A pesar de que el atracón está muy extendido entre las personas con la enfermedad del espectro autista (ASD, por sus siglas en inglés y TEA en español), el criterio de diagnóstico actual, hace casi imposible evaluar un atracón entre los pacientes autistas, de acuerdo con Janice Goldschmidt, MS, RD, LDN, Directora de los Servicios de Nutrición en los Servicios de Apoyo de la Comunidad, Gaithersburg, MD. Goldschmidt discutió su investigación actual y sus hallazgos con respecto al atracón y TEA en las sesiones de exposición en el Simposium 2017 de iaedp en Las Vegas. También hizo notar que a pesar que la terapia cognitivo conductual (TCC) tiene un fuerte apoyo en el tratamiento de TA, puede no ser efectivo para muchos de los pacientes con TEA. Y el criterio del *DSM-5* establece que si un TCA co-ocurre con TEA o cualquier otro desorden mental, entonces la condición es secundaria y un diagnóstico independiente no está garantizado. Goldschmidt también destacó que la práctica actual de negar un diagnóstico independiente de TA o cualquier otro trastorno alimentario para aquellos con TEA o con otra enfermedad debe ser abordado. Sin un diagnóstico independiente, el atracón en el espectro autismo es mucho menos probable que atraiga el interés de los especialistas en TCA.

Una opción para aquellos con una anorexia nervosa

severa: estimulación cerebral profunda.

Después de un año, los pacientes con AN tuvieron aumentos de peso y un mejor ánimo.

Una estimulación cerebral profunda o DBS (por sus siglas en inglés) ha sido útil a un gran número de desórdenes neurológicos, incluyendo la enfermedad de Parkinson, una depresión mayor o trastornos obsesivos compulsivos (OCD, por sus siglas en inglés, TOC, en español) Parecido a un marcapaso, DBS utiliza electrodos implantados para enviar leves y bajas descargas eléctricas a estructuras específicas profundas en el cerebro. Dicha implantación de electrodos, en el cerebro requiere de una cirugía muy precisa y un cuidadoso mapeo cerebral de cada persona.

Nir Lipsman, MD y un equipo en la Universidad de Toronto recientemente reportaron que DBS del cingulado subcalloso, profundo en la materia blanca del cerebro, puede mejorar significativamente la ansiedad y la depresión, junto con una regulación afectiva y puede ayudar a incrementar el peso corporal de los pacientes con anorexia nervosa extrema resistente al tratamiento. Este es el más grande estudio hasta, en usar DBS para pacientes con AN con una alta resistencia al tratamiento, por largo tiempo. (*Lancet Psychiatry* 2017; Feb 23, publicado en línea antes de ser impreso) Todas las 16 mujeres en el estudio piloto estaban marcadamente por debajo de su peso al inicio del estudio y habían tenido AN por 18 años en promedio. La mayoría de las mujeres (88%) también tenían trastornos comórbidos de ánimo y ansiedad.

Analizando los efectos después de un año de la cirugía.

Los investigadores canadienses reportaron que DBS puede afectar los circuitos del cerebro que podrían mantener la anorexia, haciendo que el trastorno sea tan resistente al tratamiento. En su prueba piloto con 16 mujeres con una AN severa, altamente resistente al tratamiento y crónica (edad promedio: 34 años), un año después de la cirugía, el DBS del cingulado subcalloso se encontró indemne. El procedimiento mejoró el ánimo, y con el tiempo, también el IMC. Los implantes proporcionaban una estimulación continua del cingulado subcalloso por doce meses.

A pesar de que la mayoría de las mujeres toleraron bien el procedimiento, así como los implantes, cerca de la mitad de ellas tuvieron efectos adversos. Dos mujeres pidieron que los dispositivos fueran removidos o desactivados. El efecto adverso más común fue el dolor relacionado con la implantación quirúrgica misma de los electrodos o el posicionamiento de éstos. Siete o el 44%, de los sujetos tuvieron serios efectos adversos, incluidas alteraciones electrolíticas, pero muchos de ellos parecieron estar relacionados con la misma AN (todas las pacientes tenían severos e implacables síntomas) Una mujer tuvo una inexplicable convulsión varios meses después de que los electrodos fueron implantados. Es importante destacar que la tolerabilidad general del procedimiento pareció similar a los se ha observado con anterioridad en la depresión y TOC, a pesar del estado físico precario de las personas con una severa AN.

Once de las 14 mujeres, quienes completaron el estudio tuvieron un incremento de al menos 1 unidad de IMC después de 12 meses de DBS, siendo el promedio durante este tiempo de 17.34 kg/m² contra el 13.83 kg/m² al comienzo del estudio. DBS también mejoró los resultados de la depresión, la ansiedad y la disfunción emocional. El promedio de calificación de la Escala Hamilton Depression Rating fue 8.79 al final de los 12 meses en contraste con el 19.4 del punto de partida. Para el Beck Anxiety Inventory, la calificación fue 38.0 en comparación a 27.14 del principio. La puntuación promedio para la disfunción de la regulación emocional fue 131.8 contra 104.4 del inicio.

Al final de los 12 meses, las imágenes de una tomografía por emisión de positrones mostraron cambios significativos en el metabolismo de la glucosa cerebral en estructuras claves del cerebro, sugiriendo que

DBS puede afectar directamente el circuito cerebral relacionado con la AN. Los autores destacaron que con un estudio a largo plazo se podría determinar cuánto durarían los efectos positivos de DBS en pacientes con una severa AN.

Los efectos positivos de la respuesta temprana a un tratamiento.

Para muchos pacientes, la respuesta temprana puede predecir remisión del trastorno..

Una respuesta temprana al tratamiento en un trastorno alimentario con frecuencia está relacionado con un resultado positivo y a una remisión. Cambios en el comportamiento en las primeras semanas de tratamiento, tales como una disminución en los comportamientos de atracones y purgas, o un aumento temprano del peso en los pacientes con anorexia, puede predecir una remisión después de una variedad de tratamientos, a pesar de su tipo o duración (*Appetite*. 2009. 52: 805) Este factor también permite a los clínicos a personalizar el tratamiento para mejorar el resultado.

Un grupo del King College, de la Universidad de Palermo, Italia y la Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil, condujo una revisión sistemática y un meta-análisis de la literatura para ver qué tan predecible es la temprana respuesta para los pacientes con anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), desorden por atracón (TA) o bien otro trastorno alimentario no especificado (*Eur Eat Disord Rev*. 2017. 25:67)

Las respuestas tempranas fueron clave para el trastorno.

Uno de los primeros hallazgos reportados por el Dr. Bruno Palazzo Nazar y sus colegas fue cómo la definición de "respuesta temprana" varía de acuerdo al trastorno alimentario en particular. Para los pacientes con AN, el principal resultado fue cuando se alcanzó el 95% del peso corporal ideal (IBW, por sus siglas en inglés) En contraste, para los pacientes con BN, fue el porcentaje de reducción del atracón y/o la purga sobre un periodo variable de tiempo. Para los pacientes con AN, el aumento temprano del peso en adolescentes ambulatorios con AN fue predictivo de una remisión en estudios que usaron una terapia basada en la familia (*Psychotherapy*, Chicago Il. 2016. 53:251) y la terapia cognitiva conductual. Este patrón fue el mismo para el tratamiento de hospitalización para AN, donde el temprano aumento de peso en diferentes puntos de tiempo durante las primeras 6 semanas de terapia pudo predecir la remisión (*Psychother Res*. 2007. 17:218; *J Eat Disord Assoc*. 2016. 10:1002/erv.2443) En contraste, para los pacientes con BN, el patrón de predicción fue mucho más débil y la respuesta temprana fue solo moderadamente relacionada con un mejor resultado. En los estudios sobre TA, la respuesta temprana solo tuvo una cierta capacidad para predecir un buen resultado.

Implicaciones clínicas de los hallazgos.

Los resultados del estudio indicaron que el fracaso a la respuesta a un tratamiento psicológico ambulatorio durante la fase temprana del mismo está relacionado a síntomas persistentes en pacientes con AN en un año. Los autores también reportaron que hay un 77% de probabilidades que un paciente que responden tempranamente pueda tener una remisión de los síntomas al final del tratamiento.

Entre pacientes con TA, la respuesta temprana al tratamiento mostró una alta especificidad y una baja sensibilidad en la predicción de la remisión- hubo un 30% aproximadamente que incrementó las probabilidades de remisión en un paciente con TA con una respuesta temprana y estos individuos fueron 5 veces más propensos de alcanzar la remisión que aquellos pacientes con una respuesta más lenta (*Clin Psychol Rev*. 2012. 32:292)

En contraste con los efectos positivos de la respuesta temprana entre pacientes con AN o TA, ésta entre los pacientes con BN no predijo fuertemente la remisión. De hecho, una respuesta temprana al tratamiento para pacientes con BN incremento sus probabilidades de remisión sólo en un 15%.

Estos resultados deben estimular el interés en identificar las modificaciones a los tratamientos existentes para incrementar la probabilidad de la respuesta temprana.

El miedo a aumentar de peso y el hacer dieta afectan a muchas mujeres a lo largo de su vida.

Un gran estudio holandés destaca claramente las diferentes actitudes entre hombres y mujeres.

El hacer dieta y el miedo a aumentar de peso son comunes a lo largo de toda la vida de las mujeres, mientras que un número mucho menor, pero aún considerable de los hombres, también tienen estos mismos temores. Estos fueron algunos de los hallazgos de un estudio reciente realizado en Holanda (*Int J Public Health*. 2017; publicado en línea el 20 de febrero antes de su impresión) La Dra. Margarita C.T Slof-Op't Landt y sus colegas de Leiden y Amsterdam quisieron explorar los factores que podrían conducir al miedo de aumentar de peso durante toda la vida, incluyendo el género, los hábitos de ejercicio, la educación y el estilo de vida. Este estudio es destacado, ya que describe el hacer dieta y el miedo al aumento de peso, en hombres y mujeres desde la adolescencia hasta la edad avanzada.

Los investigadores evaluaron datos del Young or Adult Netherlands Twin Register, dos registros nacionales que compilan información sobre la salud, el estilo de vida, personalidad y/o problemas de comportamiento de gemelos y sus familiares. Cada encuesta cubre un periodo de 2 a 3 años. En registro orientado a la juventud, gemelos y los recién nacidos de nacimientos múltiples (como los trillizos) son registrados al nacer por sus padres y las encuestas se repiten a ciertas edades fijas. A los 14, 16 y 18 años de edad, los gemelos, los trillizos, así como los hermanos adicionales completan las encuestas de autoevaluación con el consentimiento de sus padres. Para quienes completaron varias encuestas, se utilizó la evaluación más reciente. La cohorte de adultos está formada por adultos gemelos y de nacimientos múltiples, los cuales nacieron entre 1909 y 1996, así como sus padres, hermanos no gemelos, cónyuges y descendientes. Los autores invitaron a participar en su estudio a 47, 122 sujetos y los datos estuvieron disponibles para 31, 636 participantes.

Las mujeres tenían las mayores preocupaciones relacionadas con el peso.

A lo largo de todas las edades, la distribución del miedo al aumento de peso fue significativamente diferente entre hombres y mujeres. La mayoría de los hombres (hasta el 74%) informaron no tener miedo de aumentar de peso o de convertirse en "gordo"; en contraste, hasta el 46% de las mujeres no tenían tales preocupaciones. La mayoría de las mujeres que respondieron habían estado a dieta en algún momento de sus vidas. El miedo a aumentar de peso o a engordar llegó a su punto máximo entre las mujeres de 16 y 25 años de edad y estas preocupaciones continuaron a lo largo de sus vidas. Un hallazgo particularmente preocupante fue que muchas mujeres, en el grupo de edad de 16 a 25 años estaban muy temerosas del aumento de peso, a pesar de que sólo del 12% al 14% de ellas tenían realmente un sobrepeso.

La mayoría de las encuestados eran mujeres (60.2%) y gemelas (61.9%) Más de un tercio de los participantes vivían en zonas densamente pobladas; hombres y mujeres de entre 25 y 35 años de edad eran más propensos a vivir en entornos urbanos. Más de la mitad de los participantes del estudio reportaron tener un alto nivel de educación. El peso bajo o el peso normal fue más común entre los jóvenes de 13 a 16 años. El sobrepeso fue más frecuente entre los hombres de 55 a 65 años de edad y

en las mujeres de más de 65. El nivel de ejercicio (determinado por las equivalencias metabólicas o MET, por sus siglas en inglés) fue más alto entre las mujeres de 13 a 16 años y entre los hombres de 16 y 18 y los puntajes más bajos de MET fueron encontrados en los hombres y mujeres mayores de 65 años de edad.

El estudio tuvo algunas limitaciones: las muestras de los gemelos pueden diferir de los que no lo son de varias maneras, incluyendo el hecho de que el 62% de los pesos al nacer son, usualmente, más bajos en los gemelos que en los nacimientos singulares y estas diferencias en el índice de masa corporal continúan en la edad adulta (*Twin Res.* 2001. 4:464) Sin embargo, los resultados hacen hincapié en que las preocupaciones sobre el peso y la dieta continúan durante toda la vida.

Algunas buenas noticias para los pacientes con trastornos alimentarios preocupados por el aumento de peso.

El regreso a los pesos normales para la mayoría es un estudio a largo plazo.

El aumento de peso es una de las mayores preocupaciones entre las personas con un trastorno alimentario. H.B. Murray y sus colegas recientemente publicaron muy valiosos resultados de la observación a largo plazo de un bien descrito cohorte de personas con anorexia nervosa (AN), así como con bulimia nervosa (BN). (*Int J Eat Disord.* 2017. Feb 11. doi: 10.1002/eat.22690)

Los autores describieron su estudio longitudinal de 22 años, de un grupo de 225 pacientes con AN y BN, los cuales seguidas por un periodo de 10 años y 117 de ellas estaban todavía en el estudio en el punto de un seguimiento de 22 años. En el transcurso de este largo estudio, gran parte del aumento de peso sucedió en los dos primeros años y este disminuyó entre los años 2 y 5. Después de esto, el aumento de peso de los sujetos se mantuvo, relativamente, estable. El índice de masa corporal se incrementó más rápidamente durante los primeros años del estudio para aquellos con el peso más bajo al inicio (por ejemplo, AN) y estableciéndose con el tiempo, en el rango normal para la mayoría de ellos. En el punto de 22 años de seguimiento, el 69% de los participantes estaban en el "rango normal de peso". Diecisiete por ciento estaban con sobrepeso u obesos y el 14% por debajo de su peso.

Estos resultados con seguridad serán útiles para ayudar a enfrentar y reducir algunos de los miedos que tienen acerca del aumento de peso, las personas con anorexia y bulimia nervosa. Clínicamente, parece como si las personas con AN o BN tienen varios miedos relacionados con el peso; incluyendo aquél de terminar teniendo un sobrepeso o de ser obeso, pero también uno de aumentar cualquier peso. Estos resultados serán útiles para enfrentar el miedo anterior.

Estimulación transcraneal directa para la bulimia nervosa: resultados alentadores tempranos.

Un nuevo tratamiento muestra los beneficios sobre la terapia electroconvulsiva.

La neuromodulación es actualmente un área de gran interés en el campo del tratamiento de la salud mental. Un ejemplo de la técnica de neuromodulación es la estimulación transcraneal directa (tDCS, por sus siglas en inglés, ETCD, en español) Como la terapia electroconvulsiva (ECT, por sus siglas en inglés),

este método implica la aplicación de corriente al cuero cabelludo, pero tDCS es muy diferente a ECT. En tDCS, los pacientes están despiertos, hay poco efectos colaterales, un muy bajo nivel de corriente es proporcionada al cuero cabelludo y no se presentaron convulsiones. En muchos estudios, el sitio elegido ha sido la corteza dorsolateral prefrontal (DLPFC en sus siglas en español) Esta región es parte cognitiva dorsal del circuito frontoestriatal y es la estructura neuronal principal, la cual está implicada en funciones ejecutivas, incluyendo el control de la autorregulación. También está implicado en el proceso de recompensas.

tDCS afecta el comportamiento en muchas áreas diferentes, cuando se aplica con precisión en la región correcta del cuero cabelludo. De hecho, evidencia previa ha demostrado algunos cambios en el comportamiento alimentario después de una sola sesión de tDCS (*Biol Psychiatry*. 2010. 67:793) Para evaluar más a fondo el potencial de tDCS en el tratamiento de los trastornos alimentarios, la Dra. María Kekic y sus colegas del Kings College, Londres, recientemente condujeron un estudio de tDCS en 39 pacientes (37 mujeres y dos hombres) con bulimia nervosa (*PLoS One*. 2017. 12: e0167606)

En este estudio, los sujetos recibieron tDCS o una aplicación simulada de ésta en un modo doble ciego por 3 sesiones. Los resultados demostraron que cuando una configuración particular de electrodo en el cuero cabelludo (con el ánodo a la derecha y el cátodo en la izquierda) la cognición del trastorno alimentario disminuyó y el estado de ánimo mejoró.

Parece probable que tDCS podría ser utilizado como una última instancia en un tratamiento de trastorno alimentario para mejorarlo, en lugar de que sea una sola modalidad. Los autores están correctos que este trabajo es alentador y un estudio adicional de tDCS es definitivamente, necesario.

Siguiendo el camino de una alimentación desordenada a través del tiempo.

Cuatro factores de riesgo surgieron en una muestra de la comunidad, la cual fue seguida durante 10 años.

Poco se sabe acerca de cómo los comportamientos de una alimentación desordenada y sus síntomas, los cuales aparecen en la adolescencia temprana, pueden cambiar con el tiempo. Los resultados de un estudio reciente nos dan nueva información sobre esta trayectoria a lo largo del tiempo, incluyendo el hecho de que hay un 75% de probabilidad de que los que tienen una alimentación desordenada, continuarán teniendo síntomas de ésta, una década después.

Carolyn M. Pearson, PhD y sus colaboradores de las Universidades de Minnesota y Columbia, estudiaron una muestra de una comunidad de adolescentes durante 10 años, para ver cómo los riesgos de una alimentación desordenada cambiaban a lo largo de la adultez joven (*Int J Eat Disord*. 2017. doi: 10:1002/eat.22692, publicado en línea antes de imprimirse) El equipo estudió datos de 2287 participantes en el Proyecto EAT, un valioso estudio longitudinal que ha evaluado los factores relacionados con la alimentación, así como antropomórficos y psicológicos, utilizando encuestas de estudiantes de escuelas intermedias y secundarias tanto masculinas como femeninas, quienes ahora son adultos jóvenes, los cuales viven en Minneapolis/St. Paul, MN. La encuesta EAT I analizó a adolescentes de 11 a 18 años de edad y luego los volvió a visitar, ya cómo adultos jóvenes, 10 años después (EAT III)

Estabilidad y transiciones.

Los investigadores encontraron que aquellos que no tenían síntomas en la EAT I tendieron a mantenerse en el mismo grupo 10 años más tarde. Para aquellos identificados en el grupo de dieta en EAT I, ésta, generalmente persistió. Hubo un 75% de probabilidad de que aquellos con síntomas de una alimentación

desordenada durante la adolescencia continuarían presentando ésta o bien una transición al grupo de dieta, durante el periodo de seguimiento de 10 años.

La baja autoestima, los síntomas depresivos y el consumo de sustancias eran indicadores importantes de una transición hacia una alimentación desordenada y las mujeres encuestadas tenían mayores posibilidades que los varones de pasar de la transición a un aumento de los síntomas, una década después. Las bromas sobre el peso por parte de la familia también aumentaron las probabilidades de una transición del adolescente a una alimentación desordenada; esto fue casi estadísticamente significativo siendo un elemento, incluso más poderoso que las burlas entre pares.

Dos factores brindaron protección: una mayor autoestima y una comunicación/cuidado familiar. También surgieron algunos hallazgos positivos. Uno de ellos fue que la mayoría de los adolescentes que fueron asintomáticos en la primera encuesta no desarrollaron un comportamiento de una alimentación desordenada, en el seguimiento de 10 años. Y, 1 de cada 4 de los que presentaron conductas de alimentación desordenada en la primera encuesta, fueron asintomáticos en el seguimiento de 10 años, lo que sugiere que algunos de estos adolescentes jóvenes, mejoran con el tiempo.

Detección e interceptación de los factores de riesgo de manera temprana.

El estudio subraya el valor de la detección temprana y la intervención para adolescentes con una alimentación desordenada. La detección de factores de riesgo, tanto psicológicos como socio ambientales, en particular la baja autoestima, los síntomas depresivos, el consumo de sustancias y una mala comunicación/cuidado familiar, especialmente entre las niñas adolescentes, pueden ayudar a interrumpir la transición a los trastornos alimentarios en la edad adulta.

Seguimiento de la recuperación de la AN y BN a largo plazo.

Los resultados alentadores para la mayoría de los pacientes, pero no para todos, durante más de 2 décadas.

El aumento de peso es una de las mayores preocupaciones entre las personas con trastornos alimentarios. Un estudio longitudinal del Hospital General de Massachusetts sobre Anorexia y Bulimia Nerviosa, ha nuevamente proporcionado información valiosa sobre los efectos a largo plazo de estas dos enfermedades. El Dr. Kamryn T. Eddy y sus colegas recientemente reportaron los resultados de un seguimiento de 22 años de mujeres con anorexia y bulimia nerviosa (*J Clin Psychiatry*. 2017. 78: 184) En el seguimiento, dos tercios de las mujeres se han recuperado. Este estudio comenzó en 1987 con 246 mujeres, todas ellas buscando tratamiento para AN y BN. Como parte de este estudio, las mujeres fueron entrevistadas cada 6 meses por un tiempo mediano de 9.5 años para evaluar los síntomas semanales, las comorbilidades, la participación en el tratamiento y el funcionamiento psicosocial. Posteriormente, se completó el seguimiento de 22 años.

El Dr. Eddy y sus compañeros de trabajo informaron que uno de los indicadores de la recuperación a largo plazo fue cuando ésta era de manera temprana. A los 22 años de seguimiento, el 62.8% de las mujeres con AN y el 68.2% de las que tenían BN se habían recuperado. Esto fue enormemente mejorado en la evaluación de seguimiento de 9 años, que mostró que el 31.4% de las mujeres con AN y el 68.2% de las mujeres con BN se habían recuperado.

Notablemente, alrededor de la mitad de las mujeres que seguían enfermas en el punto de los 9 años, ya

se habían recuperado de su trastorno alimentario para el punto de los 22 años. Dicha recuperación ocurrió antes para las mujeres con BN, mientras que la de las pacientes con AN fue más lenta y continuó a largo plazo.

Un segundo estudio muestra las tendencias de mortalidad.

Un estudio anterior de Debra L. Franko, PhD, y sus compañeros de trabajo en el Hospital General de Massachusetts, identificaron factores de riesgo de mortalidad en personas con AN y BN, a lo largo del tiempo (*Am J Psychiatry*. 2013. 170:917) Estos investigadores descubrieron que una larga duración de la enfermedad, el abuso de sustancias, el bajo peso y/o el mal funcionamiento social aumentan el riesgo de muerte por AN. Entre las 246 mujeres que participaron, se reportaron 16 muertes (6.5%); entre las 186 mujeres con una historia de por vida con AN, 14 (7.5%) murieron. Cuatro de las muertes fueron por suicidio. De las 60 mujeres con BN, sin antecedentes de AN, 2 (3.3%) murieron. Los autores también informaron que la mayoría de las mujeres que habían sido, inicialmente, diagnosticadas con AN, experimentaron una transición de AN a BN, mientras que el caso contrario fue mucho menos común.

Un regreso a los pesos normales para la mayoría en un tercer estudio.

H.B Murray y sus colegas publicaron recientemente valiosos resultados de la observación del peso a largo plazo de una cohorte bien descrito de personas con AN y BN (*Int J Eat Disord*. 2017. Feb 11. doi: 10.1002/eat. 22690)

Los autores describieron los resultados de su estudio longitudinal de 22 años de un grupo original de 225 pacientes con AN y BN. Doscientos veinticinco de ellos fueron seguidos durante 10 años y 177 todavía estaban en el estudio en el punto de seguimiento de 22 años. En el transcurso de este largo estudio, la mayor parte del aumento de peso se produjo en los primeros 2 años y este disminuyó entre los años 2 y 5. Posteriormente, el peso de los sujetos se mantuvo relativamente estable. El índice de masa corporal aumentó rápidamente durante los primeros años del estudio para aquellos con pesos más bajos al inicio (por ejemplo, AN) y se estabilizó con el tiempo, estableciéndose en el rango normal para la mayoría. En el punto de seguimiento de 22 años, el 69% de los participantes estaban en el "rango de peso normal". Diecisiete por ciento tenían sobrepeso u obesidad y el 14% tenían un peso por debajo.

Clínicamente, parece como si las personas con AN o BN tienen varios miedos relacionados con el peso; estos incluyen el de acabar con sobrepeso u obesidad, o bien a ganar cualquier peso. Estos resultados serán útiles para abordar el miedo anterior.

A medida de que el estudio longitudinal continúe, indudablemente aprenderemos mucho más y siempre existe la esperanza de que las tasas de recuperación se muevan hacia arriba.

Preguntas y Respuestas: ¿Es este un caso de ARFID?

Q. Tengo un nuevo caso desafiante y espero que puedan ayudarme. Un niño de 8 años ha desarrollado lo que yo pienso en una forma de ARFID (trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos) De repente comenzó a restringir su ingesta de alimentos debido a sus miedos de ahogamiento y más recientemente, desarrolló un tic facial. Su pérdida de peso está aumentando. Sus padres notaron primero el cambio en el comportamiento cuando él rechazó comer los alimentos que siempre consideró como golosinas, incluyendo las galletas y otros alimentos hechos con azúcar. ¿Es esto una forma de ARFID? (G.L., Detroit)

A. Este joven paciente puede padecer el síndrome neuropsiquiátrico de inicio agudo pediátrico o PANDAS/PANS (por sus siglas en inglés) Este es un subconjunto de ARFID, pero tiene algunas diferencias clínicas.

En 1997, Sokol y Gray informaron sobre los primeros casos de anorexia PANDAS observados en su

unidad de trastornos alimentarios en la Clínica Menninger (*J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997. 36:1128; también ver *EDR*, Septiembre/Octubre 2001) Estos pacientes jóvenes eran prepubertales y tenían mucho miedo de aumentar de peso (tenían problemas subyacentes de una dismorfia corporal) Muy importante, también tenían síntomas relacionados con el grupo A de infecciones por estreptococo (GAS) Otros estudios documentaron infecciones por GAS en niños, con síntomas de una repentina aparición de un miedo a un ahogamiento y el rechazo a tragar, lo que condujo a una ingesta restringida de alimentos.

Algunos pacientes jóvenes con PANDAS restringen su ingesta de alimentos debido a sus temores sobre la contaminación de los mismos, así como de un ahogamiento. En un estudio, un niño con PANDAS tenía tanto miedo de un ahogamiento y a la contaminación de sus alimentos que perdió el 10% de su peso corporal (*J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004. 43:510)

Varios años atrás, Megan D. Toufexis y sus colegas publicaron un artículo muy útil sobre la restricción de alimentos en niños con PANDAS/PANS (*J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2015. 25:48) El artículo incluyó varios casos que ilustran los síntomas comunes observados en estos pacientes jóvenes. Los 29 pacientes descritos en esta serie fueron participantes en ensayos clínicos en el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés) y el Rothman Center of Neuropsychiatry en la Universidad del Sur de Florida (USF, por sus siglas en inglés) Un distinto conjunto de comportamientos surgió: inicio rápido de los síntomas y obsesiones por envenenamiento, vómitos o ahogamiento. Algunos de estos pacientes jóvenes tenían distorsiones de la imagen corporal. Dos tercios de los niños tenían miedos obsesivos con la comida o la bebida contaminada, 5 de los cuales se negaron a tragarse su propia saliva por temor a que ésta estuviera contaminada.

Ciertos síntomas clínicos pueden ayudar a diferenciar a los pacientes con PANDAS de aquellos con otros trastornos alimentarios. Estos son: (1) el inicio rápido de los síntomas, (2) la prevalencia del trastorno en los hombres y (3) la edad temprana en la presentación. Según Toufexis et al, en el caso de los niños con PANDAS, los factores ambientales, en particular las infecciones de GAS, pueden conducir a una cascada de síntomas inmunológicos, psicológicos y físicos que resultan en una restricción y/o aversión abrupta a los alimentos.

El diagnóstico y tratamiento tempranos apropiados para PANDAS/PANS son esenciales, ya que el tratamiento inmediato con antibióticos o terapias inmunomoduladoras pueden producir mejoras dramáticas en los síntomas.

—SC

¿Es más agresiva la realimentación segura para pacientes hospitalizados severamente desnutridos?

Más pruebas sobre esta controvertida cuestión.

Recientemente ha habido un aumento en el interés de la tasa de realimentación de las personas con AN. Un nuevo artículo de investigadores de la Universidad de California en San Diego sugiere que una realimentación más agresiva puede ser apropiada para pacientes jóvenes hospitalizados seleccionados con trastornos alimentarios restrictivos, incluyendo AN, trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos (ARFID, por sus siglas en inglés), así como otros trastornos alimentarios especificados (*J Eat Disord*. 2017; 5:1, publicado en línea antes de imprimir) El grupo de estudio de 87 pacientes de 8 a 20 años de edad incluyó un subgrupo de pacientes severamente desnutridos que presentaban menos del 75% del peso corporal esperado. (%EBW, por sus siglas en inglés)

Al ingreso, la mayoría de los pacientes iniciaron una dieta de rehabilitación nutricional oral y el nivel calórico inicial se basó en la historia reciente de su dieta. Por lo general, los pacientes recibieron de entre 1500 a 1800 kcal/día, pero se utilizaron dietas bajas en calorías (como 1200 kcal/día) si el paciente había estado usando restricciones dietéticas extremas, por ejemplo, menos de 500 kcal/día durante varias semanas. La ingesta calórica fue valorada para lograr un aumento de 2 kg. por semana. Si el peso objetivo diario no se alcanzó durante 2 días seguidos, la ingesta calórica se incrementó; esto también fue el caso para aquellos con complicaciones cardíacas persistentes o graves complicaciones, tales como bradicardia nocturna, cambios posturales sintomáticos en la frecuencia cardíaca o la presión arterial, así como arritmias.

Se utilizaron tubos nasogástricos o nasoyeyunales si era necesario hasta que el paciente pudiera consumir el 100% de las necesidades nutricionales y de fluidos diarios por vía oral durante, al menos 24 horas. Los líquidos intravenosos se reservaron para los pacientes deshidratados incapaces de tolerar fluidos orales.

Al ingreso, todos los pacientes fueron examinados con completos conteos sanguíneos, pruebas metabólicas completas, análisis de orina y electrocardiogramas. Los hallazgos de laboratorio de la reatención se evaluaron diariamente, concentrándose en los niveles séricos de magnesio, fósforo y el análisis de orina. Se utilizó un continuo monitoreo cardíaco durante toda la estancia hospitalaria del paciente.

De acuerdo con la Dra. R. Tamara Maginot y sus colegas el %EBW se determinó mediante la evaluación de varios factores clínicos. Aunque el enfoque convencional utiliza el percentil del índice de masa corporal (IMC o kg/m^2) del 50% para calcular el peso corporal esperado para niños y adolescentes, los investigadores de San Diego optimizaron el %EBW para devolver a cada niño o adolescentes la trayectoria de crecimiento en la que él o ella estaban saludables. Por ejemplo, si el IMC premórbido del paciente era mayor que el percentil 85 y paciente estaba sano, el %EBW inicial fue seleccionado para restaurar al paciente a un IMC al nivel percentil 75. Si los patrones de crecimiento premórbido eran desconocidos, los autores utilizaron el percentil 50 convencional para el sexo y la edad.

La mayoría del grupo de estudio había sido diagnosticada con un subtipo restrictivo de AN (66.7%), mientras que el 16.1% tenía un diagnóstico de un subtipo de AN-compulsivo/purgativo, el 5.7% lo fue por un trastorno alimentario especificado y por último, el 11.5 con ARFID. Quince pacientes requirieron el uso de tubos nasogástricos/ nasojejunales durante la hospitalización. Alrededor del 75% de los pacientes les fue asignada una dieta de alto contenido calórico al ingreso (66 pacientes; un rango: 1500 a 3000 kcal/día) El grupo de menos calorías (21 pacientes) recibió un promedio de 1185 kcal/día y tuvo estancias hospitalarias, significativamente, más largas que otros pacientes (38.3 días en comparación de 31.9, respectivamente)

Los autores señalan que, al igual que en los estudios previos, la incidencia de anomalías electrolíticas en su muestra no estaba relacionada con la tasa de aumento calórico o con el nivel calórico inicial. En cambio, niveles bajos de fósforo fueron más comunes entre pacientes, quienes tenían un %EBW menor, al ingreso. Esto sugiere que el grado de agotamiento del cuerpo puede ser un indicador más importante de las anomalías electrolíticas, que los niveles calóricos. En este estudio, con cada disminución del 1% en el %EBW al ingreso, las probabilidades de hipofosfatemia aumentaron en un 6%. Sin embargo, pacientes severamente malnutridos al inicio en un régimen calórico mayor no se asoció con un mayor riesgo de hipofosfatemia, hipomagnesemia o hipopotasemia.

Una importante advertencia a este estudio es que, la realimentación ocurrió en una unidad médica con un continuo monitoreo cardíaco. Aunque el régimen fue bien tolerado en esta muestra, tal grado de monitorización no estaría disponible en la mayoría de los entornos de tratamiento para TCA. Se

necesitarían futuros estudios con una población de pacientes más grande, para ayudar a definir la seguridad de la administración de dietas altas en calorías, especialmente en aquellos con una desnutrición severa. Es importante definir las tasas que sean seguras, pero también eficaces y de una entrega tan pronta como sea posible.

Reimpreso para: ***Eating disorders Review***

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com