
Eating Disorders Review

Marzo/Abril 2020

Volumen 31, Número 2

Scott Crow, Editor en Jefe

Causas y manejo del edema en pacientes con trastornos alimentarios

Por Leah M. Swanson, MD; Melanie L. Hebert, MD; and Philip S. Mehler, MD
Eating Recovery Center, Denver, Colorado

El edema se define como la hinchazón de los tejidos blandos como resultado de la acumulación excesiva de líquido. Es un hallazgo común en pacientes con anorexia nerviosa subtipo restrictivo (AN-R) y el subtipo de atracón-purga (AN-BP) durante el período de realimentación. Aunque un edema se puede presentar en ambos subtipos de AN, un estudio reciente identificó tasas significativamente más altas de una formación de éste en pacientes con AN-BP en comparación con aquellos con AN-R ((41,7% vs. 28%, respectivamente; Rylander et al., 2017) El edema es muy frecuente, complejo y frustrante para los pacientes con trastornos alimentarios, quienes ya tienen una gran dismorfia corporal y altos grados de angustia por la imagen corporal.

Etiología y Patogénesis

El edema se puede observar tanto en AN-R como en AN-BP, aunque los mecanismos difieren. El edema en pacientes con AN-R es causado por un patrón anormal de secreción exuberante de insulina al principio de la realimentación, e implica la tendencia conocida de la insulina para causar la reabsorción de sal en el riñón. Alternativamente, la retención excesiva de sodio y agua puede estar relacionada con anomalías en las bombas de sodio-potasio, que se producen en la desnutrición grave (Rigaud et al., 2010) Este tipo de edema es generalmente leve, se desarrolla temprano en la realimentación y sólo se asocia con unas pocas libras de aumento de peso adicional por el mismo. La elevación intermitente de las piernas durante 20 a 30 minutos unas cuantas veces al día es generalmente suficiente para tratar este edema leve durante la primera semana de realimentación.

Una presentación más dramática de la formación de edema se observa en pacientes con AN-BP y bulimia nerviosa, que tienen antecedentes de abuso excesivo crónico de laxante y diurético excesivo crónico, así como comportamientos de vómitos autoinducidos. Esta forma de edema se produce al cesar abruptamente esas conductas de purga. El mecanismo del edema en estos pacientes es muy distinto al mencionado para los pacientes con AN-R y es similar al observado en pacientes con síndrome de Bartter. El síndrome de Bartter, descrito por primera vez por Frederic Bartter en 1962, es una constelación de hallazgos caracterizados por hipocaliemia (potasio bajo), hipocloremia (cloruro bajo), alcalosis metabólica (una alteración del pH en la sangre), presión arterial alta y aumento de la excreción urinaria de sodio, cloruro y potasio (Bahia et al., 2012) Estas perturbaciones electrolíticas van acompañadas de un estado de deshidratación crónica, que activa el sistema de renina-angiotensina-aldosterona. Esto lleva a un aumento de la secreción de aldosterona de las glándulas suprarrenales para evitar los desmayos por baja presión sanguínea. Niveles elevados de aldosterona a su vez conducen a una mayor reabsorción de sodio en el riñón para mantener la presión arterial. El resultado final es hipocaliemia, alcalosis metabólica y formación de edemas debido al nuevo estado de retención de sal.

Se han observado alteraciones metabólicas y electrolíticas similares en pacientes con trastornos alimentarios en estado de hipovolemia crónica (deshidratación) debido a todas las conductas de purga (Brown and Mehler, 2012) Este fenómeno se denomina "pseudo-Bartter", dados los síntomas y las anormalidades clínicas secundarias a la pérdida de volumen más que a una disfunción renal inherente (defecto tubular renal) Al igual que en el síndrome de Bartter, se presentan niveles elevados de aldosterona, lo que da lugar a la aparición de alcalosis metabólica y a la formación de un edema grave. Los elevados niveles de aldosterona sérica tardan aproximadamente de 1 a 3 semanas en volver a la normalidad una vez que se ha eliminado la deshidratación crónica de la purga. Por lo tanto, cuando los pacientes entran en tratamiento y dejan sus conductas de purga, sus niveles de aldosterona persistentemente elevados de manera anormal provocan una rápida formación de edemas, retención de líquidos y un aumento excesivo de peso, que puede llegar a ser de 10 a 20 libras por el edema en unos pocos días. Esto puede ser comprensiblemente bastante angustiioso para los pacientes con trastornos de la alimentación. Si no se realiza ninguna intervención farmacológica, se ha observado que el edema y el aumento de peso alcanzan su punto máximo entre 4 y 10 días después de que termina la purga y puede durar hasta 2 a 4 semanas.

Evaluación y tratamiento

Es importante tener en cuenta la necesidad de minimizar la formación de edema en pacientes con trastornos alimentarios tanto como sea posible, ya que causa angustia mental significativa y malestar. Cuando no se trata, la tendencia a que el edema se desarrolle tras el cese abrupto de la purga crónica excesiva puede interferir con el tratamiento exitoso (Brown, 2012).

Como se mencionó anteriormente, los pacientes con AN-R que tienen edema no suelen tener altos niveles de aldosterona. En consecuencia, el antagonista de la aldosterona, la espironolactona, no suele estar indicada para esta población.

Por el contrario, los pacientes que ingresan al tratamiento de los trastornos alimentarios y que han estado involucrados en conductas de purga excesiva que se detienen abruptamente, a menudo desarrollan rápidamente la constelación de síntomas conocida como pseudo-Bartter. Durante este proceso, el sodio y el agua continúan siendo reabsorbidos ávidamente sin la eliminación de líquidos previa debido a los comportamientos de purga. Un componente de esto es el tratamiento de la disminución del volumen y la presión arterial baja, que impulsan la elevación compensatoria en los niveles séricos de la aldosterona. En un entorno médico de hospitalización, esto puede lograrse con una lenta administración intravenosa de solución salina, para desactivar el estímulo de la aldosterona sérica. Desafortunadamente, esto lleva a un indeseado estado adicional de mayor retención de sal y agua. Por lo tanto, el tratamiento de estas alteraciones implica abordar agresivamente las perturbaciones electrolíticas y ácidos básicos, así como prevenir y tratar el edema resultante. Es importante tener presente la necesidad de reducir al mínimo la formación de edemas en los pacientes con trastornos alimentarios en la medida de lo posible, ya que éstos provocan una angustia mental significativa y malestar. Cuando no se trata, la tendencia a que el edema se desarrolle al dejar de producirse una purga excesiva crónica puede interferir con el tratamiento exitoso del trastorno alimentario (Brown and Mehler, 2012).

Además de interrumpir las conductas de purga, el tratamiento del edema en los pacientes con AN-BP que se purgan o usan laxantes implica abordar la respuesta central de la hiperaldosterona y corregir las alteraciones de los electrolitos. Un componente de esto es el tratamiento de la disminución del volumen y la presión arterial baja que impulsan la elevación compensatoria en los niveles séricos de aldosterona. Esto puede hacerse con una lenta administración intravenosa de solución salina, para desactivar el estímulo de la secreción de aldosterona de las glándulas suprarrenales. Hay que tener en cuenta la ávida respuesta a la solución salina debido a los elevados niveles de aldosterona, que pueden conducir a un estado adicional no deseado de mayor retención de sal y agua. Por lo tanto, la administración juiciosa de dichos fluidos puede ayudar a prevenir un estado de volumen excesivo. Un enfoque sugerido es

administrar 1 a 2 L de solución salina intravenosa lentamente durante un período de 24 a 48 hr, a una velocidad de 25 a 50 mL/hr, con monitoreo para la resolución de la alcalosis o para la normalización del nivel de bicarbonato sérico a <30 mEq/L (McBride et al., 2016). Una vez corregido el volumen, la alcalosis metabólica se resolverá.

Además de considerar la administración de líquidos intravenosos suaves, se recomienda fuertemente el uso del diurético ahorrador de potasio, la espironolactona. La espironolactona antagoniza los efectos de la aldosterona en el túbulo renal distal.

Por lo tanto, puede minimizar la formación de edemas secundarios debido a niveles excesivos de aldosterona. Además, su leve efecto diurético puede ayudar a tratar el edema que aún puede ocurrir. La dosis diaria efectiva oscila entre 25 y 200 mg; se pueden utilizar inicialmente dosis más bajas y aumentarlas según sea necesario para incrementar el efecto si la formación de edemas y el aumento de peso están en curso. Algunas directrices recomiendan comenzar con 100 mg y aumentar la dosis hasta una máxima efectiva de 400 mg, con aumento de la misma cada 3 o 4 días. (Runyon, 2004). En nuestra práctica, generalmente no administramos dosis superiores a 200 mg. En general, deben evitarse las clases alternativas de diuréticos más potentes, como las tiazidas y los diuréticos de asa, porque pueden exacerbar la activación del eje renina-angiotensina-aldosterona y empeorar la alcalosis metabólica. En raras ocasiones, se requieren juiciosamente por la formación de un edema grave con formación excesiva del mismo a pesar de la espironolactona. Sin embargo, en esta situación compleja, la triple terapia debe ser iniciada por aquellos con experiencia médica especializada.

Además de las terapias médicas, dada la naturaleza angustiosa del edema en pacientes con trastornos alimentarios, la advertencia y la tranquilidad con respecto a la naturaleza transitoria del edema y el apoyo terapéutico son otros componentes importantes del tratamiento (Ehrlich et al. , 2006) No reconocer la importancia de las intervenciones conductuales o la angustia causada por el edema, así como la falta de comprensión de los cambios fisiológicos asociados con la formación de éste, puede llevar a los pacientes a evitar la búsqueda de atención, dadas las experiencias negativas previas con la formación de edema y el aumento de peso en los entornos de tratamiento.

Conclusiones

El desarrollo de edema en pacientes con trastornos alimentarios es un fenómeno complejo. Cuando se reconoce a tiempo y se trata adecuadamente, el edema se puede controlar con bastante eficacia, minimizando la angustia del paciente. Para ello, es necesario comprender los distintos mecanismos que permiten a los profesionales gestionar juiciosamente las intervenciones terapéuticas. Estos incluyen la administración de líquidos intravenosos (si la persona está en un entorno médico hospitalario) y el uso de la espironolactona diurética ahorradora de potasio, o simplemente recomendar la elevación de las piernas. Estas intervenciones pueden mitigar el exceso significativo de volumen que puede ocurrir en pacientes con edema secundario a la pérdida de volumen en el entorno de purga, o el uso de diuréticos o laxantes. Además, proporcionar educación adecuada y apoyo terapéutico con la elevación de las piernas para aquellos que desarrollan edema a partir del tratamiento temprano de AN-R puede servir para apoyar aún más a los pacientes en los que el edema es una fuente significativa de angustia durante el tratamiento.

Referencias

Bahia A, Gaudiani J, Mehler P. PseudoBartter syndrome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2012; 45:150-53.

Brown C, Mehler P. Successful "detoxing" from commonly utilized modes of purging in bulimia nervosa. *Eating Disorders*. 2012; 20: 312-20.

Ehrlich S, Querfeld U, Pfeiffer E. Refeeding oedema. An important complication in the treatment of anorexia

nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2006; 15: 241-43.

McBride J, Mascolo M, Mehler P. Effective medical treatment strategies to help cessation of purging behaviors. *International Journal of Eating Disorders*. 2016; 4: 321-27.

Rigaud D, Boulier A, Tallonneau I, Brindisi M, Rozen R. Body fluid retention and body weight change in anorexia nervosa patients during refeeding. *Clinical Nutrition*. 2010; 29: 749-55.

Runyon B. Management of adult patients with ascites due to cirrhosis. AASLD practice guidelines. *Hepatology*. 2004; 39: 2087-2107.

Rylander M, Brinton J, Sabel A, Mehler P, Guadiani J. A comparison of the metabolic complications and hospital course of severe anorexia nervosa by binge-purge and restricting subtypes. *Eating Disorders*. 2017; 25:345-57.

Actualización: Las hospitalizaciones para los TCA entre los niños se elevan en Gran Bretaña

Informes recientes del Reino Unido muestran que cerca de 20.000 personas al año con trastornos alimentarios están siendo ingresadas en hospitales del Servicio Nacional de Salud. Algunos culpan a los efectos de las redes sociales, que siguen promoviendo ideales físicos. Se ha registrado un fuerte aumento entre los niños menores de 9 años y entre los preadolescentes.

El Secretario de Salud de Gran Bretaña Matt Hancock dijo que estaba "horrorizado" por el fácil acceso que tenían los niños a sitios web y foros que promovían estilos de vida letales y se comprometió a tomar medidas para proteger a los que crecían en el mundo digital. Las nuevas estadísticas del Servicio de Salud Nacional es para Inglaterra muestran un aumento del 37% en los ingresos hospitalarios por trastornos alimentarios en sólo dos años. Hubo 19.040 admisiones para trastornos alimentarios entre todos los grupos de edad en 2018-2019, frente a 13.885 en 2016/17, según el Servicio Nacional de Salud.

La mayoría de estas admisiones fueron para la anorexia nerviosa; cabe destacar que esto incluía 16 casos en niños y niñas menores-de nueve años- frente a 6 casos anteriores. Hubo 186 admisiones para la anorexia nerviosa en niñas de 10 a 12 años en 2018/19, y 27 para niños de 10 a 12 años.

Según el *Epidemiology of Eating Disorders*, los trastornos alimentarios son más frecuentes en los niños de Gran Bretaña que la diabetes tipo 2. Haciendo eco de estos informes del Reino Unido, la U.S. Agency for Healthcare Research and Quality reportó que la hospitalización de niños menores de 12 años con trastornos alimentarios aumentó 119% de 1999-2000 a 2005-2006.

Desde el escritorio

En este número, un colaborador frecuente el **Dr. Philip Mehler** y sus coautoras las Dras. **Leah M. Swanson** and **Melanie L. Hebert** del Eating Recovery Center en Denver nos traen un artículo completo sobre un tema común y complejo, edema en pacientes con trastornos alimentarios. Escriben que el edema en pacientes con trastornos alimentarios es un fenómeno complejo. Cuando se reconoce a tiempo y se trata adecuadamente, se puede manejar con bastante eficacia, reduciendo al mínimo la angustia del paciente.

Un nuevo miembro del Consejo Asesor

También damos la bienvenida a un nuevo miembro a nuestro Consejo Asesor Editorial, **Judith Banker, MA, LLP, FAED**. Judith es fundadora y directora del Center for Eating Disorders, Ann Arbor, MI. También

es una expresidenta y miembro de la Academy for Eating Disorders. Judith actualmente se desempeña como Consultor Clínico para Huron Oaks Adolescent Eating Disorder Recovery Program, un programa de hospitalización parcial en St. Joseph Mercy Hospital, también en Ann Arbor.

La telesalud entra en escena

Cada vez más, los investigadores están descubriendo que el uso de Internet para llegar y mantener el contacto con los pacientes ha sido muy valioso. Vemos esto en muchos artículos que utilizan una plataforma social, como Facebook, para llegar a los participantes de un estudio. Nuestro editor médico Dr. Scott Crow ofrece varias fuentes para la información utilizando sitios de telesalud (ver "COVID-19, Trastornos alimentarios y Telesalud", en otra parte de este número)

El virus COVID-19 interrumpió nuestro simposio anual, previsto para el 26-29 de marzo en Orlando, FL. La reunión anual de la International Association of Eating Disorders Professionals, siempre un punto culminante del año, fue reprogramada para el próximo año. Felicitamos a la directora Bonnie Harken, a Marie Grover y a todos los demás miembros del personal por todo su arduo trabajo en el manejo de los desafíos de cancelar esta gran reunión, manteniendo a los miembros y visitantes a salvo del virus. El personal y los miembros del Consejo están explorando formas alternativas de hacer llegar a los miembros y a otros profesionales de los trastornos alimentarios una versión en línea del Simposio de Marzo. El programa, ahora en un entorno virtual, "Simposio IAEDP 2020. Una Visión de esperanza", próximamente. Para obtener más información, consulte <https://iaedp.site-ym.com/events/EventDetails.aspx?alias=iaedp2020>.

—MKS

COVID-19, Trastornos alimentarios y Telesalud

Se está produciendo una rápida migración hacia la telesalud.

Por el momento, la pandemia COVID-19 sigue acelerándose y los esfuerzos por contenerla, o para "aplanar la curva" para disminuir las tasas de infección y aliviar los recursos médicos sobrecargados, están afectando en gran medida el suministro de tratamiento contra los TCA. Se presentan al menos dos estrategias potenciales.

En primer lugar, ahora hay un conjunto sustancial de pruebas que apoyan los enfoques online o de m-salud (salud móvil) para el tratamiento de los trastornos de la alimentación, en particular para los pacientes con BN (por ejemplo, véase Zerwas et al.: *Psychother Psychosom.* 2017;86(1):47-53) o TA (por ejemplo, véase: Wagner et al.: *Behav Ther.* 2016 Jul;47(4):500-14). Sin embargo, gran parte de este desarrollo todavía puede estar en la etapa de implementación de la investigación; no está claro cuántos programas de este tipo ya están en uso clínico actual.

En gran parte de la atención de la salud mental, se está produciendo una migración extremadamente rápida hacia la prestación de tratamiento a través de la telesalud. Y en realidad hay poca literatura en este sentido, con informes de casos para CBT-E (Abrahamsson et al.: *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2018 Dec; 61:104-112) y FBT (Anderson et al.: *Int J Eat Disord.* 2017 Oct; 50(10):1235-1238), y una breve revisión de los factores a considerar (Sproch and Anderson: *Psychiatr Clin North Am.* 2019 Jun; 42(2):243-252). Al mismo tiempo, los pagadores y reguladores del gobierno están relajando rápidamente las restricciones de la teleprovisión de atención. Aquellos con trastornos de la alimentación siguen necesitando tratamiento, y la telesalud parece una opción ideal para muchos en este momento.

— SC

EDR da la bienvenida a un nuevo miembro del Consejo

EDR se complace en dar la bienvenida a Judith Banker, MA, LLP, FAED, a nuestro Consejo Asesor Editorial. Judith es fundadora y Directora Ejecutiva del Centro para Trastornos de la Alimentación, Ann Arbor, MI.

También es una expresidenta y miembro de la Academy for Eating Disorders. Judith actualmente se desempeña como Consultora Clínica Líder para Huron Oaks Adolescent Eating Disorder Recovery Partial Hospitalization Program, un programa de hospitalización parcial, en el St. Joseph Mercy Hospital, también en Ann Arbor (website: [www.stjoeshealth.org/eating disorders](http://www.stjoeshealth.org/eating_disorders)).

Recibió el premio 2011 AED Clinical Leadership. Sus investigaciones y publicaciones abordan una variedad de temas, incluyendo la integración de la investigación-práctica, el tratamiento eficaz de trastornos alimentarios, y la identificación temprana y la detección de éstos. Es coautora (con Aimee Liu) de *Restoring Our Bodies, Reclaiming Our Lives: Guidance and Reflections on Recovery from Eating Disorders* (2011).

Claras diferencias separan a los pacientes de ARFID y AN

Los pacientes de ARFID no temen al aumento de peso o a cambios en la forma del cuerpo.

Aunque parecen compartir algunos síntomas característicos, los pacientes con un trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria, o ARFID, y aquellos con AN son claramente diferentes. Como se define en el *DSM 5*, ARFID puede ocurrir a cualquier edad y no incluye el miedo a aumentar de peso o alteración de la imagen corporal.

En su lugar, los pacientes de ARFID evitan los alimentos debido a otros motivos, como las características de los alimentos, el miedo a comer (vómitos, asfixia, deglución), o la falta de interés en la comida. Además, a diferencia de su definición anterior (como "trastorno de la alimentación en la infancia o la niñez") en el DSM-IV, que restringía el diagnóstico del ARFID a los niños menores de 6 años, éste ya no tiene restricciones de edad.

El Dr. Isaku Kurotori y sus colegas de la Jichi Medical University, Tochigi, Japan, diseñaron un estudio de revisión de registros para comparar dos grupos: niños y adolescentes hospitalizados con diagnóstico de ARFID (n=13; 2 niños, 11 niñas) o niños y adolescentes hospitalizados con AN de tipo restrictivo (R-AN, n=79; 1 niño, 78 niñas) Los investigadores siguieron ambos grupos durante la hospitalización y después del alta. Todos los sujetos tenían 16 años o menos.

Los investigadores utilizaron las pautas de *DSM-5* para ayudar a construir un perfil característico de los jóvenes pacientes de ARFID. La mayoría (92%) había presentado preocupaciones sobre las consecuencias de comer, mientras que 1 (8%) presentaba preocupaciones sensoriales como la característica clínica más prominente.

Ninguno mostró falta de interés en comer, pero todos tenían condiciones médicas o eventos de la vida, como gastroenteritis, asfixia, o el olor de un almuerzo escolar, que podría haber llevado a desarrollar ARFID. El grupo ARFID fue significativamente más joven que el grupo con Anorexia (10.7 años frente a 12.7, respectivamente)

La tasa de recuperación también fue significativamente mayor entre el grupo ARFID que el grupo AN:

(77% frente 43%, respectivamente). En otro estudio, Nakai et al. reportó una tasa de recuperación del 51.9% para los pacientes con ARFID frente 35% para los pacientes con AN (*Eat Behav.* 2017; 24:49)

Los hallazgos de los autores sugieren que no hubo diferencias en el peso corporal de los dos grupos, pero que los pacientes de ARFID tenían mejores resultados que los pacientes de R-AN. El Dr. Kurotori y sus colegas propusieron que el reconocimiento y la intervención temprana, así como los suficientes cuidados intensivos podrían haber contribuido a mejores resultados para los jóvenes participantes con ARFID.

Ejercicio físico problemático en la anorexia nerviosa

Un grupo ofrece un modelo para definir mejor este exceso de ejercicio.

Aunque los "niveles anormalmente altos de actividad física" son comunes entre las personas con trastornos alimentarios, especialmente aquellos con anorexia nerviosa, todavía no se ha establecido una definición clara o un enfoque de tratamiento. Un grupo de investigadores franceses ha propuesto una nueva clasificación del uso problemático de la actividad física (PPA, por sus siglas en inglés), además de un modelo propuesto para el desarrollo de este comportamiento en personas con AN (*Nutrients.* 2020; 12:183) Después de una revisión exhaustiva de 47 artículos recuperados de *Medline* y *Web Science*, los autores identificaron PPA voluntario e involuntario en pacientes con AN. (Los autores señalaron que la bulimia nerviosa no se incluyó en el examen debido a la falta de informes suficientes de BN y actividad excesiva.) Los aumentos voluntarios en la actividad en AN fueron vistos como una estrategia consciente para maximizar la pérdida de peso, mientras que el PPA involuntario aumentó proporcionalmente con la pérdida de peso, lo que indica, los autores, que "el ejercicio podría estar bajo el control de un impulso biológico subconsciente y la cognición involuntaria". Propusieron un modelo algo modificado para el desarrollo de una actividad física problemática que implica 5 "períodos" o fases de enfermedad que evolucionan en 3 etapas.

Un modelo del desarrollo de PPA en AN

El modelo tiene en cuenta tanto la historia del paciente como su interacción con el medio ambiente y las consecuencias patológicas de AN. El modelo se divide en 5 períodos: Período 0, factores anteriores a AN; Período 1: inicio de AN; Período 2, evolución de AN, Período 3, la fase aguda de AN; y el Período 4, resultado a largo plazo.

Período 0. En el período 0, los principales puntos que los autores consideran que deben ser evaluados son el perfil de actividad de la infancia del paciente, tener un padre más activo físicamente, y la participación en deportes estéticos u orientados al peso. Por lo general, se observa un aumento de la PPA un año antes de la aparición de AN. PPA se ve como una estrategia consciente para los pacientes AN para optimizar la pérdida de peso y también se encuentra en la población general.

Período 1. En el Período 1 y la Fase Clínica 1, los pacientes diseñan una actividad física determinada en momentos definidos del día. La actividad física entonces aumenta progresivamente en volumen, intensidad y/o frecuencia.

Período 2. En el Período 2, PPA se convierte en una estrategia de afrontamiento para compensar, suprimir o aliviar tanto los estados afectivos negativos como los síntomas del trastorno alimentario, incluyendo la preocupación por el peso, el impulso para la delgadez, la insatisfacción corporal y el desarrollo de un perfil restrictivo.

En la fase clínica 2, a medida que el trastorno alimentario progresa, la actividad física puede volverse cada vez más autónoma y PPA involuntario aparece con la automatización del comportamiento. Por lo

tanto, los pacientes corren en lugar de caminar, y se paran cuando normalmente estarían sentados. Este comportamiento se combina con inquietud difusa e inestabilidad, donde el paciente tiene problemas para permanecer quieto ("PPA estático"). Algunos pacientes mantendrán inconscientemente la tensión muscular, como contraer sus músculos glúteos o abdominales.

Período 3. En el Período 3, la actividad problemática se vuelve compulsiva y no está bajo control cognitivo voluntario por parte del paciente. Algunos pacientes también tienen PPA voluntario debido a la insatisfacción corporal y la preocupación por el peso.

En la fase clínica 3, el PPA es descrito por los pacientes como más intenso, impulsado, desorganizado y sin rumbo que antes.

Los autores señalaron que en esta fase vieron tres perfiles generales de pacientes: pacientes hipo o normalmente activos, pacientes que son capaces de controlar un PPA importante y pacientes que no pueden controlar su PPA extremo, el cual realizan cada vez más en un creciente aislamiento. Estudios en animales han demostrado que un pequeño subgrupo puede ser hiperactivo hasta la muerte a pesar de tener un peso muy bajo.

Período 4. El período 4 implica el resultado a largo plazo. Los autores señalan que el resultado a largo plazo para los pacientes con AN y la actividad física problemática todavía no es bien conocido. Se ha descubierto que los pacientes que recuperan su peso a largo plazo tienen una frecuencia de PPA similar a la de los controles sanos. La actividad problemática parece estar asociada con tasas más altas de abandono del tratamiento, y podría ser un factor negativo para pacientes extremadamente activos, según los autores.

Los autores consideran que la evaluación de la intensidad, la frecuencia, la duración y el tipo de actividad física, los motivos del ejercicio, la compulsividad y la dependencia del ejercicio, podría conducir a terapias más individualizadas y eficaces para estos pacientes.

La impulsividad se asocia con el riesgo de trastornos alimentarios

Un amplio estudio realizado en Francia muestra una vía de riesgo entre la población general.

La impulsividad es un rasgo de personalidad definido como una predisposición hacia reacciones rápidas no planificadas a estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas. Se cree que hay un vínculo entre la impulsividad y el TCA (tanto la investigación como la experiencia clínica lo demuestran) A pesar de esto, pocos estudios han examinado la relación entre impulsividad, ingesta dietética y trastornos alimentarios entre una población general.

Impulsividad y riesgo

En un amplio estudio realizado con miembros del público en general en Francia, los investigadores exploraron las formas en que la impulsividad se asocia con la ingestión de alimentos, los refrigerios y el riesgo de trastornos alimentarios (*Am J Clin Nutr.* 2019; 109:117) El estudio se llevó a cabo como parte del Estudio NutriNet-Santé, un amplio estudio de cohorte prospectivo en curso en Internet, iniciado en Francia en mayo de 2009, que incluyó 51.368 participantes adultos. La impulsividad se midió utilizando la Barratt Impulsivity Scale, BIS, y el riesgo de TCA se evaluó utilizando el algoritmo EXPALI descrito anteriormente ("Mejorar la detección de trastornos alimentarios con un nuevo algoritmo", en otra parte. de este número) Los investigadores informaron que la impulsividad se asociaba con una menor calidad en

la dieta, un mayor consumo de alcohol y con el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.

Corrección

Erin Knopf, MD, coautora de "Managing Low Bone Mineral Density in Adolescents with Eating Disorders: A Review of Pathophysiology, Diagnostic Modalities and Treatment," en el número de julio-agosto de 2019, es certificada en pediatra y psiquiatra y trabaja en el Eating Recovery Center, Denver, CO. Ella es miembro de iaedp, AED, AACAP, APA, and AAP.

Orthorexia Nervosa: ¿Una condición en busca de un diagnóstico?

Un estudio muestra distintas similitudes y diferencias entre ON y los síntomas de un trastorno alimentario

En la superficie, la ortorexia nerviosa, ON, podría parecer un intento admirable de comer sólo "alimentos saludables". Comer saludablemente encaja perfectamente en nuestra tendencia nacional a favorecer los alimentos naturales. Steven Bratman, MD, MPH, un médico de California, acuñó el término ortorexia nerviosa ("fijación en una alimentación adecuada") en 1996. Se han propuesto criterios diagnósticos, pero la relación de ON con (otros) trastornos alimentarios aún no está clara. Algunos expertos piensan que hay similitudes entre la preocupación constante por la comida que se ve en la ortorexia como en los trastornos alimentarios como la BN y la AN porque todos comparten esfuerzos comunes en torno a los alimentos y el control. Todavía hay controversia sobre este patrón de alimentación, y algunos sugieren que ON comparte características con trastornos obsesivo-compulsivos síntomas somáticos, e incluso trastornos del espectro autista. Sin embargo, ON no encaja perfectamente en ningún criterio de diagnóstico.

Segura-Garcia et al. mostraron que el 28% de los pacientes con AN y BN mostraron una tendencia a seguir usando la medida de Bratman, el ORTO-15 (*Eat Weight Disord.* 2015; 20:161). Esto aumentó al 53% de los pacientes al final del estudio. Los hallazgos de ese estudio sugieren que los síntomas de ON pueden retroceder, desarrollarse o incluso coexistir con un trastorno alimentario.

Algunos síntomas superpuestos

Marta Plichta y Marzena Jezewska-Zychowicz de la Warsaw University of Life Sciences, Warsaw, Poland, diseñó un estudio para definir mejor la ON, y compararla con los síntomas de los trastornos alimentarios en una muestra de la población general (*Nutrients.* 2020; 12:218). La muestra final incluyó 1120 estudiantes masculinos y femeninos de 18 a 35 años reclutados de 7 universidades. Los investigadores recopilaron información sobre los hábitos alimenticios y los síntomas del trastorno alimentario, así como las características sociodemográficas, utilizando la versión polaca de la *Eating Disorder Screen for Primary Care Professionals*. Los síntomas de la ortorexia se evaluaron utilizando el ORTO-15. El grupo final de estudio incluyó 70% mujeres y 30% hombres. Más del 70% de los participantes eran menores de 23 años, más de dos quintas partes vivían en grandes ciudades y aproximadamente el 73% tenían un peso normal.

Se encontró una tendencia hacia la ON en el 28% de la muestra de estudio, mientras que los síntomas del trastorno alimentario de bajo nivel se encontraron en casi el 51%. Más de un tercio de los estudiantes sólo tenían síntomas del trastorno alimentario, mientras que el 15% mostró sólo una tendencia a tener ON. Casi dos tercios informaron que comían 4 o más comidas al día, mientras que más de la mitad (59%) no comían regularmente. Los hábitos alimenticios no estaban relacionados con el género. Casi el

70% de los participantes comieron comidas cada 3 a 4 horas; más mujeres comían cada 3 a 4 horas, en comparación con los hombres, que tomaron un intervalo de 4 horas entre cada comida. La mayoría (87%) de los estudiantes no se saltaban el desayuno, el almuerzo (92.3%) o la cena (87.9%). Trece por ciento de los estudiantes estaban en dietas especiales. Utilizando los resultados del cuestionario *ORTO-15* y una edad límite de 35 años, ON se identificó en el 28% de la muestra del estudio, de acuerdo con estudios anteriores. Casi la mitad de las personas con tendencia a ON también mostraron síntomas de un trastorno alimentario. Los autores observaron que aunque ON puede preceder a un TCA, también puede ocurrir durante su remisión.

Los autores también señalaron que una alta proporción de participantes “38%” sólo mostraron síntomas de trastorno alimentario. Esto fue mayor que el que se encontró en otros estudios entre estudiantes de otros 9 países, donde la incidencia de síntomas de trastornos alimentarios osciló entre un mínimo del 2% y un máximo del 29%. Algunos investigadores han observado que comenzar un nuevo programa educativo, como ir a la universidad, puede aumentar el estrés, la presión social y la baja autoestima, lo que puede conducir a un cambio en los comportamientos alimenticios, particularmente aquellos comportamientos diseñados para evitar el aumento de peso.

Surgieron algunas diferencias

Los estudiantes que solo mostraron síntomas de trastorno alimentario se caracterizaron por comportamientos alimenticios poco saludables, como comer menos de lo recomendado en comidas diarias, comer irregularmente y tener una pausa de más de 4 horas entre comidas; también, con frecuencia se saltaban la cena. Por el contrario, las personas con ON comían 4 o más comidas al día, con intervalos regulares y tenían una pausa de 3 a 4 horas entre comidas. No se saltaron las comidas más tarde en el día. También comían menos alimentos ricos en azúcar y productos refinados y sus dietas contenían menos azúcar y sal que en las personas que tenían patrones alimentarios desordenados.

Los autores señalaron que aunque el hallazgo de que la coexistencia de una tendencia a la ON y los síntomas de los trastornos alimentarios no mostraban una relación con los hábitos alimentarios, si proporcionaron nueva información, aunque aún se necesita más investigación. Tales estudios, utilizando herramientas más sensibles y validadas, ayudarán a identificar la tendencia de ON y los síntomas de un trastorno de la conducta alimentaria.

Complicaciones prenatales y riesgo de un futuro trastorno alimentario

Dos estudios rastrean los factores genéticos y ambientales.

¿Las complicaciones durante el embarazo y el parto aumentan el riesgo de que un niño desarrolle un trastorno alimentario? Sí, señalaron investigadores daneses, suecos y estadounidenses, que estudiaron más de un millón de personas nacidas en Dinamarca de 1989 a 2010 con padres nacidos en Dinamarca (*Psychol Med.* 2020; Jan 8; publicado en línea antes de la impresión) Los niños fueron seguidos desde su sexto cumpleaños hasta finales de 2016. Los datos del registro se utilizaron para recopilar información sobre los TCA, la ansiedad, el estado de ánimo o el diagnóstico de TOC, así como factores relacionados con el embarazo, el nacimiento y las condiciones perinatales.

La exposición temprana puede influir en la salud mental de un niño

Janne Tidselbak Larsen de la Aarhus University, Aarhus, Denmark, observó que los resultados de este gran estudio sugieren que una edad materna más avanzada puede aumentar el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, en particular la AN, más adelante en la vida. Un parto prematuro también aumenta

el riesgo de un TCA, así como otros trastornos psiquiátricos.

Un estudio de los factores de riesgo prenatales y perinatales

Un segundo estudio, realizado por la Dra. Hunnah Watson e investigadores de la University of North Carolina, Chapel Hill (*Int J Eat Disord.* 2019; 52:643) investigaron si las complicaciones prenatales/perinatales están asociadas con trastornos de por vida en las mujeres y también incluye, por primera vez, información sobre la relación de dichos factores con el trastorno por atracón (BED) y el riesgo de un trastorno por purga (PD) La "hipótesis del modelo de programación fetal" de que la programación del desarrollo en el útero y en las primeras etapas de la vida ayuda a explicar resultados en los adultos, en este caso los trastornos alimentarios.

Dos generaciones, las madres y sus madres, fueron el foco del estudio. Entre los participantes se encontraban 46.373 mujeres adultas inscritas en el bien conocido estudio de Norwegian Mother and Child Cohort (MoBa) Las madres con antecedentes de trastornos alimentarios de por vida se compararon con un grupo de referencia.

Los resultados de este estudio sugieren que la programación fetal puede ser relevante para el desarrollo de AN y TA. Las madres que pesaron más al nacer o que nacieron grandes para la edad gestacional fueron más propensas a desarrollar TA posteriormente en su vida. Las madres que pesaban menos al nacer eran más propensas a desarrollar AN.

¿Efectos genéticos o ambientales?

Según los autores, se necesita más investigación para ayudar a desenredar si estas asociaciones son una función de las influencias genéticas o un verdadero efecto de programación fetal ambiental.

Mejorar la detección de los trastornos alimentarios con un nuevo algoritmo

Un instrumento diseñado para ayudar a los médicos de atención primaria a hacer un diagnóstico más temprano.

La gravedad potencial de los trastornos alimentarios como la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa hacen que la detección y el tratamiento tempranos sean esenciales, pero la detección de casos sigue siendo deficiente. Menos del 10% de los casos de BN y del trastorno por atracón (TA) son detectados por médicos generales. Por ejemplo, la falta de comprensión del TA como un trastorno alimentario distinto puede conducir a bajas tasas de detección y diagnóstico del trastorno alimentario más frecuente, según investigadores de Francia. Además, los autores subrayan que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria suelen presentar dificultades emocionales y a menudo negación, lo que puede impedirles buscar tratamiento.

La Dra. Marie-Pierre Tavoracci y sus compañeros psiquiatras del Rouen University Hospital evaluaron recientemente el rendimiento de un algoritmo clínico, Expali,TM utilizado entre los pacientes referidos para el tratamiento de trastornos alimentarios al departamento de nutrición para adultos del Hospital durante noviembre y diciembre de 2015. Esta sencilla herramienta es un algoritmo que combina el índice de masa corporal (IMC) y las respuestas individuales a la prueba SCOFF (*BMC Psychiatry.* 2019; 19:366) Los autores argumentan que podría ser muy útil para apoyar un diagnóstico de un trastorno alimentario durante la detección en un entorno de atención primaria. El algoritmo fue desarrollado a partir de 104 patrones de respuesta basados en la agrupación del IMC y las respuestas a 5 preguntas de SCOFF. Los pacientes en el estudio se clasificaron en cuatro categorías basadas en el IMC (bajo peso, normal, sobrepeso y obeso) Un resultado positivo en el SCOFF (El SCOFF es un cuestionario altamente eficaz

diseñado para la detección de la anorexia y la bulimia nervosa. Sus siglas son un acrónimo en inglés de los aspectos que lo conforman: Sick-Control-One-Fat-Food.) requiere dos respuestas positivas a preguntas tales como: "¿Te preocupa que hayas perdido el control sobre cuánto comes"? Los autores pilotaron la medida en 206 personas con TCA. En esta población con trastornos alimentarios positivos, el algoritmo clasificó correctamente 3 de las 4 grandes categorías de trastornos alimentarios (restrictivo, bulímico, hiperfágico y otros trastornos alimentarios no especificados) con buena sensibilidad. La sensibilidad osciló entre el 70% y el 80%, excepto para el grupo final, donde la sensibilidad fue del 16.7%.

Los autores creen que el algoritmo podría ayudar a los profesionales de la salud y a los profesionales generales a detectar antes los trastornos alimentarios, mejorando así el resultado del paciente.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Percepción del gusto en los trastornos alimentarios

P. Estaba leyendo en algún lugar que los alimentos pueden tener un sabor diferente para las personas con trastornos alimentarios ¿Hay algo de verdad en esto?

R. Hay alguna evidencia de esto. Un grupo de investigadores de la Division of Intramural Research del National Institutes of Health, la School of Nursing, y el Center for Weight and Eating Disorders de la University of Pennsylvania, Philadelphia, recientemente utilizaron una revisión sistemática para encontrar estudios que pudieran responder a esta pregunta.

El grupo, liderado por la Dra. Ariana M. Chao, utilizó una revisión sistemática de la literatura que inicialmente incluyó 2820 estudios y 364 artículos de texto completo, pero que al final sólo arrojó 49 estudios pertinentes. La mayoría de los estudios incluyeron sólo participantes femeninas con una edad promedio que osciló entre los 15 y los 42 años. Los investigadores incluyeron estudios de pacientes con AN, BN, y TA (*Biolog Res Nurs.* 2020; 22:82) Y estos estudios iban desde la autoevaluación hasta la medición directa del sabor y los métodos de neuroimagen. Los investigadores encontraron algunas características interesantes entre todos los participantes. Generalmente, los individuos con BN tenían una mayor preferencia por lo dulce que aquellos con AN. Los pacientes diagnosticados con AN tenían una mayor aversión a la grasa.

Cuando los autores evaluaron los resultados de los estudios de neuroimagen, encontraron que la activación de las regiones de recompensa de sabor del cerebro (por ejemplo, la ínsula, el estriado ventral y dorsal) a los estímulos de sabor dulce era menor en aquellos con AN y superior en aquellos con BN y TA.

Los autores señalan que los resultados fueron algo variables y esto puede estar relacionado con diversos diseños de estudio. Algunos estudios no tenían controles, y los tamaños de los estudios variaron ampliamente.

— SC

Reimpreso para: *Eating disorders Review*

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com