



7° Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente

4° Jornadas Salud Educación

1,2,3 y 4 de Septiembre, Mar del Plata

Mesa Redonda:

¿Qué es lo nuevo en nutrición?

2 Septiembre 2010

Trastornos no Especificados de la Conducta Alimentaria, Lo Nuevo

Dra. Alicia Langellotti

Dra. Ana Cascú

Medicas Especialistas en Nutrición

Hospital Gral de Agudos "Carlos G. Durand"

¿Qué es un trastorno ?

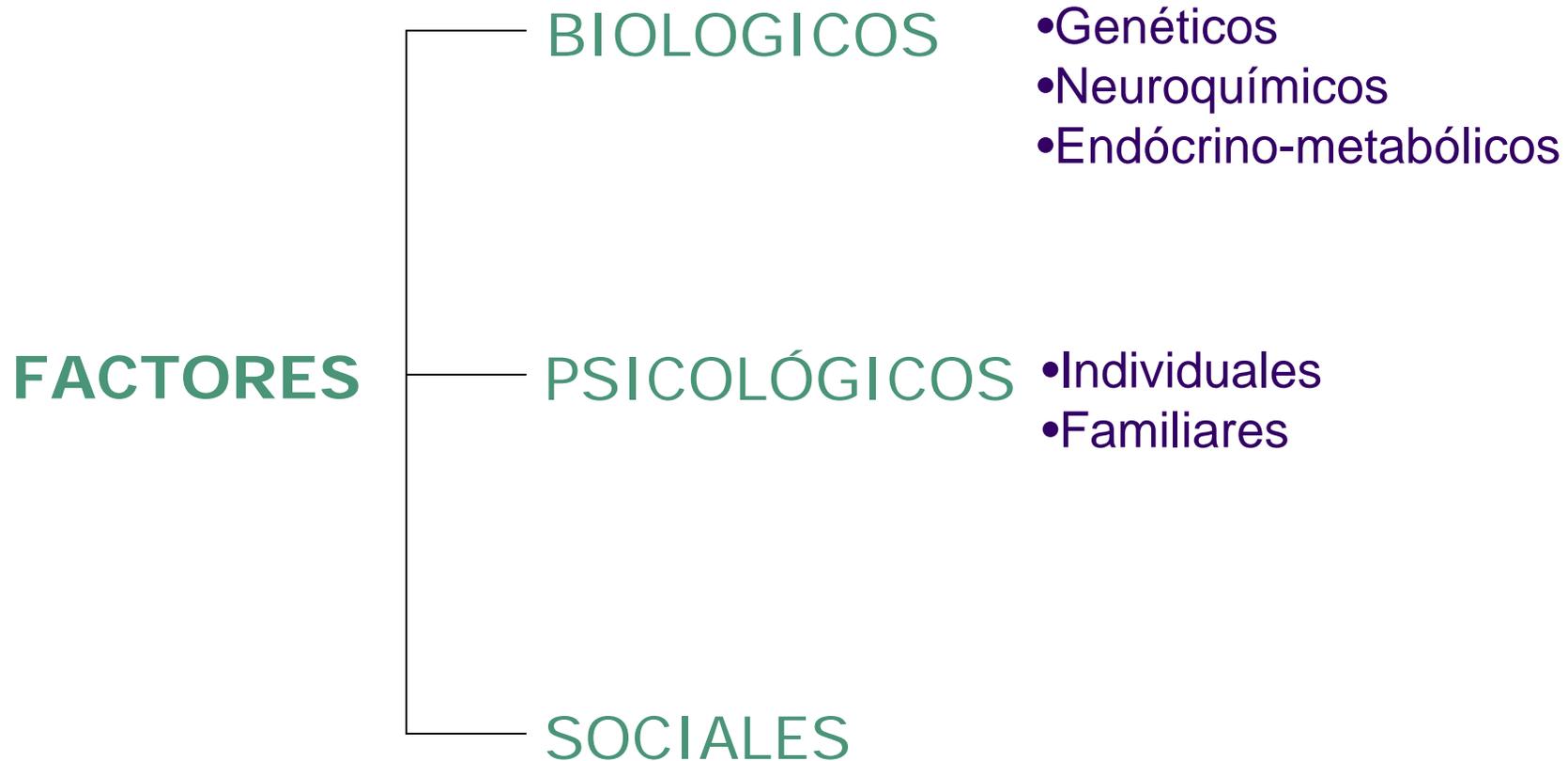
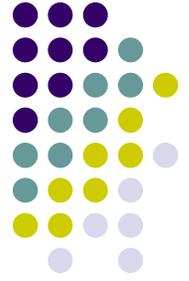
Según DSM IV - TR

Lo nuevo



- Los trastornos son una clasificación categorial no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios, no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto.
- Es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica, con manifestación clínica.
- Influencia de factores étnicos y culturales.
- El diagnóstico es el primer paso para un adecuado plan terapéutico.

Etiología en Trastornos Alimentarios



Desafío: saber cómo y cuándo estos factores interactúan.

Factores Genéticos



Agregación familiar: tanto en AN como BN, ocurren con mucha más frecuencia en parientes de primer grado que en la población general, (Strober, 1991).

Con una incidencia de hasta ocho veces mayor (Crisp, 1976).

Estudios en gemelos: la concordancia para AN en gemelos monocigóticos es ~ de 10 veces más que en los dicigóticos, (Scott, 1986).

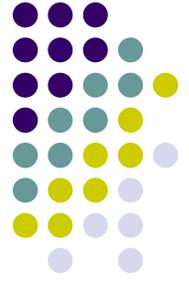
También es mayor en BN (Kendler, 1991).



Factores genéticos

- Los hallazgos de gemelos sugieren que casi la mitad de la vulnerabilidad para desarrollar TA es heredada.
- Esto apunta a encontrar la variación en genes que altera la susceptibilidad a TA.
- Está causada por la interacción de múltiples genes.
- Estos genes necesitan del medio ambiente para ponerse de manifiesto, lo que daría el umbral de labilidad.
- No es genética determinante.
- Falta todavía monitorear la variación genética dentro de cada gen y determinar si los diferentes polimorfismos encontrados difieren en frecuencia entre la población general y los pacientes con TA.

Bryan Lask, 2000.



Lo nuevo

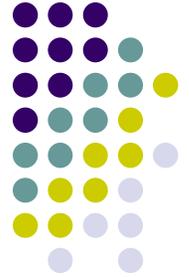
- En estudios de ligamiento se ha encontrado mayor susceptibilidad en un locus del cromosoma 10p para BN y del cromosoma 1p para AN.

Psychol Bull. 2009 May; 135(3):407-433

Gen candidato

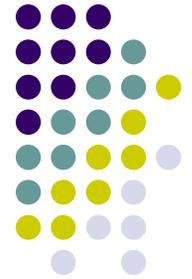
- Teniendo en cuenta que en los TA están involucrados la ingesta, el humor, las respuestas al stress y las características de personalidad, ¿se podrá llegar a determinar un gen candidato?

Factores Psicológicos



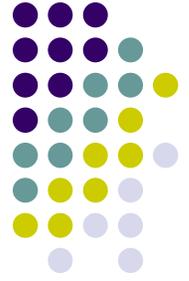
Familiares: No existe un solo prototipo familiar que aumente el riesgo de desarrollar un TA

Características: alta expectativa parental
dificultades para manejar conflictos, poca comunicación.



Factores Sociales

- Historia dietante → Predictor más importante en chicos adolescentes.
- Presión social acerca del peso y la figura corporal → Mayor asociación con BED y en otros TANE en adolescentes
- Deportes, arte u actividades donde el cuerpo tiene gran exposición.
- Existe asociación entre abuso sexual y BN, no en AN.



La obsesión de nuestra cultura por la delgadez

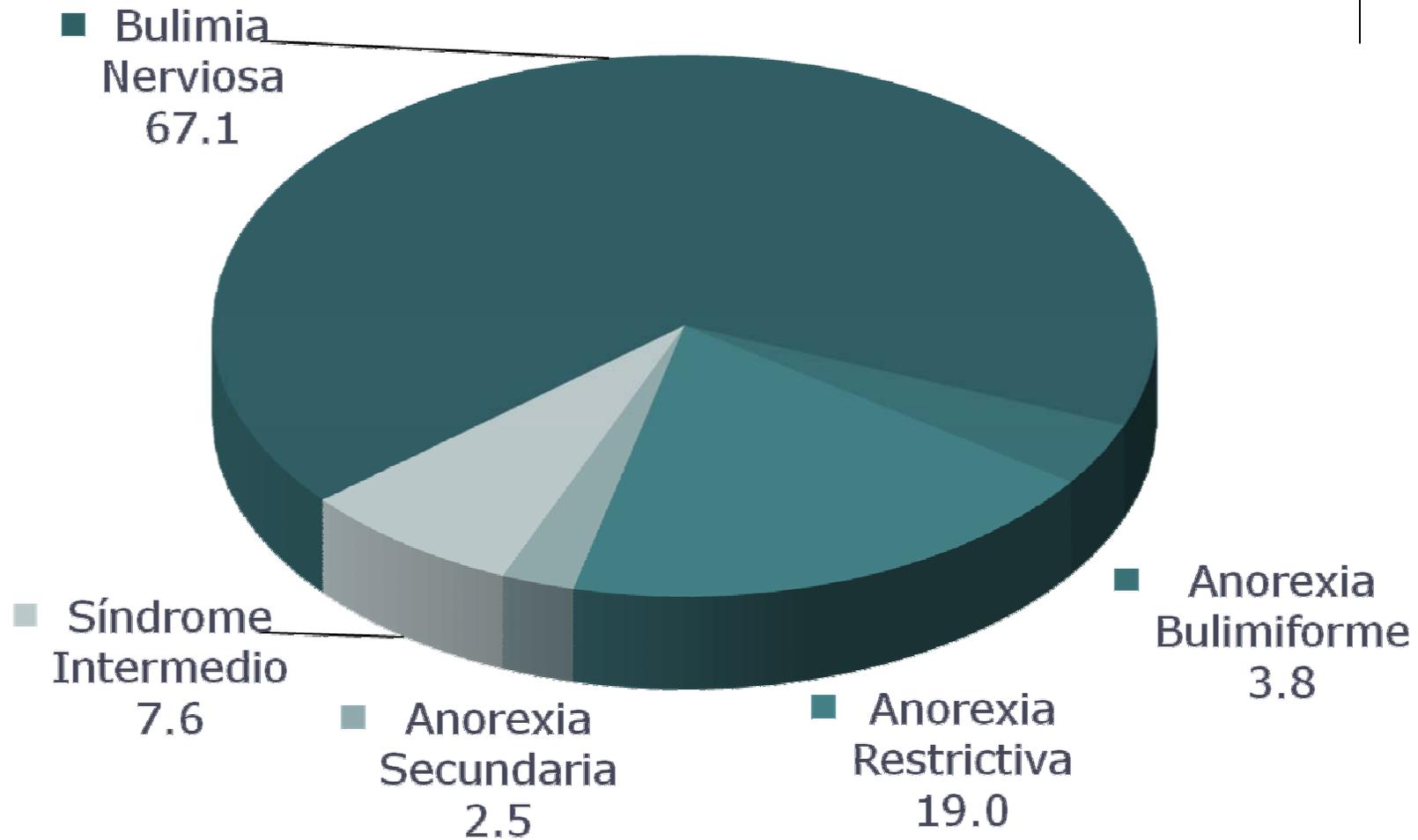
- Revistas femeninas
- Consejos/mensajes dietarios
- Marcada importancia al trabajo muscular
- Grupos de riesgo: bailarinas, gimnastas, actores, modelos, atletas.
- Encuesta en adolescentes
 - 32% creían tener sobrepeso
 - 61% realizaron intentos para perder peso



Prevalencia

- Antes:
 - AN 1% en población femenina joven
 - BN 3 – 4 %
 - TANE 5%
- Actualmente:
 - AN 0,5 – 1 %
 - BN 1 a 2 %
 - TANE 10 %

Porcentaje de pacientes por patología 1992



Equipo de trastornos alimentarios – Hospital Carlos G. Durand



Equipo de trastornos alimentario: *ESTADISTICAS*

Años: De 1995 al 2001: Total de pacientes: 1432

Distribución por sexo.

- En 17 años, 1409 **mujeres 98.3%** y 23 **varones 1.7%**
- En 2001, 155 **mujeres 93.9%** y 10 **varones 6.1%**

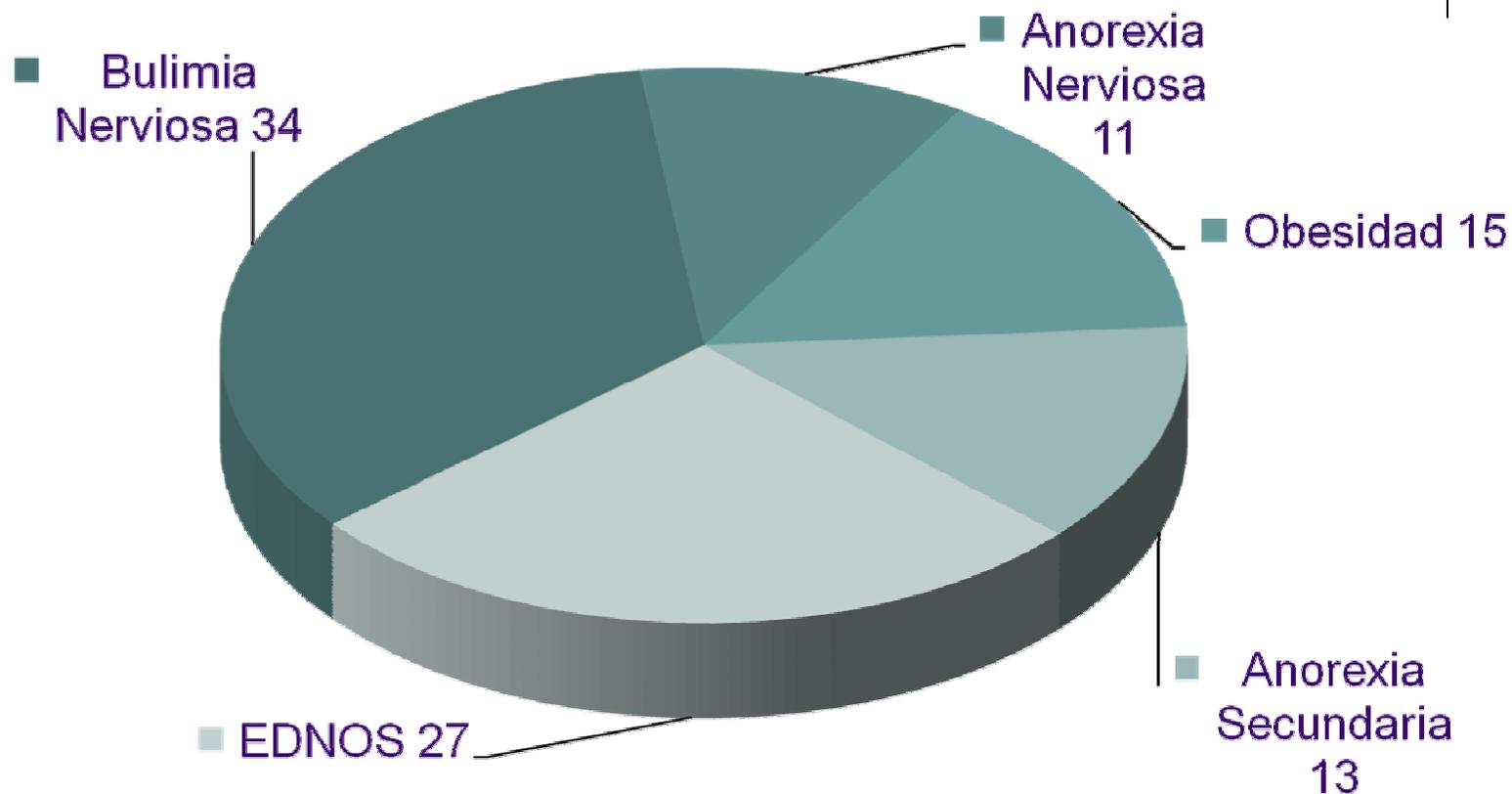
Distribución por patología.

Año	AN %	BN %	E %
1995	22	41	26
1996	13	31	31
1997	11	40	29
1998	16	40	29
1999	12	34	32
2000	16	27	24
2001	11	34	27
2009	4.1	18	23.6

Equipo de trastornos alimentarios – Hospital Carlos G. Durand

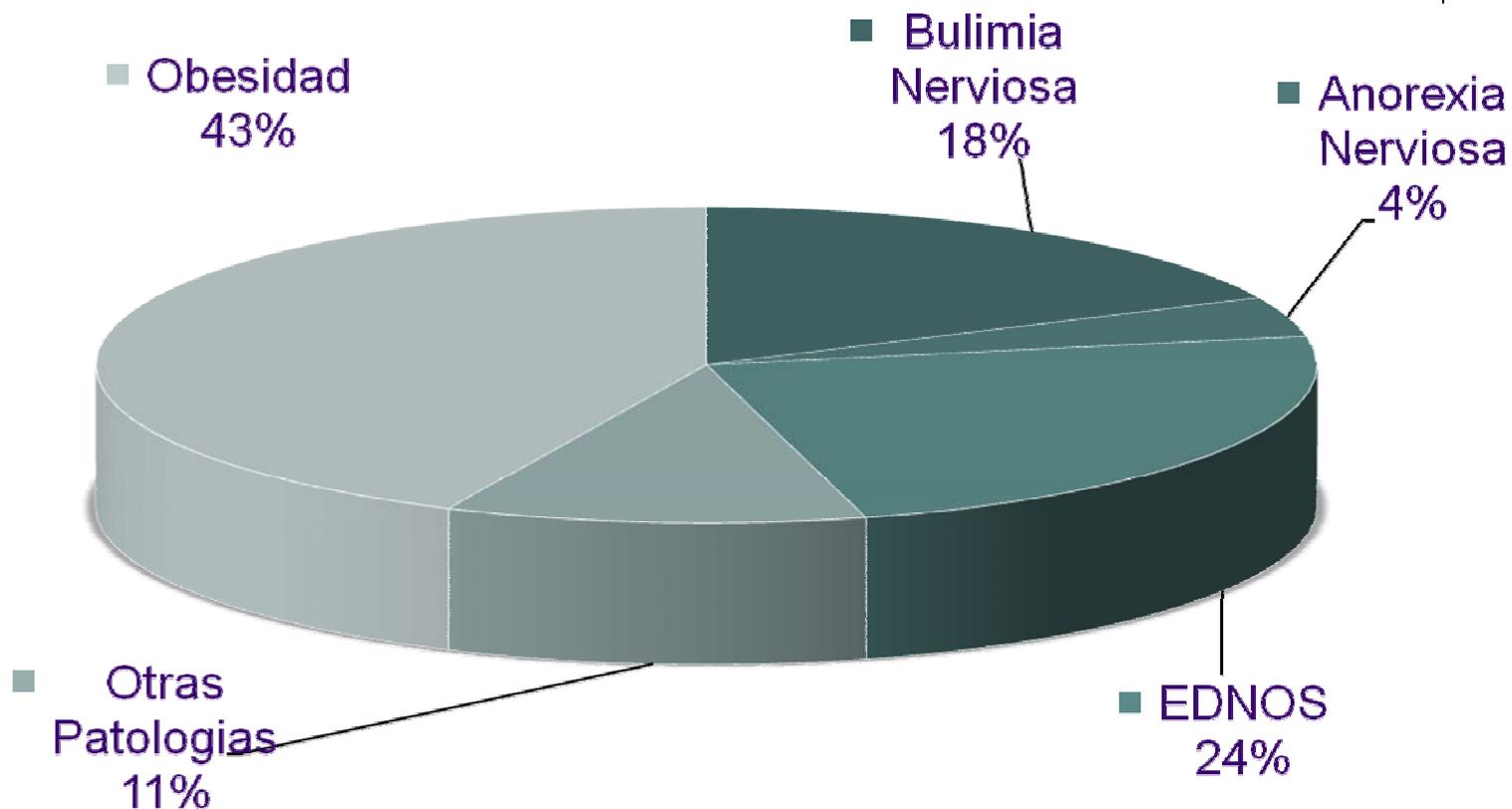


Porcentaje de pacientes por patología 2001



Equipo de trastornos alimentarios – Hospital Carlos G. Durand

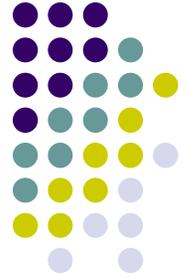
Porcentaje de pacientes por patología 2009



Equipo de trastornos alimentarios – Hospital Carlos G. Durand

TANE o ATÍPICOS

Definición



- Individuos con conductas alimentarias significativamente desordenadas pero que no reúnen los criterios diagnósticos mayores según las clasificaciones internacionales.

DSM IV – 1994 –

- No siempre es la forma previa o el comienzo de AN o BN, sino que pueden presentar un cuadro clínico diferente.

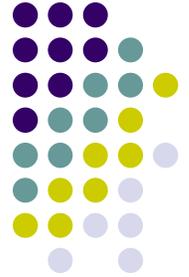
Equipo de trastornos alimentarios-Hospital Durand



TANE - DSM-IV

- 1- Todos los criterios de A.N. excepto que tienen menstruaciones regulares
- 2- Todos los criterios de A.N. excepto que a pesar de tener una disminución de peso esta dentro del rango normal
- 3- Todos los criterios de B.N. excepto que tiene atracones con frecuencia menor de 2 veces por semana o con duración menor de 3 meses
- 4- Individuos de peso normal que regularmente tienen mecanismos compensatorios luego de ingerir pequeñas cantidades de comida
- 5- Individuos que repetidamente mastican y escupen grandes cantidades de comida
- 6- B.E.D./S.D.A.

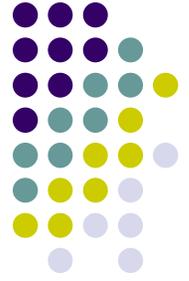
El debate actual



- Mejorar las definiciones de los TANE, flexibilizando las pautas diagnósticas de AN y BN.
- Se discute omitir las categorías diagnósticas del DSM IV, incluyendo solamente AN, BN y BED.

TANE

Evolución posible sin tratamiento



Síndrome
Intermedio



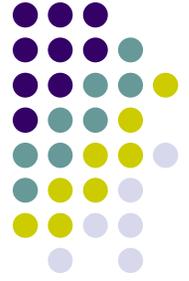
AN – BN

Obesidad

Cronificación

Remisión espontánea

Equipo de trastornos alimentarios–Hospital Durand 1990



Porcentajes actuales

- Remisión: 50 % a 3 años y 80 % a 5 años.
- Evolución: 40 % → BN ó AN (a 1 o 2 años).
- Otros toman curso crónico.



Porcentajes actuales

- Con tratamiento el 25% pueden tomar un curso crónico.
- No hay datos de mortalidad en EDNOS.

International Journal of Eating Disorders 43:3 195-204 2010



BED - SDA

Criterios diagn3sticos (I) DSM IV

- 1) Episodios repetidos de descontrol alimentario caracterizados por:**

Comer una gran cantidad de alimentos en un per3odo corto de tiempo

Sentir falta de control sobre la alimentaci3n durante el episodio

- 2) Durante de la mayor3a de los episodios de descontrol alimentario se encuentran presentes por lo menos 3 de los siguientes indicadores conductuales:**

Desagradable sensaci3n de plenitud

Comidas abundantes sin hambre

Comidas abundantes fuera de los horarios habituales

Comer a solas



BED - SDA

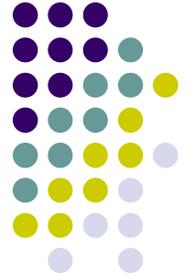
Criterios diagn3sticos (II) DSM IV

3) Frecuencia: por los menos dos episodios semanales durante seis meses

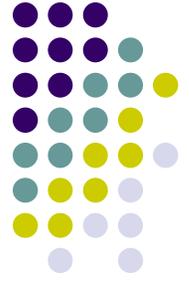
Los episodios se acompa1an de marcado malestar y sentimiento de culpa.

No re1ne los criterios para BN, no presenta mecanismos compensatorios

Diagnóstico Diferencial



	BED	BN
Edad	Variable	más jóvenes
Sexo	hombres y mujeres	más prevalente en mujeres
Peso	en general mayor sobrepeso	bajo, normo, sobrepeso
Evolución	más favorable	más tórpida
Mecanismos compensatorios	No	ayunos, actividad física, conductas autodestructivas
Antecedentes	Variable	AN y/o abuso sexual
Formas de comienzo	Variable	dietas previas
Descontrol alimentario	Previo a la dieta	Precipitado por la dieta



TANE

HALLAZGOS SEMIOLÓGICOS (I)

- Compulsiones
- Picoteo
- Restricciones (manifiesta o enmascarada)
- Atracones aislados
- Rechazo a ciertos alimentos
- Ingestiones rápidas
- Hipersensibilidad a estímulos externos



TANE

HALLAZGOS SEMIOLÓGICOS (II)

- Alteraciones del peso
- Alteraciones del ciclo
- Disconformidad con el cuerpo
- Sensación de falta de control con respecto a la alimentación
- Alteraciones de la imagen corporal
- Temor a la ganancia de peso

TANE



¿Menor labilidad hipotalámica?

¿Estructura psicológica diferente?

Equipo de trastornos alimentarios - Hospital Durand - 1994 -

Sistema monoaminérgico



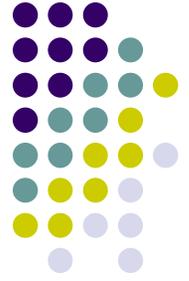
La mejor evidencia de los disturbios de las monoaminas en los trastornos alimentarios es la respuesta al uso de antidepresivos. Su alteración persiste a después de la recuperación. La disminución a nivel central y periférico de epi y NE está íntimamente relacionada con la regulación del humor, la bradicardia, hipotensión e hipotermia típica de la restricción severa. (Pirke y col. 2000)

Serotonina

- Liberado por NPV
- Importante en la saciedad postprandial
- El bloqueo de sus receptores estimulan la ingesta y promueven la ganancia de peso.
- Modula el humor.
- La identificación del receptor 5HT2a se lo relaciona con la patogénesis de AN.
- Niveles bajos de serotonina se los relacionan con conductas agresivas, impulsivas y no premeditadas.
- Concentraciones bajas se relacionan con el subregistro alimentario y las altas con normo o sobrerregistro.
- Falta investigación de otros receptores.

Neuromoduladores

Funciones múltiples



CRH

- Depresión

NPY-PYY

- Mecanismos obsesivos

CCK

- Conductas compulsivas
- Emesis
- Modulación de la ansiedad

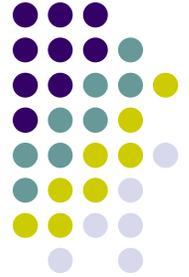
**Oxitocina y
Vasopresina**

- Memoria

LEPTINA



- Hormona sacietógena y termogénica, reguladora de la grasa corporal.
- Las mujeres tienen concentraciones mayores.
- Sus funciones se alteran por déficit o falla a nivel del receptor.
- En AN hay marcada disminución, en BN no hay suficientes investigaciones. En SDA, como en obesidad puede estar aumentada (leptinorresistencia).
- Sus diferentes concentraciones están relacionadas con las variaciones de la grasa corporal y por lo tanto con el ayuno y la realimentación, además de la fertilidad y la función reproductiva .



LEPTINA - INSULINA

Leptina:

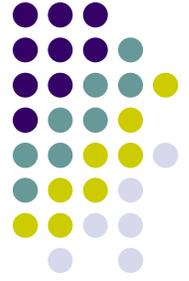
Reduce la expresión del gen del NPY, inhibe al AGRP y estimula la liberación de CRH y POMC (alfa MSH, CART y GLP1).

Insulina:

Hormona anabólica fundamental en la regulación de la ingesta. La estimula a nivel periférico aumentado el depósito graso y la inhibe a nivel central a través de la inhibición del NPY.

Neuropéptidos y monoaminas

Funciones múltiples



Regulación de la duración de la comida, porciones y selección de nutrientes:

- Opiodes
- NPY
- PYY
- Monoaminas

Amenorrea:

- Leptina
- NPY
- Beta endorfinas
- CRH
- Cortisol
- Vasopresina
- Oxitocina

La disfunción menstrual puede persistir varios meses después de la recuperación del peso y el bajo peso no es la única condición para no menstruar.



Vasopresina y Oxitocina

Ambos moduladores de larga acción, desde hipófisis posterior, intervienen en la consolidación y la recuperación de la memoria

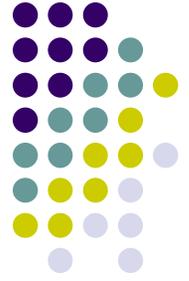
Vasopresina

- Controla el clearance renal.
- Activa la liberación de ACTH.
- Interviene en la osmorregulación y por lo tanto en el volúmen adecuado de los fluídos (de esta manera puede contribuir a la preocupación obsesiva por el aumento de peso).
- Aumentada en BN y en AN.

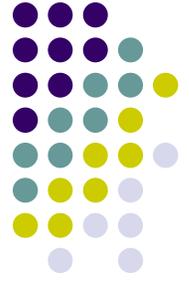
Oxitocina

- Estimula las contracciones uterinas. Activa el eje HHA.
- Se encuentra disminuída en AN y normal en BN.

Las alteraciones de ambas se relacionan con distorsiones en la alimentación.



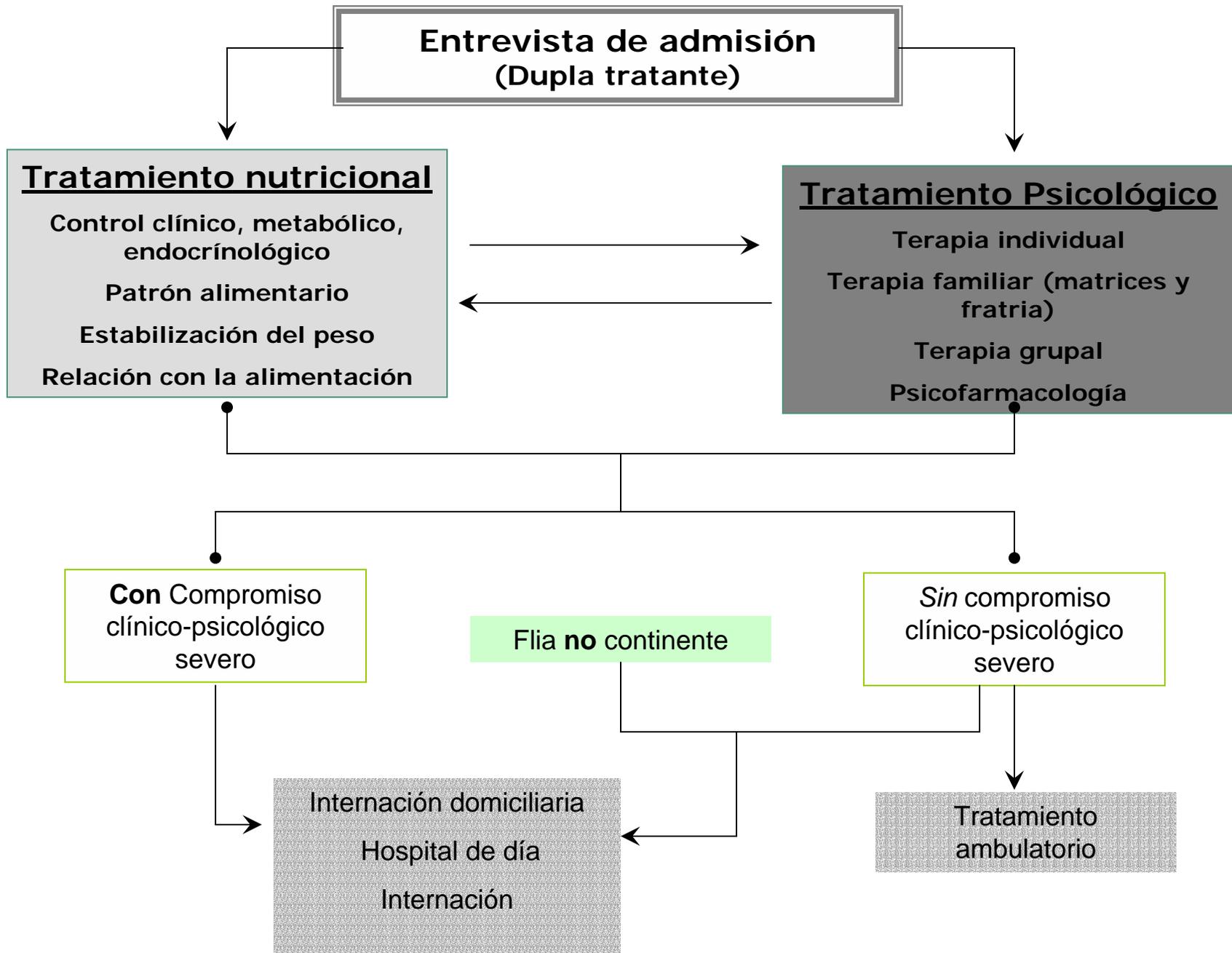
**Un buen abordaje terapéutico
depende de la rigurosidad del
diagnóstico**



Estrategias terapéuticas

La interacción de la teoría y la práctica requieren de una dialéctica permanente que modifica a ambas









Para elegir la estrategia terapéutica, considerar:

- Diagnóstico inicial
- Edad del paciente
- Análisis situacional
- Estado clínico-nutricional
- Relaciones familiares
- Vínculos sociales
- Edad de comienzo del T.A. y tiempo de enfermedad.
- Sintomatología clínica y psicológica
- Tratamientos previos –tipo y cantidad-

Estrategias



Hospital de día

- Normalización de la conducta alimentaria
- Rehabilitación nutricional
- Identificación de conflictos fliares
- Tratamiento de las complicaciones médicas
- Farmacoterapia

Internación completa

- Paso estratégico para la recuperación
- Sólo orientado a la estabilización clínica - médica o psicológica-

Internación domiciliaria

Nunca de comienzo

Evita internaciones innecesarias



Internación completa

A mayor nro. y mayor duración, peor pronóstico

Alimentación forzada: más recidivas

Requiere de centros especializados

RIESGO

ALIMENTACIÓN ORAL

AISLAMIENTO FAMILIAR

AISLAMIENTO SOCIAL

Internación domiciliaria

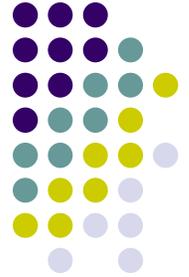
No intervienen otros profesionales

Momentos críticos en el tratamiento



1. Crisis de comienzo (Alianza).
2. Estabilización del peso.
3. Cambio de instancia terapéutica.
4. Cura sintomática.

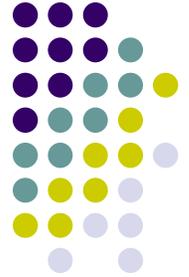
Tratamiento ambulatorio vs internación



Año **1995** Internados: 0.6 % ambulatorio: 99,4%

Año **2003** Internados: 2.83% ambulatorio: 97,17%

Internación



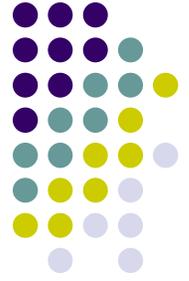
Paso estratégico orientado a la recuperación sin que sea interpretado como amenaza o abandono, sino solamente orientado a la estabilización clínica.



Criterios de internación en AN

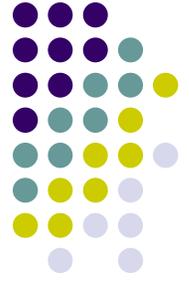
- ❖ **Bajo peso** (IMC < 14)
- ❖ **Bradicardia** (Tensión arterial < 60 p/m)
- ❖ **Deshidratación**
- ❖ **Hipopotasemia** (k < 2,5 meq/lit)
- ❖ **Hipotensión arterial** (TA < 70/40 mm Hg)
- ❖ **Hipotermia** (< 35 °C)
- ❖ **Riesgo psicológico**
- ❖ **Contexto familiar inestable**
- ❖ **Alteración brusca de la estabilidad anoréxica**

Criterios de internación en B.N



- ❖ Desequilibrio hidroelectrolítico
- ❖ Descompensación hemodinámica
- ❖ Mecanismos compensatorios con riesgos clínicos
 - ❖ Depresión severa
 - ❖ Ideación suicida
 - ❖ Abuso de sustancias
- ❖ Medio sociofamiliar que contribuye al mantenimiento del desorden

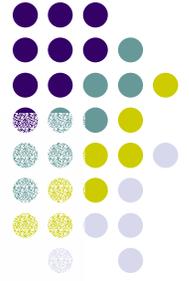
Controversias actuales para el diagnóstico de los TA



- Conjugación de diferentes variables.
- Investigación sobre lo ya definido.
- Determinación de la esencia de un T.A.
- Entrecruzamiento, comorbilidad y cultura.
- La multicausalidad hace más complejo el diagnóstico.

Secuenciación e integración

Actualmente

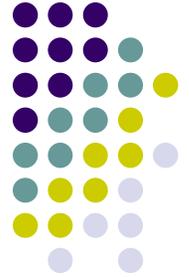


- ❖ Diferentes enfoques terapéuticos integrados.
- ❖ Necesidad de reformular el enfoque para pacientes que no responden o que recidivan.
- ❖ Factores a considerar para elegir diferentes opciones de tratamiento.
- ❖ Cómo determinamos qué tratamiento se adapta mejor a cada paciente.

David M. Garner, Lawrence D. Needleman

Puesta al día

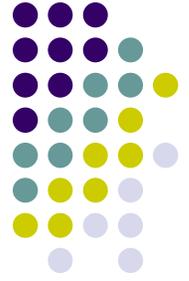
Flexibilización del diagnóstico



- Algunos TANE pueden reflejar una anorexia o bulimia en remisión.
- Ser una forma de comienzo de trastornos mayores.
- Otros casos que presentan atracones o purgas pueden ser BED o ANP.

- International Journal of Eating Disorders 43:3 195-204 2010

TANE



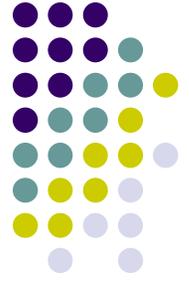
Bunnell (1990): representan el 25-50% de las consultas.

Garfinkel (1995): en 1000 estudiantes secundarios, 5% de prevalencia de TANE, 1% AN, 3-4% BN.

Strober (1999): los signos cognitivos, la insatisfacción corporal y de vida es menor, siempre que no sean formas de comienzo de síndromes mayores.

¿Son síndromes menos severos?

Controversias actuales



1) La prevalencia de BN ha caído ya que el diagnóstico se hizo más restrictivo y muchos casos se incluyen en los TANE, aún no formalmente definidos – Ben Tovim, 1988 -

2) Frecuencia de atracones

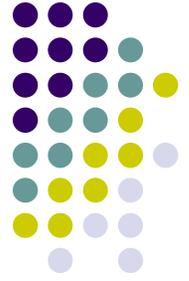
No hay asociación entre frecuencia semanal y gravedad psicopatológica (Fairbun, Hope y Doll).

Sin embargo, sí la hay en clínica médica.

3) Atracones objetivos vs subjetivos, diferencia: control del impulso

Garner, Shafer y Rosen sugieren que la calidad más que la cantidad definen un atracón

Controversias actuales



- 1) **La reducción en el requerimiento de la pérdida peso** sirvió para la detección temprana. El 15 % también es cuestionable por el amplio rango de pesos normales, falta de datos ajustados al crecimiento puberal y la variación de normas culturales.

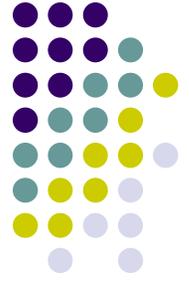
Se necesita determinar la pérdida de peso necesaria para producir alteraciones fisiológicas.

- 2) Respecto de la **fobia al peso** se deben tener presente las comparaciones interculturales

Casper - 1983, Russell y Treasure - 1989

Lee, Ho, Hsu 1993, Hong Kong, encontraron AN sin fobia al peso

Controversias actuales



La amenorrea: se cuestiona como criterio diagnóstico ya existe una minoría de mujeres con amenorrea antes de una pérdida de peso significativa.

La presencia o no de amenorrea no es determinante para la severidad del trastorno alimentario.

Un modelo en ratones sobre binge



El BED – SDA está asociado a la ingesta de grandes cantidades de comida y a menudo a obesidad.

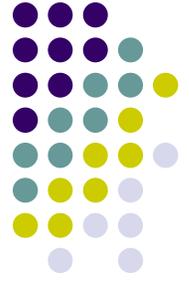
Se demostró que la fluoxetina reduce la frecuencia de binge.

Se sigue investigando los genes involucrados en la iniciación y mantenimiento del binge.

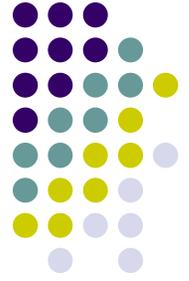
Traci A. Czyzyk, Allison E. Sahr and Michael A. Statnick

***Obesity* 18, 1710-1717 (September 2010) | doi:10.1038/oby.2010.46**

Puntuaciones



- 1) Se está estudiando cómo los diferentes tratamientos ayudan a los pacientes con distintos tipos de TA.
- 2) Para un buen tratamiento se requiere un espectro amplio de opciones variando de intervenciones educativas a tratamientos a largo plazo.
- 3) La mayoría de los tratamientos son ambulatorio.
- 4) No todos los pacientes reciben tratamiento interdisciplinario.
- 5) En BED tener presente las complicaciones de la obesidad (DBT 2, HTA, etc).
- 6) Derivar a Hospital de Día cuando falla el tratamiento ambulatorio.
- 7) Internación: sería conveniente contar con una unidad exclusiva para pacientes con TA.



***“...la desproporción
entre el querer y el
ser es infinita...”***

Federico de Onís