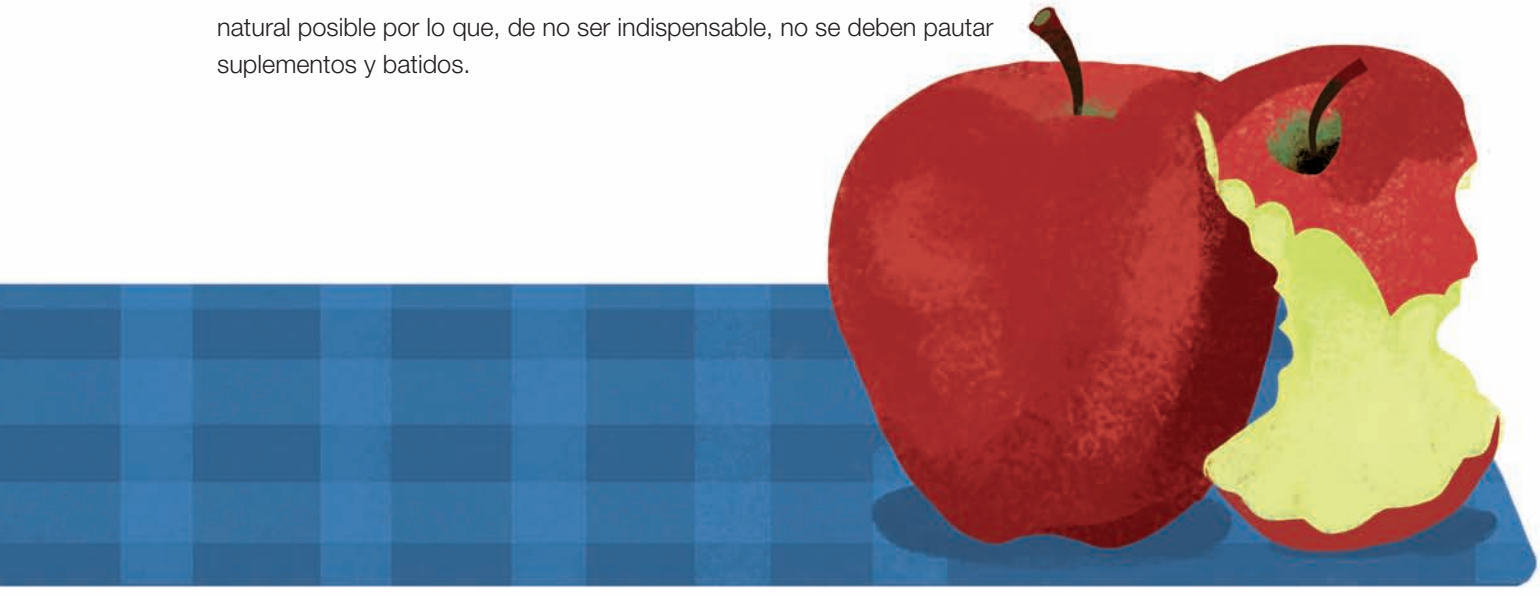
18. Nutrición y trastornos del comportamiento alimentario

SONIA GÓMEZ-MARTÍNEZ, ESTHER NOVA REBATO, ANA M.ª VESES ALCOBENDAS,
ALINA GHEORGHE, ASCENSIÓN MARCOS SÁNCHEZ

Conceptos clave

- El tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario debe realizarse de forma multidisciplinar.
- La recuperación del peso mínimo es primordial para conseguir una buena predisposición al tratamiento.
- Es favorable para el tratamiento que se planteen objetivos realistas y que exista una buena relación entre el terapeuta y el paciente.
- El tratamiento nutricional debe basarse no solo en prescribir dietas específicas con el objetivo de mejorar el peso, sino también en ofrecer información nutricional para conseguir regularizar el comportamiento alimentario alterado.
- La educación nutricional debe mostrar al paciente los efectos corporales negativos de la inanición, de los métodos purgativos, de los atracones y de una mala alimentación en general.
- Las calorías de la dieta que se pauta deben ir aumentando progresivamente según sea necesario para lograr los objetivos propuestos. Cuando se está alcanzando el objetivo de peso saludable, se puede llegar incluso a pautar dietas de 3.000 kcal/día. Es necesario tender en todo momento a una alimentación lo más natural natural posible por lo que, de no ser indispensable, no se deben pautar suplementos y batidos.



(1)
INSALUD. Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario. 1995.

(2)
Nova E, Gómez S, Morandé G y col. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En: Malnutrición en el mundo. Cómo encontrar soluciones en el siglo XXI. Capítulo 7. Marcos A (ed.). Editec Red. Madrid. 2003. p. 167-174.

- El peso saludable suele acordarse con el paciente y suele fijarse en un valor un poco inferior al adecuado para la edad y talla.
- Paralelamente al tratamiento nutricional, se debe perseguir la regularización de hábitos de vida adecuados.
- El diagnóstico precoz y la instauración temprana de un tratamiento adecuado son aspectos claves para la curación de estos trastornos.
- La prevención se debe plantear a todos los niveles tanto asistenciales como educativos, aumentando la educación nutricional desde las edades más tempranas.

1 • Prevalencia y características de los trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) engloban aquellas patologías en las que la obsesión por la delgadez y el miedo a la obesidad condicionan la aparición de un patrón de alimentación inadecuado y de conductas patológicas ligadas al control del peso. Estos patrones resultan dañinos para la salud, llegando incluso en muchos casos a provocar la muerte del paciente. Los trastornos más conocidos y frecuentes son la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) con prevalencias por encima del 0,5 y el 1%, respectivamente. Afectan fundamentalmente a adolescentes, aunque también se observa la aparición en prepúberes cada vez más jóvenes. Así, la edad de comienzo más frecuente para la AN es desde los 13 a los 17 años, aunque se pueden encontrar casos de AN precoz a partir de los siete, siendo más habitual esta patología en el grupo femenino. La BN suele ser de aparición más tardía, normalmente a los 18-20 años, siendo excepcional su aparición antes de los 14 años. El pronóstico puede ser negativo si no se diagnostica a tiempo, llegando incluso a cronificarse en un porcentaje elevado de los casos, provocando secuelas irremediables.

En la Tabla 1 se recogen los principales grupos de riesgo de padecer TCA.

Los familiares en primer grado y los hermanos gemelos de pacientes con TCA presentan tasas más altas de AN y BN.

Los problemas médicos crónicos que afectan a la autoimagen –DM, fibrosis quística del páncreas, escoliosis, obesidad, colitis ulcerosa–, parecen estar asociados a un mayor riesgo de padecer estas patologías[1,2].

Tabla 1. Grupos de riesgo de padecer trastornos del comportamiento alimentario

• Adolescentes.
• Deportistas, sobre todo atletas, gimnastas, corredoras de fondo, bailarinas.
• Determinados profesionales, por ejemplo, modelos o azafatas.
• Homosexuales masculinos.

2 • Tipos de trastornos del comportamiento alimentario

Además de la AN y la BN, existen también otros cuadros, como los trastornos por atracones, comedores compulsivos, síndrome del comedor nocturno, vigorexia, ortorexia y otros trastornos de la conducta alimentaria no específicos (TCANE), que cada vez están adquiriendo una mayor relevancia por el aumento en su prevalencia.

- **AN:** es un trastorno caracterizado por una pérdida deliberada de peso inducida o mantenida por el propio enfermo. Sus criterios diagnósticos se presentan en la Tabla 2.
- **BN:** la clasificación CIE-10 de la OMS (1992)[4] la define como una enfermedad en la que aparecen episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos junto a una preocupación exagerada por el control del peso corporal, lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso inducido por la ingesta de comida (Tabla 3).
- **Trastorno por atracones:** en el momento actual el trastorno por atracón se recoge en el apéndice B de la clasificación DSM-IV, a la espera de que mediante nuevos trabajos de investigación "se determine su posible utilidad y se perfeccionen sus criterios diagnósticos" (Tabla 4).
- **Vigorexia:** no es estrictamente un trastorno alimentario, pero comparte con ellos la preocupación obsesiva por la figura y una distorsión del esquema corporal. Tiene una base sociocultural en la que el paciente presenta una falta de aceptación y dismorfia corporal, además de un narcisismo patente

(3) *Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders. Work Group on Eating Disorders of the American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 2000;157(supl 1):1-39.*

(4) *Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE-10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Meditor. Madrid. 1992.*

Tabla 2. Criterios diagnósticos para anorexia nerviosa. Clasificación DSM-IV[3]

A) **Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo adecuado** según edad y talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso < 85% del esperable).
B) **Miedo intenso a ganar peso** o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
C) **Alteración de la percepción del peso** o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal
D) En las mujeres pospuberales, presencia de **amenorrea;** por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).
Especificar tipo: • **Restrictivo:** durante el episodio de AN, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas). • **Compulsivo/purgativo:** durante el episodio de AN, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

AN: anorexia nerviosa.

Tabla 3. Criterios diagnósticos para bulimia nerviosa. Clasificación DSM-IV[3]

A) **Presencia de atracones recurrentes.** Un atracón se caracteriza por: 1. Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un periodo de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias. 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (por ejemplo, no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
B) **Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso,** como provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
C) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, **al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.**
D) **La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.**
E) **La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la AN.**
Especificar tipo: • **Purgativo:** durante el episodio de BN, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. • **No purgativo:** durante el episodio de BN, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

AN: anorexia nerviosa; **BN:** bulimia nerviosa.

parecido al de las personas anoréxicas; las personas vigoréxicas se sienten escuálidas y quieren aumentar cada día más su masa muscular, exhibiendo orgullosamente su apariencia exageradamente musculosa.

- **Síndrome del comedor compulsivo:** las personas que sufren este síndrome no pueden dejar de comer continuamente. Se les podría definir como adictos a la comida. La mayoría de los comedores compulsivos son personas que combinan un alto nivel de perfeccionismo y de ansiedad con una baja autoestima y un nivel de estrés muy elevado.
- **Síndrome del comedor nocturno:** los intentos continuos por mantener o reducir el peso provocan la aparición de síntomas de anorexia que se transforman en un incremento agudo del apetito por la tarde, acompañado de un estado de insomnio continuo. Al igual que en la bulimia estos pacientes presentan unos niveles de angustia y estrés elevados por los fracasos continuos del control del peso.
- **Ortorexia:** Se caracteriza por la obsesión por la comida sana llegando a alcanzar un punto patológico. Como consecuencia, se excluyen de la dieta los alimentos cultivados con pesticidas o herbicidas al igual que todos los alimentos que en su contenido tengan "excesiva" grasa como es el caso de las carnes. Todo esto desemboca en una alteración psicológica que dificulta las relaciones sociales.
- **Trastorno de la conducta alimentaria no especificado:** se incluyen todos aquellos casos que no cumplen íntegramente los criterios diagnósticos de AN ni BN[5].

(3) *Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders. Work Group on Eating Disorders of the American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 2000;157(supl 1):1-39.*

(5) *ADA. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). J Am Diet Assoc 2001;101(7):810-819.*

Tabla 4. Criterios diagnósticos de los trastornos por atracones. Clasificación DSM-IV[3]

A)	Episodios recurrentes de atracones (definidos tal y como se hizo para el trastorno de bulimia nerviosa).
B)	Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas: • Ingesta mucho más rápida de lo normal. • Comer hasta sentirse desagradablemente lleno. • Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre. • Comer a solas para esconder la voracidad. • Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión o gran culpabilidad después del atracón.
C)	Profundo malestar al recordar los atracones.
D)	Los atracones tienen lugar, como media, al menos dos días a la semana durante seis meses.
E)	El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (por ejemplo, purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una AN o una BN.

AN: anorexia nerviosa; **BN:** bulimia nerviosa.

3 • Características de la alimentación de los pacientes con trastornos del comportamiento alimentario

3.1 Hábitos dietéticos

Cuando se desencadena el síndrome, algunos hábitos previos considerados saludables como cuidar la alimentación, practicar ejercicio físico o tomar más líquidos, se vuelven cada día, más y más exagerados, llegando a ser compulsivos.

Los pacientes con AN desarrollan una actitud de rechazo hacia los alimentos en el subtipo restrictivo, evitando alguna de las comidas del día y llegando al ayuno completo con frecuencia. Acumulan conocimientos sobre alimentación y dietética, pero son incapaces de aplicarlos para realizar una alimentación correcta y razonable. Cumplen con rituales muy particulares relacionados con la comida, como realizar una masticación lenta, cortar la comida en porciones muy pequeñas, quitar la grasa de los alimentos incluso estrujándolos, comer en continua AF, rehusar comer en compañía, etc.

El consumo de alimentos es muy heterogéneo aunque, en general, existe una ingesta elevada de frutas y verduras y minoritaria de grasas, leguminosas, carnes y pescados. Sin embargo, la exclusión del menú de la carne y los productos lácteos supone la eliminación de las principales fuentes de hierro y calcio, respectivamente. Esta eliminación puede llegar a ser muy perjudicial, teniendo en cuenta la edad en la que se encuentran y las consecuencias que puede tener para su salud el evitar la ingesta de micronutrientes esenciales para el crecimiento y el buen funcionamiento de muchos mecanismos fisiológicos. También existe una mayor aversión hacia los dulces, el azúcar, el chocolate, los postres dulces y los zumos de frutas azucarados. A pesar de todo ello, los patrones individuales son muy diversos, tanto en la elección de alimentos como en la actitud en cuanto

a los horarios y reglas que se autoimponen para las comidas.

La desorganización alimentaria es una característica en AN purgobulímica y en pacientes bulímicos, manifestándose sobre todo con el abuso del "picoteo" y los "atracones". Este tipo de episodios pueden durar hasta 72 horas. Generalmente, los atracones se realizan cuando están a solas y para ello recopilan gran cantidad de alimentos, aunque una particularidad es la de ingerir alimentos fáciles de tragar y de alto contenido calórico, como galletas, patatas fritas, helados y chucherías, llegando incluso a ingerir 6.000 kcal en un periodo de tiempo inferior a dos horas, y a consumir productos como alimentos para mascotas o alimentos congelados. Los pacientes abusan con frecuencia de algunos medicamentos sin prescripción como laxantes, supresores del apetito, diuréticos y fármacos que inducen el vómito, con objeto de controlar el peso, en especial cuando el paciente siente que las dietas restrictivas no cumplen el efecto deseado, o cuando son habituales los atracones con el consiguiente aumento de peso.

3.2. Evaluación nutricional de las dietas autoimpuestas

Las dietas autoimpuestas, en general, se caracterizan por:

- Alto aporte calórico de proteínas (superior al 20% del VCT), moderado de lípidos y muy bajo de HC.
- Consumo de fibra inferior a las recomendaciones.
- Deficiencias de minerales, especialmente de calcio, hierro, magnesio y cinc.
- En general, las deficiencias de vitaminas más frecuentes son las de vitaminas D, E y piridoxina. Aunque también se pueden encontrar deficiencias de tiamina, riboflavina y niacina que se suelen atribuir al alto porcentaje de pacientes vegetarianas.

La mala alimentación a la que se someten de forma voluntaria los pacientes de TCA provoca una serie de complicaciones físicas que se resumen en la Tabla 5.

Tabla 5. Complicaciones médicas[6]

	Alteraciones
Metabólicas	Hipoglucemia. Hipoproteinemia. Hipovitaminosis. Disminución de la tasa metabólica. Hipercolesterolemia. Hipercarotenemia. Alteraciones electrolíticas.
CV	Hipotensión. Bradicardia sinusal. Prolapso de la válvula mitral y cambios en el electrocardiograma.
Endocrinas	Disminución de FSH, LH, estrógenos, progesterona y T3. Aumento de GH y cortisol.
Físicas	Acrocianosis. Piel seca, caída del pelo, uñas quebradizas y lanugo. Erosión dentaria. Signo de Russell (heridas en las comisuras de los labios). Aumento de las glándulas salivares. Parestesias. Alteraciones musculares.
Hematológicas e inmunológicas	Anemia, trombocitopenia, leucopenia con linfocitosis relativa. Disminución de linfocitos T colaboradores. Hipoplasia de la médula ósea. Aumento de los niveles basales de citocinas proinflamatorias.

CV: cardiovasculares; **GH:** hormona del crecimiento; **FSH:** hormona foliculoestimulante; **LH:** hormona luteinizante.

(6) *Morandé G, Nova E, Gómez S y col. Trastornos del comportamiento alimentario. Anorexia y Bulimia. En: Master Internacional en Nutrición y Dietética. Módulo: Trastornos del Comportamiento Alimentario. Mataix J (ed.). Fundación Universitaria iberoamericana (Funiber). 2005.*

4 • Prevención

La prevención debe realizarse a todos los niveles, comenzando por las personas encargadas de las tareas educativas y formativas de los niños y adolescentes, es decir, padres, profesores, entrenadores deportivos, personal de Atención Primaria, etc.

Desde el ámbito profesional de asistencia sanitaria primaria, puede realizarse prevención primaria mediante la transmisión de mensajes a la familia y al adolescente sobre pautas que indirectamente los protejan de los TCA (alimentación saludable, realizar al menos alguna comida diaria con la familia, favorecer la comunicación y fomentar la autoestima, no facilitar que las conversaciones familiares giren compulsivamente sobre la alimentación y la imagen, etc.)[7]. Por otra parte, desde la asistencia médica primaria es recomendable hacer una búsqueda activa de casos en la población más vulnerable. Especialmente en aquellos casos en los que el peso y la talla no sean los adecuados para la edad, es aconsejable prestar atención a los "signos y síntomas de alarma".

5 • Tratamiento nutricional

La **finalidad del tratamiento** de los TCA en general es:

- Tratar las complicaciones físicas de la enfermedad.
- Conseguir un peso que no ponga en riesgo la salud (en pacientes con AN).
- Proporcionar educación nutricional para instaurar un comportamiento alimentario saludable.
- Normalizar los aspectos psicológicos de la persona incluyendo la actitud ante la alimentación y la aceptación del propio cuerpo, el estado de ánimo y la autoestima.

En el caso concreto de la BN, y debido a las características especiales de la desorganización

(3) *Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders. Work Group on Eating Disorders of the American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 2000;157(supl 1):1-39.*

(7) *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.*

Tabla 6. Objetivos del tratamiento en bulimia nerviosa[3]

• Reducir los atracones y comportamientos purgativos.
• Mejorar las actitudes relacionadas con la alteración del comportamiento alimentario.
• Minimizar la restricción alimentaria.
• Promover la práctica de un ejercicio saludable pero no excesivo.
• Tratar la comorbilidad psiquiátrica.
• Tratar aspectos subyacentes del trastorno: – Desarrollo. – Formación de la identidad. – Preocupación por la imagen. – Autoestima en áreas diferentes al peso y la figura corporal. – Dificultades con la sexualidad y abusos. – Regulación de los afectos. – Expectativas relacionadas con el género. – Disfunción familiar. – Manejo de responsabilidades y habilidades sociales.

alimentaria, con el tratamiento también se pretende conseguir los objetivos especificados en la Tabla 6.

Es de gran importancia estructurar la asistencia de pacientes con TCA, ya que puede requerir la colaboración de especialistas, no sólo de diferentes campos, sino también de diferentes niveles asistenciales. En los pacientes desnutridos la ganancia de peso se transforma en el medio para un fin, la principal vía para el restablecimiento. El objetivo de recuperar el peso se utiliza como mecanismo para conseguir recobrar la sensación de control. Sin embargo, el ritmo de incremento ponderal perseguido, el grado de seguimiento médico y la filosofía del programa para conseguir el aumento de peso marcan las diferencias entre los distintos métodos de intervención nutricional. El peso considerado saludable no será mucho menor que el peso previo a la enfermedad, excepto en pacientes previamente obesas. Un criterio que suele tomarse para establecer un peso saludable es el del 90% del peso ideal para la edad y talla según tablas de población sana.

El tipo de intervención dependerá de la gravedad de la enfermedad pudiéndose utilizar el **ingreso hospitalario** en aquellos casos en los que la vida corre peligro tanto en AN como en BN, aunque en esta última los ingresos suelen ser más cortos.

La **terapia nutricional** suele estructurarse en dos fases:

- **Fase educativa:** que consiste en ofrecer información nutricional al paciente acerca de los ritmos de aumento de peso, consecuencias de la inanición, beneficios psicológicos de restaurar la conducta alimentaria adecuada, etc.
- **Fase experimental:** que consiste en poner en marcha un plan de educación nutricional adaptado para cada paciente en el que se especifica la ingesta calórica diaria, la tasa de ganancia ponderal, un rango establecido de peso al alta, limitación en la elección de alimentos si es necesario, e indicaciones sobre si el paciente debe ser vigilado durante las comidas o después y también en relación con el ejercicio que realiza. Al principio suele contener indicaciones muy estrictas que se van relajando a medida que se cumplen objetivos.

Además, uno de los principales factores de los que depende la eficacia del tratamiento es conseguir establecer un plan de vida ordenado y que perdure a largo plazo. Para ello, el paciente recibe de palabra y por escrito, un conjunto de normas que van a organizar sus periodos de sueño y vigilia, las horas dedicadas a la AF, al estudio, así como pautas de alimentación, prescripción de medicamentos, etc. Estas normas irán variando de acuerdo con la fase de la terapia en que se encuentre el enfermo.

Existen otras modalidades de acceso al tratamiento que son la **hospitalización domiciliaria** y el **hospital de día**[8]. La hospitalización domiciliaria se asemeja más al ingreso hospitalario en cuanto a vigilancia del paciente y actividades permitidas y prohibidas. En la modalidad de hospital de día, el paciente puede compaginar el tratamiento con las actividades habituales de estudio o laborales, pero acude al hospital para realizar tres de las comidas diarias y recibir sesiones terapéuticas.

En el ingreso hospitalario o en casa, y también en el hospital de día, se suelen pautar dietas con alta densidad de nutrientes, especialmente a medida que avanza la recuperación de peso, y con aportes calóricos que aumentan paulatinamente hasta superar, en ocasiones, las 3.000 kcal/día para conseguir recuperaciones de peso rápidas[3].

(3) *Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders. Work Group on Eating Disorders of the American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 2000;157(supl 1):1-39.*

(8) *Morandé G. Anorexia nerviosa en adolescentes. Hospitalización en casa. Anorexia & Bulimia 1998;1(3):5-6.*

El régimen ambulatorio es el tratamiento más habitual en los casos menos graves y su ON en AN es aumentar el peso a un ritmo lento pero continuo y corregir las alteraciones del comportamiento alimentario con psicoeducación nutricional. Se consideran aceptables incrementos de 0,5 a 1 kg a la semana o incluso menores.

En la BN, en la que habitualmente el peso no se ve tan disminuido, la finalidad del tratamiento nutricional, a través de consejo y guías nutricionales, es la corrección de comportamientos como la restricción de la ingesta, aumentar la variedad de alimentos consumidos y promover pautas de ejercicio saludables.

Con carácter general, se puede decir que el tratamiento de los TCA debe llevarse a cabo a largo plazo, con seguimientos de no menos de cuatro o cinco años, y que muchas veces pueden quedar ciertas secuelas, tanto psicológicas como del comportamiento alimentario, por lo que es necesario estar alerta ante posibles signos de recaída.

6 • Recomendaciones nutricionales

De forma general, se recomienda:

- Comidas frecuentes y pequeñas con alta densidad de nutrientes, ricas en HC y desde primera hora del día.
- Comenzar con un buen desayuno, pues facilita enormemente que el aporte calórico diario sea el adecuado.
- Para algunos pacientes los suplementos líquidos son muy útiles, pues ocupan un volumen pequeño y tienen un tránsito más rápido que las comidas sólidas. Sin embargo, según progresa la intervención nutricional debe tenderse a una comida lo más natural posible, por lo que los batidos energéticos no son aconsejables llegada esta fase.
- Es rigurosamente necesario realizar una monitorización cuidadosa por el personal clínico y deben llevarse a cabo medidas periódicas de peso y otras determinaciones antropométricas, tasa metabólica, registro de la dieta diaria, incluyendo lugar, hora y compañía en que se realizó cada comida, así como un registro del ejercicio llevado a cabo. Este registro de dieta, ejercicio, conductas purgativas y periodos de ayuno lo realiza el paciente en hojas de autorregistro. Los registros de dieta que se solicitan a los pacientes facilitan al equipo terapéutico, además del estudio de la dieta, la posible incorporación de nuevos alimentos y más calorías de forma adecuada.

Una manera de favorecer la recuperación es proporcionar al paciente información sobre:

- Las necesidades de nutrientes para el crecimiento y el control del peso.
- La variación en los requerimientos de energía por la realización de ejercicio físico.
- La importancia de establecer horarios regulares para las comidas y una reintroducción gradual de los alimentos “temidos” como calóricos o posibles obesogénicos según su opinión.
- Cómo elegir los alimentos para conseguir una dieta variada y el número de raciones y tamaño de las mismas para que también sea equilibrada.
- Pautas para que la composición en macronutrientes de su dieta no se aparte de lo aconsejable (aporte de un 55-60% de las calorías totales en forma de HC, 15% de la energía a partir de proteínas y alrededor de un 30% en forma de grasa).

Cuando el paciente ha alcanzado su peso prefijado, considerado aceptable para el mantenimiento de su salud, debe seguir realizando la

misma dieta para no perder el control ni los logros alcanzados. Con el tiempo, el paciente puede llegar a alimentarse sin tener que seguir una dieta escrita, aceptando alimentos que no figuran en una lista. Es preferible un plan nutricional con algo de flexibilidad, basado en el intercambio de alimentos.

Algunos de los aspectos que se deben tener en cuenta en relación con una intervención nutricional ambulatoria son:

- Los objetivos han de ser realistas.
- Los padres deben asegurar la disponibilidad de la comida, pero es el paciente el que tiene la responsabilidad de alimentarse para mejorar su salud.
- Ningún miembro de la familia debe controlar la comida, ni el peso, ni hacer comentarios sobre la apariencia personal del paciente.
- El paciente no debe involucrarse en la preparación de la comida.
- Deberán realizarse cuatro o cinco comidas diarias de forma regular y en el orden correcto.
- A veces puede ser conveniente un periodo de reposo tras las comidas.
- Las comidas deben realizarse cumpliendo ciertas condiciones: no realizar otra actividad al mismo tiempo, permanecer sentado a la mesa mientras dura la comida, tener una mesa dispuesta de forma correcta, con mantel y todos los elementos necesarios.
- Debe existir una vigilancia discreta durante y después de las comidas.

Otras recomendaciones que han de tenerse en cuenta en cuanto al **tratamiento nutricional en AN** son[9]:

- En general se evitará la administración de cualquier fármaco, salvo que éste sea necesario, priorizándose siempre las medidas dietéticas.
- Los déficits de minerales más preocupantes son los de potasio y calcio que junto con la amenorrea y las alteraciones hormonales contribuyen al desarrollo de la osteoporosis.
- En los casos en los que el desarrollo de la enfermedad esté acompañado de osteoporosis se debe tener un especial cuidado en cubrir adecuadamente las IR de calcio (1.200 mg/día) y vitamina D (400 UI/día; 10 µg/día).
- Aquellos pacientes que presentan distensión abdominal, flatulencia y reflujo, pueden beneficiarse con el uso de estimulantes de la motilidad intestinal (cisaprida y eritromicina [2 mg/kg], esta última actuaría como análogo de la motilina) y antiácidos.
- Para el estreñimiento se puede utilizar fibra, técnicas de relajación y masaje y, lo más importante, una nutrición adecuada.
- No deben emplearse los estimulantes del apetito ni antieméticos, debido a las características de estos cuadros.

Muchas de estas recomendaciones son válidas también para BN. Los siguientes aspectos merecen tenerse en cuenta en relación con la implementación del tratamiento en **pacientes con BN[9]:**

- **Educación y normalización de los hábitos alimentarios:**
  - Puede ser útil adaptar una dieta para normalizar la alimentación, escogiendo alimentos que en principio no causen inquietud excesiva al paciente.
  - Los alimentos rechazados serán introducidos gradualmente.
  - Prescribir un patrón regular de comidas (restringir la alimentación sólo a momentos planificados y con un intervalo superior a tres horas entre comidas consecutivas).

(9) *INSALUD. Subdirección General de Atención Especializada. Trastornos de la conducta alimentaria. Criterios de ordenación de recursos y actividades. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Madrid. 2000.*

  - Evitar saltarse comidas.
  - Limitar la comida disponible mientras se come.
  - Planificar el dejar comida en el plato y el tirar las sobras.
  - Limitar la disponibilidad de comidas peligrosas dentro de casa.
  - Identificar los momentos de mayor predisposición al atracón y planificar actividades incompatibles con ellos.
  - Hacer un registro de la ingesta diaria resulta útil, tanto para el especialista en nutrición como para que el propio paciente sea consciente y responsable de sus avances.
- El **control de la evolución del peso** se realizará semanalmente durante la consulta, al principio y después a intervalos que dependerán del progreso.
- El **ejercicio físico** permitido y la monitorización de constantes vitales dependerán del progreso[6].

PÁGINAS WEB DE INTERÉS

Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia: http://www.acab.org

National association of anorexia nervosa and associated disorders (Canada): http://www.anad.org

Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia: http://www.adaner.org

San Sebastián J. Trastornos del comportamiento alimentario. Aula acreditada. Programa anual 2001-2002 de formación continuada acreditada para médicos de atención primaria: http://www.medynet.com/elmedico/aula2001/tema18/trastornos.htm

Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders. ADA 2011;111(8):1236-1241: http://www.eatright.org/About/Content.aspx?id=8386

Siglas utilizadas en este capítulo

AF: actividad física; **AN:** anorexia nerviosa; **BN:** bulimia nerviosa; **CV:** cardiovascular; **DM:** diabetes mellitus; **FSH:** hormona foliculoestimulante; **GH:** hormona del crecimiento; **HC:** hidratos de carbono; **IR:** ingestas recomendadas; **LH:** hormona luteinizante; **OMS:** Organización Mundial de la Salud; **ON:** objetivos nutricionales; **TCA:** trastornos de la conducta alimentaria; **TCANE:** trastornos de la conducta alimentaria no específicos; **UI:** unidades internacionales; **VCT:** valor calórico total de la dieta.

(6) *Morandé G, Nova E, Gómez S y col. Trastornos del comportamiento alimentario. Anorexia y Bulimia. En: Master Internacional en Nutrición y Dietética. Módulo: Trastornos del Comportamiento Alimentario. Mataix J (ed.). Fundación Universitaria iberoamericana (Funiber). 2005.*