

DESORDRES ALIMENTARIS

Andrew W. Brotman, M.D.

1. Quin és el criteri per la diagnosi de l'anorèxia nerviosa?

- Incapacitat per mantenir el pes del cos a un pes normal per l'edat i l'alçada.
- Intens pànic a guanyar pes.
- Visió distorsionada del cos.
- Amenorrea.

El DSM-IV inclou dos subtipus d'anorèxia nerviosa (AN): el tipus restrictiu i el tipus atac de menjar i purgació. Els restrictius no s'afarten ni es purguen. L'altre tipus d'anorèxia alterna les farteneres i les purgacions amb restriccions de menjar.

2. Quines són les característiques clíniques i demogràfiques dels pacients amb anorèxia nerviosa?

La prevalència de l'AN és aproximadament del 0.5% de la població femenina; un 90% dels anorèxics són noies. L'edat d'inici sembla ser bimodal, apareixent durant el període de pre-pubertat o cap a finals de l'adolescència, generalment entre els 12 o 30 anys. Els pacients d'AN són per definició caquètics, i el percentatge de pacients que reuneixen les condicions per patir una major depressió pot excedir el 50%. Tot i que intents de suïcidi i abús de substàncies és relativament escàs en aquestes condicions, el percentatge de mortalitat pot arribar a un 10%, normalment degut a una arrítmia secundària a la hipocalèmia i al baix pes. La pràctica de l'exercici pot ser comú i un ritual en l'AN, i el curs de la malaltia pot ser crònic. Després de 5-10 anys de seguiment de la pacient, la probabilitat de recaiguda és del 40%. Un altre 35% dels pacients poden arribar a recuperar un 85% del seu pes, però encara tindran una relació anormal amb el menjar i el 25% tenen anorèxia nerviosa crònica.

3. Quins són els efectes físics i les complicacions mèdiques de l'anorèxia nerviosa?

Els signes i símptomes de l'AN típicament inclouen lanugo, pell seca, extrema primor, intolerància freda, pèrdua de cabell, ulls enfonsats, bradicàrdia, hipotensió, edema i hipotèrmia. Altres canvis es troben en la següent taula:

Complicacions mèdiques de l'anorèxia nerviosa

Cardiovascular	Renal
➤ EKG (baix voltatge, depressió ST, T-wave inversions)	➤ Elevats nivells de nitrogen de sang de la urea
➤ Bradicàrdia, arrítmia	➤ Diabetis
➤ Hipotensió	➤ Pedres
➤ Insuficiència cardíaca congestiva	Esquelet - osteoporosis
➤ Prolapse de la vàlvula mitral	Endocrí
Pancitopènia hematològica lleu	➤ Reducció del T ₃
Gastrointestinal	➤ Augment revers del T ₃
➤ Reducció de la motilitat	
➤ Elevats testos de la funció renal i amilasa	
➤ Compensió vascular aguda del duodè	

4. Quin és el criteri clínic per l'hospitalització d'aquests pacients?

Els estudis no adrecen aquest aspecte, i per tant, la decisió d'hospitalització és arbitrària. Malgrat això, particularment baixos o inestables signes vitals, abnormalitats metabòliques severes, pèrdua de pes persistent tot i mantenir un adequat tractament com a pacient extern, arrítmies cardíagues, depressió severa, sever risc de suïcidi, abús de substàncies i general oposició a seguir un tractament són raons suficients per a l'hospitalització. El llindar de l'hospitalització de joves en etapa de creixement és d'alguna manera més baixa que la d'individus de major edat, el creixement dels quals no serà permanentment afectat.

Els objectius de l'hospitalització inclouen la rehabilitació nutricional, teràpia biològica, social i psicològica, evaluació de la família i evaluació i tractament multidisciplinari. En l'AN, el principal objectiu del tractament és la restauració del pes; en la bulímia nerviosa, el major objectiu és el control dels atacs de menjar i les purgacions. Una varietat de protocol es posa en ús, però els estudis demostren que un tipus de teràpia no és millor que un altre.

5. Com és una conversa amb un pacient d'anorèxia nerviosa?

El pacient anorèxic pot estar despert i alegre o trist i tancat en sí mateix, depenent de l'etapa de la malaltia en què es trobi. Alguns pacients amb AN són hiperactius, però cap el final de la malaltia poden tornar-se hipoactius. Aquests pacients poden tenir canvis d'humor substancials, poden demostrar rigidesa en els seus pensaments i ser controladors i manipuladors. Els mecanismes de defensa més importants inclouen la negació de la malaltia i intel.lectualització. La seva manera de pensar és molt radical, o blanc o negre, o bo o dolent, sense la capacitat d'integrar els dos termes. Els anorèxics solen desconfiar dels altres, lluiten per la perfecció, tenen personalitats compulsives i obsessives i solen estar socialment aïllats. Són, en grans termes, hiposexuals.

6. Descriu les estratègies farmacològiques per tractar l'anorèxia nerviosa.

Desafortunadament, cap medicació té la suficient quantitat de placebo pel tractament de l'AN. Proves controlades de medicació han tingut resultats modestos però positius, amb el serotoní antagonist ciproheptadine i amb l'antidepressiu amitriptilín. Tot i això, els resultats dels estudis per aquests dos medicaments han estat clínicament insignificants. Proves controlades de clomipramina, litium, tiotixene, pimozide, sulprid, THC, i naloxona tampoc han assolit resultats clínicament positius.

Vàries estratègies farmacològiques poden ser útils adjunts a la psicoteràpia. Agents antiansietat en alguns casos poden ser utilitzats abans dels àpats per ajudar a l'anorèxic a dur a terme un pla de comportament que inclou la ingestió d'una quantitat de calories. Aquesta és generalment una estratègia de temps limitat. Els antidepressius, particularment el inhibitors serotoníns *reuptake* (SRIs) i certs tricíclics, poden ser útils, particularment en els anorèxics amb depressió, signes neurovegetatius prominents, ansietat severa o alteracions obsessivo-compulsives (OCD) o en aquells que es resisteixen a seguir un tractament. Els efectes desitjats són el guany de pes, un incrementat interès en menjar, reducció de l'ansietat i la depressió, reducció en els pensaments obsessius, i augment en l'interès a seguir un tractament. Els antipsicòtics no són normalment utilitzats en l'AN a no ser que una psicosi comòrbida sigui present. Les drogues antipsicòtiques de vegades són utilitzades pels anorèxics amb una ansietat extraordinària i amb incapacitat per menjar quan les drogues antiansietat són ineficaces. Hi ha hagut alguns casos d'ús de teràpia electroconvulsiva, però és totalment com a anècdota.

7. Quins són els criteris per la detecció de la bulímia nerviosa?

La diagnosi de la bulímia nerviosa (BN) requereix episodis repetits de fartaneres de menjar ingerint una gran quantitat de menjar en relació al curt espai de temps en què es produeix, normalment menys de 2 hores. Una de les característiques distintives d'aquest desordre és la por a no ser capaç de parar de menjar quan l'atac es produeix. Aquests individus després duen a terme un comportament compensador, com ara vòmits provocats, abús de laxants, dieta severa o dejú, per contrarestar el consum de calories ingerides durant els atacs. Aquests atacs han de tenir lloc dos cops per setmana com a mínim durant 3 mesos, i també hi ha d'haver una important preocupació pel pes i el cos.

8. Hi ha altres tipus de desordres alimentaris?

Certament. Alguns pacients poden reunir les característiques tant de l'AN com de la BN. Altres desordres alimentaris no estan reconeguts. Per exemple, alguns individus poden seguir un horari d'àpats normal però provocar-se vòmits per tal de controlar el pes. En aquest cas, no s'afarten; per tant, es troben dins el grup de la BN, però amb un pes normal. Així doncs, no reuneixen les característiques de l'AN. Malgrat això, porten uns comportaments alimentaris poc comuns.

9. Quines són les característiques clíniques de la bulímia nerviosa?

El nivell de prevalència de la BN és d'aproximadament un 0.6-0.8% en les dones, amb una prevalència de per vida de fins un 8%. Com en el cas de l'AN, la BN és predominantment un desordre de les dones (9:1). L'inici sol ser cap a finals de l'adolescència, amb un marge d'edat de 12 a 40 anys. El pes és usualment normal però els individus poden obsessionar-se amb la pràctica d'exercici, dejunar o purgar-se, incloent la provocació dels vòmits, l'abús de laxants i l'ús de ipecac i diurètics. Al contrari que l'AN, els intents de suïcidi són relativament comuns, tal i com també ho és l'abús de substàncies, particularment drogues estimulants, com ara la cocaïna i les amfetamines. La BN tendeix a ser crònica i es caracteritza per les múltiples recaigudes, amb una remissió del 50% després d'un seguiment de 10 anys.

10. Quins són els efectes físics i les complicacions mèdiques de la bulímia nerviosa?

Els signes i símptomes de la bulímia nerviosa inclouen: mareig, hipotensió, parotidomegàlia, problemes dentals i raspadura dels artells degut a mossegar-los durant els episodis d'auto-vòmits. Les complicacions mèdiques són: desequilibri de fluids i electrolits (reducció de K, reducció de CL, deshidratació, alcalosis); alteracions gastrointestinals (mal de coll, esofagitis, llàgrimes Mallory-Weiss, parotidomegàlia, colon catàrtic, restrenyiment); problemes dentals (càries, pèrdua d'enamel). La majoria d'aquestes complicacions són efectes secundaris dels vòmits crònics i l'abús laxatiu.

11. Com és una conversa amb un pacient de bulímia nerviosa?

Els signes externs d'un desordre alimentari poden ser escassos. Els bulímics poden ser superficialment sociables i poden donar una imatge de forts i generosos. Desafortunadament, normalment tenen baixa auto-estima i conflictes amb la seva pròpia intimitat, es senten incompresos i tenen problemes per controlar el seu disgust. Poden patir canvis d'humor i per definició estan preocupats pel control del menjar. Altres característiques són un comportament impulsiu, incloent petits robatoris, abús de substàncies i intents de suïcidi.

12. Descriu la farmacologia per la bulímia nerviosa.

El tractament predominant per la BN és l'antidepressiu. Estudis controlats han demostrat que varis mètodes són superiors al placebo pel què fa al tractament dels afartaments i les purgacions: l'imipramina, la fenelzina, l'amitriptilina, la desipramina, l'isocarboxazid i la fluoxetina. Una prova de bupropió també va resultar ser positiva, però no és aprovat pel tractament de la BN degut als atacs que se li associen.

La depressió comòrbida no és necessària per l'ús d'antidepressius. Les medicacions generalment es donen de la mateixa manera i dosi que a aquells pacients que són tractats per depressió. Malgrat això, els SSRIs poden ser utilitzats en dosis més altes, similar al tractament de l'OCD. L'abstinència no és usualment el resultat d'un tractament per antidepressius, però una significant disminució de les fartaneres i les purgacions és comuna. La farmacologia s'hauria de donar en el context d'una relació psicoterapèutica general amb el pacient amb desordres alimentaris.

13. Què és el desordre de l'atipament?

El desordre de l'atipament és una nova categoria de diagnòstic que és essencialment una subcategoria de l'obesitat. La majoria de pacients amb aquesta alteració són obesos, però tenen repetits episodis d'afartaments sense cap comportament compensatori. Tenen una gran consternació sobre el seu problema i hi lluiten en contra. Les fartaneres de menjar tenen lloc almenys dos cops per setmana durant un període de 6 mesos, però els criteris per la BN no es reuneixen. La majoria de persones que pateixen aquests atacs de menjar han estat a dieta repetidament i tendeixen a tenir més trastorns en la seva vida que no pas altres obesos del seu mateix pes. El grau de difusió d'aquesta alteració en exemples clínics de pèrdua de pes és d'un 30%; en pacients no clínics, és menys d'un 5%. A diferència de l'AN i la BN, que normalment es troba en dones, la proporció dona-home per aquest tipus de desordre alimentari, el de l'atipament, és d'un 1.5:1.

14. Els pacients obesos amb un desordre alimentari d'atipament haurien de seguir el mateix tipus de tractament que els altres pacients obesos?

No està clar si els pacients obesos que pateixen episodis d'atacs de menjar reaccionen de manera diferent als tractaments. Algunes indicacions inicials fan pensar que una teràpia de comportament cognitiu dirigida als afartaments i, probablement, antidepressius (particularment els SSRIs) pot donar un resultat positiu. La diagnosi del desordre de l'afartament i les implicacions del tractament encara estan per validar.

15. Quina és l'estimulació mèdica essencial per l'anorèxia, la bulímia i/o el desordre de l'afartament?

Generalment aquests desordres no requereixen l'estimulació "del milió de dòlars". Normalment solen ser aparents en els exàmens clínics i l'entrevista psiquiàtrica. L'AN és un desordre inherentment públic basant-nos en la clara caquèxia. La BN pot ser difícil de diagnosticar si el pacient actua de manera secretiva pel què fa al seu problema i no existeix cap test definitiu que permeti la detecció de l'alteració, tot i que els nivells d'amilasa poden incrementar i els nivells de potasi es veuen reduïts degut als vòmits. Els individus que pateixen el desordre de l'afartament solen ser obesos i generalment són francs sobre el seu comportament. El treball de laboratori pot ser útil, amb proves com ara CBC, electròlits, funció hepàtica, *fasting* el sucre de la sang i proves de la funció tiroïdal. Altres testos o proves haurien de ser individualitzades depenent de les característiques de cada pacient.

La diferència formal de diagnosi entre l'AN i la BN poden incloure una varietat de condicions com ara colitis, enteritis, malalties tiroïdals, diabetis, úlceres, tumors hipotalàmics i alteracions epilèptiques. La comorbiditat psiquiàtrica pot incloure depressió, OCD, ansietat, abús de substància, desordres bipolars i alteracions psicòtiques.

16. Quina és l'etiologia dels desordres alimentaris?

No ha estat documentada cap etiologia definitiva, però hi ha diverses teories. Les més prominents són les següents:

La **teoria sociocultural** proposa que la pressió dels mitjans de comunicació i dels valors socials poden portar a l'AN i la BN. En aquestes societats, els pacients amb alteracions alimentàries normalment tenen pànic al pes, que pot ser una manera d'estalviar-se conflictes post-pubertals.

Els teòrics del **comportament cognitiu** defensen que la cognició distorsionada i comportaments apresos porten als trastorns alimentaris.

Els **teòrics psicodinàmics** exposen que les dificultats de desenvolupament condueixen als desordres alimentaris i a una significativa comorbiditat de problemes de personalitat.

Les **teories bioquímiques** són diverses. (1) Una línia d'evidència gira entorn la comorbiditat de desordres depressius majors amb trastorns alimentaris. Aproximadament un 50% de tots els anorèxics i més del 50% dels bulímics tenen desordres depressius majors simultanis. En molts casos, l'inici de la depressió precedeix l'inici del trastorn alimentari, demostrant així una similar etiologia entre els dos. (2) Alguns clínics veuen els desordres alimentaris com uns comportaments addictius, i els tracten de la mateixa manera que tractarien un problema d'alcoholisme o d'abús de substàncies. (3) Una alternació de neurotransmissors pot ser present en els desordres alimentaris, tot i que no tenim suficient evidència per demostrar que aquest és el cas. (4) Existeixen alguns testimonis que demostren que una reducció en la cerebrospinal fluid norepinephrine i en el metoxihidroxifenilglicol pot estar relacionada amb l'AN. (5) La reducció de serotonina cerebral i una danyada secreció de colecistoquinina en resposta a un àpat pot ser associat a la BN. (6) Altres investigadors creuen que la disfunció hipotalàmica pot ser la causa o el resultat dels trastorns alimentaris.

Alteracions familiars han estat obertament citades com una etiologia potencial tan per l'AN com per la BN. Una agregació familiar sembla existir en l'AN, però no està clar si és hereditari o contextual.

Els teòrics de la **psicologia feminista** creuen que la pressió per arribar a ser una "súper dona", particularment en la societat occidental industrialitzada, predisposa a les dones a patir trastorns alimentaris.

Factors dietètics – incloent estar a dieta en excés – predisposa a l'AN i a la BN, de la mateixa manera que ho fa el fet de tenir un cas passat d'obesitat en la família o en el mateix pacient.

Altres factors etiològics, incloent l'abús sexual en la infància, diabetis mellitus comòrbida, la participació en esports restrictius amb el pes i en feines d'alta demanda, han estat investigats amb diferents resultats. Cal tenir en compte que cap explicació pel predomini de les dones patint aquests desordres és tan potent com la visió feminista i sociocultural.

La visió d'aquest autor és que els trastorns alimentaris són un grup heterogeni de condicions, algunes de les quals, en una minoria dels casos, són subgrups d'altres desordres psiquiàtrics com ara la depressió, l'ansietat o l'OCD. En molts pacients el trastorn alimentari comença al seguir una dieta, com a un intent d'aconseguir una forma física culturalment establerta, o com a mitjà de control, però de seguida pren el seu propi camí. Es converteix en gairebé addictiu en qualitat i és emprat com a resposta a tot tipus d'emocions.

17. Descriu els tractaments disponibles per tractar els trastorns alimentaris.

S'han provat moltes propostes. La majoria de l'evidència es centra en els tractaments a curt termini i més fàcilment controlables, com ara intervencions de comportament cognitiu, interpersonal i farmacològiques. Els tractaments de **comportament cognitiu** han estat una útil intervenció tant per l'AN com per la BN. Els pacients s'obliden de la visió distorsionada, normalitzen els hàbits alimentaris i eliminen les purgacions a través d'un tractament estructurat l'objectiu del qual és, inequívocament, el control dels símptomes. S'han escrit molts manuals sobre l'ús d'aquest tractament per desordres alimentaris. La **psicoteràpia interpersonal** és també un tractament a curt termini que ha estat codificat en un manual. Aquest tractament es concentra en les relacions del moment i del lloc i ha demostrat ser satisfactòria amb gent amb depressió i desordres alimentaris. El **tractament psicodinàmic** és probablement l'enfoc més comú, resolvent conflictes subjacents per tal de reduir els trastorns alimentaris. La teràpia familiar és particularment exitosa amb anorèxics joves que continuen vivint amb les seves famílies i que no tenen una malaltia crònica. L'**orientació nutricional** és conduïda cap a l'educació i el consell sobre les calories i els grups alimentaris. La **farmacoteràpia** ha estat considerada particularment útil a l'hora de tractar la BN i és probable que jugui un paper en l'AN. L'**atenció mèdica contínua** i els programes més intensius, com ara programes d'estades diàries a l'hospital, programes intensius per pacients externs, programes nocturns i centres d'ajuda, són selectivament aplicats. Aquest autor comença amb un contracte de tractament i una visió de comportament cognitiu. La medicació complementària és freqüentment útil i el tractament psicodinàmic pot ser recomanat després de que el comportament alimentari s'estabilitzi relativament.

18. És útil tenir un “contracte de tractament” amb un pacient amb trastorns alimentaris?

Això d'alguna manera genera certa controvèrsia. Alguns metges continuen veient al pacient amb aquest tipus de problemes com si fós un pacient extern independentment de la condició clínica del mateix, mentre que d'altres estableixen estrictes paràmetres de tractament. Molts metges troben útil tenir uns paràmetres més enllà dels quals el tractament com a pacient extern no sigui possible i l'hospitalització o algun tipus d'intervenció sigui necessària. Alguns dels objectius inclouen assolir un nivell de pes mínimament acceptable a nivell de pacient extern, mantenint els nivells de potassi, reduint els nivells d'abús de laxants, continuant amb un apropiat ús dels medicaments, determinant l'estat de les condicions mèdiques i reduint el nivell de risc de suïcidi. L'acord entre el pacient i el metge, negociat explícitament a l'inici del tractament, és que si aquests nivells no es mantenen, tot acabarà en l'hospitalització. Una revisió d'aquest pla amb els pacients i, potencialment, amb les seves famílies pot disminuir la possibilitat de futurs conflictes i pot ajudar a minimitzar el dilema de si hospitalitzar o no.

19. L'atenció controlada ha tingut alguna mena d'impacte en el tractament de pacients amb trastorns alimentaris?

Sí! L'objectiu de l'hospitalització per un pacient amb AN tradicionalment ha estat la restauració del pes. El temps que porta aconseguir un 90% del pes corporal ideal pot ser substancial. Generalment es guanyen un màxim de 550 o 730 grams per setmana; si un pacient necessita augmentar 13 kilograms, el procés es pot allargar fins a 10 setmanes. Les hospitalitzacions d'aquesta durada són normalment negades per les companyies d'assegurances. Per tant, els metges són freqüentment obligats a “acomodar” pacients quan ja són mèdica i psicològicament estables, però encara no han assolit el pes ideal.

Alternatives a l'hospitalització, incloent programes intensius per pacients externs i hospitals de dia, han estat iniciades per tal de tractar amb aquest problema. En el contracte de tractament, l'hospitalització pot no ser l'alternativa a la violació del contracte, i aquestes altres intervencions poden ser necessàries.