
Eating Disorders Review

Septiembre/Octubre 2018

Volumen 29, Número 5

Scott Crow, Editor en Jefe

Actualización: Surgen más pistas sobre los atracones.

Neuronas de Orexin, un pequeño grupo de células en el hipotálamo, parecen ser un objetivo prometedor para los medicamentos a fin de controlar los episodios de atracones en personas con obesidad, según científicos del Instituto de Salud Cerebral de la Universidad de Rutgers y la Universidad Estatal de Nueva Jersey. Estas neuronas han demostrado previamente, ser importantes para la adicción a drogas como la cocaína.

El Dr. Gary Aston-Jones, director del Instituto de Salud Cerebral de Rutgers y uno de los autores principales del estudio, y su equipo, encontraron que los síntomas clave de los trastornos alimentarios, como la sensación de perder el control, se superponen con lo que ahora se conoce sobre la naturaleza impulsada de la adicción a las drogas. Los autores apuntaron al sistema Orexin para comprender mejor el cambio en la motivación por la comida causado por episodios repetidos de atracones. El equipo de estudio informó sobre sus hallazgos en julio en la reunión anual de la Society for the Study of Ingestive Behavior (SSIB), un grupo internacional de expertos científicos sobre el comportamiento alimentario.

Usando un modelo con roedores, los investigadores encontraron que el inhibidor de orexina redujo la cantidad de alimentos consumidos durante los episodios de atracones, en los que las ratas tenían acceso ilimitado a una mezcla de grasa endulzada durante un período de 30 minutos. Los autores continuarán su estudio, investigando cómo se puede alterar el tamaño y la cantidad de neuronas orexinas en el cerebro luego de los cambios en los hábitos dietéticos, el peso o su combinación.

Desde el otro lado del escritorio

Realimentar al paciente gravemente enfermo y con bajo peso es una de las etapas más desafiantes y estresantes del tratamiento. Las prescripciones calóricas diarias cautelosas durante mucho tiempo para la restauración de peso inicial, en el rango de 5 a 10 kcal/kg, están experimentando un cambio. En su artículo, **Small Feedings and current nutrition practices in anorexia nervosa**, los autores Meghan Foley, RD, Carrie Schimmelpfennig, RD, MS, y Philip S. Mehler, MD, FACP, FAED, CEDS, detallan los beneficios de una rápida realimentación y una ganancia de peso para los pacientes con AN. Escriben: "... investigaciones más recientes han demostrado que las mayores prescripciones dietéticas se asocian con una menor duración de la hospitalización y sin un aumento de un riesgo de trastornos electrolíticos u otras reacciones adversas".

Otro artículo relacionado con la nutrición de este mes, **Needed: more Vitamin 'N'**, escrito por Sandra Wartski, PsyD, CEDS. Señala que numerosos estudios han demostrado los increíbles beneficios físicos y psicológicos de pasar más tiempo en la Naturaleza y esta puede ser una intervención que más médicos deben considerar como parte del plan de tratamiento para trastornos alimentarios. La idea se está difundiendo en todo el mundo, y dos investigadores de la Universidad de Virginia han desarrollado una "Pirámide de la Naturaleza", como la Pirámide Nutricional, que describe ideas sobre cómo obtener

porciones adecuadas y variedad de Naturaleza en el transcurso de un año. ¿Es hora de cambiar "tiempo de pantalla" por "tiempo verde"? pregunta el autor.

— MKS

Necesario: Más Vitamina "N"

Por Sandra Wartski, PsyD, CEDS.

El trabajo de recuperación de un trastorno alimentario (TCA) incluye un mayor enfoque en la inclusión de alimentos, la regularidad de las comidas y el equilibrio nutricional. Sin embargo, a menudo hay poco énfasis en agregar más vitamina N (para la naturaleza)

Numerosos estudios han demostrado los increíbles beneficios físicos y psicológicos de pasar más tiempo en contacto con la Naturaleza y ésta puede ser una intervención que más clínicos deben considerar, como parte del plan de tratamiento para trastornos de la conducta alimentaria. Las nociones de tranquilidad y conciencia plena son un lugar común para los terapeutas que enseñan a los clientes acerca de la comida, el estado de ánimo y el cuerpo. Experimentar la Naturaleza también puede tener beneficios exponenciales.

Richard Louv acuñó el término "Vitamina N" en su libro de referencia, *Last Child in the Woods* (en el que también hace referencia creativa al Trastorno por Déficit de Naturaleza y "Leave No Child Inside") y agrega más en su último libro, *The Nature Principle*. Louv ha estado promoviendo activamente el concepto de enseñar a los niños de hoy sobre la naturaleza, particularmente en nuestra sociedad actual centrada en la tecnología, invadida por dispositivos electrónicos. Una de sus citas más conocidas es: "El niño en la naturaleza es una especie en peligro de extinción, y la salud de los niños y de la Tierra son inseparables".

El "movimiento de la naturaleza" ha crecido de manera exponencial y muchos otros autores han explorado y revisado varios aspectos de los beneficios de la naturaleza, incluido el trabajo seminal de *The Nature Fix* de Florence Williams, *Forest Bathing* de Amos Clifford, así como Eva Selhub y Alan Logan's *Your Brain on Nature*. Aunque la referencia periódica de algunos de los autores a la asistencia a la "epidemia de obesidad" provoque descontento o desacuerdo entre los clínicos de los trastornos alimentarios, la ciencia detrás de los beneficios de la naturaleza sigue siendo inspirador.

El valor del tiempo utilizado en contacto con la naturaleza

El valor del tiempo utilizado en contacto con la naturaleza es indiscutible y algunos de los beneficios cuantificables son fascinantes. Muchos grandes pensadores e inventores (Aristóteles, Darwin, Beethoven, Einstein y Roosevelt) fueron inspirados por la Naturaleza. Ahora, los neurocientíficos y los psicólogos sociales también están regresando a la naturaleza. Los científicos han documentado que las personas que pasan más tiempo en la naturaleza son más felices, más tranquilas, menos ansiosas, aprenden mejor, tienen mejores recuerdos, prestan mejor atención, se enferman con menos frecuencia, tienen más habilidades sociales y, en general, son personas más agradables.

Muchos estudios también muestran constantemente, los muchos beneficios fisiológicos de quienes pasan tiempo en entornos naturales. Algunos de estos beneficios son la disminución de los síntomas del sistema nervioso simpático (frecuencia cardíaca, presión arterial, glándulas sudoríparas y disminución de cortisol [hormona del estrés] y un mayor rendimiento en las pruebas de memoria y creatividad).

Algunos de estos efectos positivos incluso se han duplicado con cosas simples, como poner más plantas verdes o fotos de la Naturaleza en el laboratorio o en la oficina donde realizan las pruebas. Otros planifican poner a prueba a los sujetos antes y después de un paseo por una calle urbana en

comparación con un paseo por el bosque. Algunos sujetos estuvieron sometidos a eventos temporalmente estresantes, como ver un video de un horrible accidente de carpintería y ver después uno de naturaleza o urbano. Las personas que vieron fotos de la Naturaleza después de un video estresante volvieron al nivel de base considerablemente más rápido, que las que no vieron videos de la naturaleza. Al parecer, se ha encontrado que los pacientes de hospitales con vistas "verdes" tienen estancias postoperatorias más cortas, requieren menos analgésicos y tienen menos complicaciones en comparación con aquellos que no tienen esas vistas. Este tipo de investigación es claramente complicado e involucra una serie de factores, pero sus hallazgos iniciales son muy impresionantes.

El mundo toma nota

La investigación sobre este tema se está extendiendo por todo el mundo. En el Reino Unido, una aplicación Mappiness con 3 millones de sujetos reportados realizó un seguimiento del estado de ánimo al azar durante todo el día y encontró una fuerte evidencia de una alegría relacionada con estar al aire libre. Japón comenzó una práctica de "baño en el bosque" (realizar caminatas en el bosque durante un fin de semana) y encontró muchos efectos curativos, incluido el aumento de la salud del sistema inmunológico y la disminución de la inflamación. En Holanda y Canadá, los investigadores encontraron una menor incidencia de diversas enfermedades, como depresión, ansiedad y migrañas, en las personas que vivían más cerca de los espacios verdes.

Efectos sobre el cerebro

La neurociencia detrás de estar en contacto con la Naturaleza sugiere que una serie de funciones importantes del cerebro están afectadas. Por ejemplo, se encontró que los sujetos examinados después de pasar tiempo en entornos urbanos tenían más flujo de sangre a la amígdala (conocido como el sistema de alarma del cuerpo, donde se procesa el miedo y la ansiedad), mientras que los sujetos que pasan tiempo en entornos naturales tienen más flujo de sangre al cíngulo anterior y la ínsula (áreas del cerebro asociadas con empatía y altruismo). Se descubrió que aquellos que pasan tiempo al aire libre, tienen ondas alfa más altas (acompañadas de niveles aumentados de serotonina y una mayor relajación), así como menos flujo de sangre a la zona inferior de la corteza prefrontal (y, por lo tanto, se sospecha que tienen niveles reducidos de la rumiación depresiva).

La investigación analiza los efectos positivos

Ha habido una gran cantidad de investigaciones sobre por qué la naturaleza tiene un efecto tan positivo en tantas áreas del cuerpo, y este ámbito de investigación parece incluir un poco más de controversia entre los científicos. Hay quienes dicen que los efectos positivos de relajación de estar al aire libre se relacionan principalmente con un mayor movimiento del cuerpo, que es más probable que ocurra si un individuo está a la intemperie. Otros sugieren que los cuerpos se relajan en un entorno más natural porque aquí es donde los humanos evolucionaron. El tiempo que pasamos en la naturaleza también tiende a tocar todos nuestros sentidos, por lo que hay hipótesis sobre cómo una recalibración de nuestros sentidos con entorno natural es clave. Algunas teorías se centran en los sentidos visuales, incluido el hecho de que más formas fractales pueden desencadenar neuroquímicos en nuestra corteza visual, lo que ayuda a la relajación. Otros se centran en los olores presentes en el espacio exterior; aquí, los productos químicos en el aire aumentan el recuento de glóbulos blancos, que son útiles para combatir las infecciones. Es posible que no sepamos exactamente por qué la Naturaleza puede ser tranquilizadora y revitalizadora, pero la evidencia continúa respaldando que ciertamente existen múltiples beneficios.

Una "Pirámide de la Naturaleza"

Cuánto tiempo de contacto con la naturaleza es benéfico, sigue siendo algo desconocido, pero Tanya Denckla-Cobb y Tim Beatley de la Universidad de Virginia han desarrollado una "Pirámide de la Naturaleza", que describe ideas sobre cómo obtener porciones adecuadas y de variedad de la Naturaleza en el transcurso de un año. Al igual que la Pirámide Alimentaria, hay elementos en la Naturaleza que deben consumirse con mayor frecuencia y en mayor cantidad y aquellos que podrían consumirse con

menos frecuencia. Denckla-Cobb y Beatley, junto con otros, argumentan que la exposición a la Naturaleza es una parte necesaria de la vida humana. Como clínicos de los trastornos de la conducta alimentaria, estamos bastante familiarizados con la posibilidad de ayudar a los clientes a aprender que la atención a todos los alimentos en diversas cantidades a lo largo del día es lo que permite un funcionamiento saludable del cerebro y el cuerpo. La pirámide de la naturaleza no pretende ser una directriz estricta, **pero si el inicio de una conversación acerca de recibir dosis de un entorno natural en intervalos regulares.**

Infusiones regulares de naturaleza podrían ayudar a casi todos

Las infusiones regulares de vitamina N podrían ayudar a la mayoría de las personas que viven en nuestra era digital acelerada, conectada y de comparación social, en particular a aquellos que luchan con problemas graves de salud mental como los trastornos alimentarios, quienes podrían obtener un beneficio aún mayor. Hay buen sentido y ciencia detrás de incluir el tiempo en la Naturaleza como parte del plan de bienestar, especialmente dadas las muchas mejoras en el estado de ánimo, en la conciencia, la capacidad mental, la recuperación médica, la creatividad y el mejor funcionamiento general que se reportan después del contacto con la Naturaleza. Esta recomendación no solo puede ser aceptada más fácilmente por nuestros clientes, sino que también puede tener un impacto duradero.

Abundan las ideas sobre cómo podríamos usar la naturaleza en nuestros planes de tratamiento de los trastornos alimentarios, desde simplemente recomendar el tiempo al aire libre hasta usar un centrado activo de los cinco sentidos en el bosque. Estar en la naturaleza permite el tiempo y el espacio para la tranquilidad y la distracción, la búsqueda de metáforas y para tener una perspectiva general. En el exterior no hay espejos, ni escalas, ni tomas de corriente eléctrica. Hay una menor necesidad de un cierto "aspecto" antes de pasar un tiempo al aire libre y en su lugar hay un mayor enfoque en ser funcional y cómodo, nociones bastante similares a las que se enfatizan en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en cuanto a sentirse bien, en lugar de centrarse demasiado, en verse bien.

Por supuesto, existen advertencias para nuestros clientes con TCA, como no permitir que la prescripción de Naturaleza se convierta en una excusa para el ejercicio excesivo o el aislamiento. Sin embargo, como es el núcleo de gran parte del trabajo de TCA, la clave es usar moderación y un enfoque individualizado. Naturalmente, prestar atención a la Naturaleza no puede ser un sustituto de los pasos principales del tratamiento de los trastornos alimentarios, pero podría permitir un complemento de una "vitamina" que a menudo se pasa por alto en nuestro enfoque habitual para abordar el cerebro y el cuerpo en recuperación.

Entonces, como se ha convertido en el nuevo lema en los blogs de los defensores de la naturaleza, ¡promovamos intercambiar el tiempo de pantalla por un tiempo verde!

Acerca de la autora

Sandra Wartski, PsyD, CEDS ha estado trabajando con trastornos de la alimentación en los últimos 25 años. Ella es una psicóloga autorizada que trabaja como terapeuta ambulatoria en Silber Psychological Services en Raleigh, NC. A ella le gusta hacer presentaciones y escribir artículos sobre una variedad de temas de salud mental, especialmente temas relacionados con los trastornos alimentarios.

Alimentación en pequeñas cantidades y las prácticas nutricionales actuales en la anorexia nervosa.

Por Meghan Foley, RD, Carrie Schimmelpfennig, RD, MS, and Philip S. Mehler, MD, FACP, FAED, CEDS,

Eating Recovery Center and University of Colorado, Denver

Durante esta década ha habido un cambio general en la forma en que se prescribe la rehabilitación nutricional para pacientes con anorexia nerviosa (AN)

En el pasado, las prescripciones diarias de calorías para la restauración inicial de peso estaban en el rango de 5 a 10 kcal/kg. Sin embargo, investigaciones más recientes han demostrado que mayores prescripciones dietéticas se asocian con una duración reducida de la estancia hospitalaria y con un no aumento en el riesgo de trastornos electrolíticos u otras reacciones adversas. De hecho, se ha demostrado que el riesgo de realimentación hipofosfatemia aumenta con la gravedad del peso nadir en lugar de con la cantidad de calorías suministradas. Por lo tanto, cuanto más bajo sea el porcentaje inicial de peso corporal ideal (IBW, por sus siglas en inglés), mayor será la necesidad de vigilancia para controlar los niveles de fosfato sérico.

Tomando un enfoque más agresivo para la realimentación.

Se está logrando una meta semanal de 1.5 kg a 1.8 kg para pacientes hospitalizados y residenciales a través de un enfoque más agresivo para la realimentación. Los planes iniciales de comidas comienzan ahora de 1400 a 1800 kcal/día, con aumentos de 300 a 400 kcal/día cada 3 a 4 días, hasta que se nota un aumento de peso constante de 0.2 a 0.25 kg/día. No se aplican niveles máximos de calorías, ya que las recetas dietéticas se individualizan para apoyar el aumento de peso continuo hacia el peso corporal ideal. Además, la fuente ideal de macronutrientes de energía (calorías) aún no está totalmente probada para este tipo de malnutrición grave, pero una composición típica es 40% de carbohidratos, 40% de proteínas y 20% de energía de las grasas.

Muchos dietistas están de acuerdo en que es útil permitir que los pacientes elijan la forma en que ingresan sus calorías al tiempo que fomentan una variedad de alimentos sólidos y amplios para la mayoría de las comidas, cuando son médicamente apropiadas, pero con un umbral más bajo para revertir a los suplementos líquidos y la alimentación enteral a través de un tubo nasogástrico (NG) si la ingesta oral es inadecuada. Esto se debe a un nuevo enfoque en el tratamiento de la AN, evitar la "subalimentación". Ya no es aceptable un enfoque pasivo y mal definido de "esperar y ver" para realimentar a los pacientes con AN.

Las comorbilidades pueden afectar la nutrición prescrita.

Las comorbilidades como el síndrome de la arteria mesentérica superior (SMA, por sus siglas en inglés), que se encuentran con mayor frecuencia a medida que el porcentaje de IBW es menor y la disfagia, pueden afectar el régimen de realimentación o la prescripción de la dieta, pero no la prescripción inicial de calorías. La gravedad de la SMA determina cómo se administra la nutrición de un paciente. Siempre se prefiere la utilización del intestino; si un paciente tiene una SMA completa, diagnosticada mediante tomografía computarizada abdominal, la recomendación sería volver a alimentar con una fórmula líquida al 100% administrada por medio de un tubo NG o tal vez uno nasoyeyunal (NJ, por sus siglas en inglés), que se coloca distal a la obstrucción. Si el paciente tiene SMA parcial, la dieta se formula típicamente como una dieta hecha puré o suave. Normalmente, la dieta puede avanzar lentamente después de un aumento de peso de solo 5 a 10 libras, a medida que se resuelve la obstrucción de SMA.

La disfagia también puede ocurrir en pacientes con desnutrición severa con AN debido a la atrofia del músculo faríngeo, lo que coloca a estos pacientes en riesgo de aspiración de líquidos y sólidos. Si un patólogo del habla y lenguaje confirma la aspiración, deben realizarse modificaciones consistentes en los alimentos y/o fórmulas hasta que la restauración del peso normalice la función de deglución. Es importante tener en cuenta que tanto con estas complicaciones médicas de la AN como con otras como la gastroparesis, la diarrea y la diabetes, es imperativo aumentar la intensidad de la educación nutricional y el asesoramiento de un dietista registrado e informado (RD, por sus siglas en inglés), como las alimentaciones enterales, los suplementos o las texturas modificadas pueden crear un desafío adicional

para el cumplimiento del paciente.

Los beneficios de la intervención nutricional.

Según Ozier y Henry, "es la posición de la American Dietetic Association (ahora Academy of Nutrition and Dietetics) que la intervención nutricional, incluida la asesoría nutricional por parte de un dietista registrado, es un componente esencial del tratamiento en equipo de los pacientes con AN, bulimia nerviosa y otros trastornos de la alimentación durante la evaluación y el tratamiento en todo el proceso de atención" (Ozier y Henry, 2011)

Los dietistas registrados actúan como un miembro integral del equipo en el tratamiento de trastornos de la alimentación en todos los niveles de atención. Un dietista que se especializa en el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria asiste al equipo multidisciplinario, así como al paciente, de muchas maneras, primero al evaluar los requerimientos de calorías según las necesidades metabólicas típicas y los objetivos de aumento de peso para los pacientes con AN. A continuación, los dietistas utilizan la terapia de nutrición médica para tratar las complicaciones médicas de un paciente como consecuencia de la desnutrición y la pérdida de peso, como la gastroparesis, el síndrome de SMA o la malabsorción. Finalmente, cuando sea necesario, el dietista puede prescribir un soporte nutricional enteral y parenteral.

El dietista también puede ayudar a descifrar la preparación de un paciente para el cambio mediante el uso de entrevistas motivacionales. Además, el dietista puede ayudar al paciente a probar nuevos tipos de alimentos, ya sea agregando un macronutriente que el paciente tenga miedo o agregando un alimento específico, como un postre, a la dieta del paciente. Este último es especialmente relevante para aquellos con un Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria (ARFID, por sus siglas en inglés). Los dietistas también pueden ayudar a los pacientes a dejar de recibir apoyo de nutrición enteral al mismo tiempo que aumentan la nutrición oral y desafiando a los pacientes a tomar decisiones saludables y productivas hacia la recuperación al establecer límites en torno a los comportamientos a la hora de comer, la flexibilidad a los alimentos y las expectativas de completar la comida para asegurar una adecuada ingesta de nutrientes y una trayectoria de aumento de peso.

También es vital que el dietista establezca una relación productiva con su paciente trabajando de manera abierta y honesta, guiando las elecciones del paciente lejos de lo que quiere su trastorno alimentario e individualizando su cuidado tanto como sea posible, para construir una base de confianza y respeto. Los dietistas a menudo son vistos como un "enemigo" o un "aliado" de un paciente cuando afectan al trastorno alimentario al desafiar al cliente a que interrumpa los comportamientos mientras ayudan a nutrirlo, lo que lo ayuda a sentirse más fuerte y saludable.

Recordarle a un paciente los efectos positivos de la restauración de la nutrición, como las habilidades cognitivas más agudas, el mejoramiento de su condición física y el hecho de poder participar con más éxito con sus seres queridos, puede ayudar a un paciente a sentirse motivado, continuar progresando en el tratamiento y comenzar confiar en su equipo de tratamiento para lograr una recuperación sostenida y completa.

SOBRE LOS AUTORES

Philip S. Mehler, MD, FACP, FAED, CEDS, es Presidente del Eating Recovery Center y Fundador y Director Médico Ejecutivo, ACUTE@Denver Health. También es profesor Glassman de medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad de Colorado.

Meghan Foley, RD, y Carrie Schimmelpfennig, RD, MS, son dietistas registradas que trabajan en la unidad ACUTE en Denver Health con aquellos pacientes que sufren de formas extremas de trastornos de la alimentación.

Lecturas sugeridas

Garber AK, Michihata N, Hetnal K, Shafer MA, Moscicki B. A Prospective Examination of Weight Gain in Hospitalized Adolescents With Anorexia Nervosa on a Recommended Refeeding Protocol. *J Adolesc Health*. 2012; 50: 24-29. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.06.011>.

Golden NH, Keane-Miller C, Sainani KL, Kapphahn CJ. Higher caloric intake in hospitalized adolescents with anorexia nervosa is associated with reduced length of stay and no increased rate of refeeding syndrome. *J Adolesc Health*. 2013; 53: 573-578. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.05.014>.

Ozier AD, Henry BW, American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *J Am Diet Assoc*. 2011; 111:1236-1241. doi: 10.1016/j.jada.2011.06.016.

La Olanzepina y el aumento de peso en adolescentes con anorexia nervosa

Los efectos secundarios ocurrieron en un tercio de los pacientes jóvenes.

Un grupo de la Universidad de Ottawa, Canadá, probó recientemente la eficacia y seguridad de la olanzepina en el tratamiento para adolescentes de bajo peso de 11 a 17 años de edad con anorexia nerviosa (AN) En su ensayo abierto no aleatorizado realizada entre 2010 y 2014, los que recibieron olanzepina tuvieron una mayor tasa de aumento de peso, que el grupo de comparación. Aunque no se informaron efectos adversos graves, un tercio de los adolescentes que abandonaron el tratamiento suspendieron el medicamento debido a los efectos secundarios (*J Canad Child Child Psychiatry*. 2018; 27: 197). El estudio es el ensayo más grande hasta la fecha para evaluar el uso de olanzepina para la AN en adolescentes.

Se cree que la olanzepina, un antipsicótico de segunda generación (SGA, por sus siglas en inglés), aumenta la reactividad de la corteza cingulada anterior y la red asignación de relevancia (SN, por sus siglas en inglés) en respuesta al valor de recompensa de los alimentos en personas con AN. Algunas de las cualidades útiles del fármaco para los pacientes con AN incluyen la reducción de la ansiedad y la agitación, así como las preocupaciones sobre la figura y el peso. Por lo tanto, cuando se usa entre adultos, adolescentes y niños con AN, olanzepina ha aumentado la ganancia de peso, ha reducido los niveles de agitación, ha disminuido la obsesividad, ha mejorado el sueño y la función general, lo que ha mejorado el cumplimiento del tratamiento (*Int J Eat Disord*. 2000; 27: 363; *Eur J Child & Adolesc Psychiatry*. 2001; 10: 151)

La Dra. Wendy Spettigue y sus colegas señalaron que, aunque los sujetos generalmente toleraban bien el fármaco y que los efectos adversos no eran serios, había una mayor probabilidad de niveles altos de triglicéridos, colesterol total, prolactina y ALT/AST (alanina aminotransferasa y aspartato aminotransferasa, respectivamente) con olanzepina. El aumento en los valores de laboratorio anormales sugiere que los adolescentes que están siendo tratados con olanzepina sean monitoreados de cerca, con énfasis en las pruebas de función hepática y los niveles de prolactina.

Realimentación rápida y ansiedad entre los pacientes

con AN.

El rápido aumento de peso no incrementó la ansiedad o la depresión.

Tradicionalmente, la realimentación de pacientes con anorexia nerviosa (AN) se ha realizado con cautela, principalmente para evitar el síndrome de realimentación. Las alteraciones metabólicas del síndrome de realimentación pueden incluir anomalías del metabolismo de la glucosa, niveles bajos de fosfato sérico, potasio y magnesio, deficiencias de tiamina y retención de líquidos y sodio. Si no se tratan, los pacientes pueden enfrentar complicaciones más serias, como delirio y convulsiones, arritmias cardíacas y muerte súbita.

Sin embargo, los resultados de estudios más recientes han señalado que la prescripción calórica anterior de aproximadamente 1,200 kcal/día, aumentada en 200 kcal/día, puede no ser adecuada para esta población de pacientes. [Vea también **Alimentación en cantidades pequeñas y prácticas nutricionales actuales en Anorexia Nervosa**, en otra parte de este número.] La Dra. Sarah Kezelman y sus colegas en la University of Sydney y Westmead Hospital, Sydney Australia, y el Neuropsychiatric Institute, Fargo, ND, señalan que el riguroso monitoreo y los suplementos nutricionales adicionales pueden evitar el síndrome de realimentación. Además, estas medidas pueden acortar las estancias hospitalarias de los pacientes con AN (*Front Psychol.* 2018; 9:1097)

Pero, ¿hay posibles repercusiones psicológicas de la realimentación rápida y el posterior aumento de peso? Al observar la falta de investigación en esta área, el Dr. Kezelman y sus colegas diseñaron un estudio para comprender los síntomas de ansiedad y otras experiencias psicológicas entre los pacientes con AN, durante los estados graves de rehabilitación nutricional. El estudio se realizó entre 31 mujeres adolescentes que se presentaron en una unidad médica especial para adolescentes en Sydney, donde ingresan a la unidad de rehabilitación nutricional, pacientes jóvenes médicamente inestables con desnutrición. El índice de masa corporal promedio (kg/m²) para el grupo fue de 16.3 al ingreso.

Al ingreso, los pacientes comenzaron con una alimentación nasogástrica continua, a 2,400 kcal/día durante las primeras 24 horas. Bajo un cuidadoso monitoreo, los pacientes comienzan a tomar suplementos de fosfato y multivitamínicos. Una vez que están médicamente estables, reciben alimentación nasogástrica solo durante la noche y esto se reduce a medida que aumenta la alimentación oral. Luego, cada paciente avanza a través de un plan de comidas que aumenta en 5 pasos, comenzando a 1800 kcal/día y conduciendo a una ingesta oral máxima de 3,800 kcal/día. Como explican los autores, cada plan de realimentación está diseñado individualmente de acuerdo con las necesidades médicas del paciente. El plan se revisa tres veces por semana y todas las comidas son supervisadas por personal de enfermería capacitado.

Cambios importantes en el peso no afectaron la depresión ni la ansiedad.

Los autores no pudieron encontrar evidencia de una relación entre el peso y la ansiedad y los cambios significativos en el mismo. Estos hallazgos fueron consistentes con las conclusiones de un estudio anterior realizado por la autora y sus colegas (*J Eat Disord.* 2015; 3: 7) Los autores también notaron que, aunque dos tercios de los pacientes jóvenes estaban recibiendo una medicación antipsicótica, esto no interactuaba con las reducciones observadas en la ansiedad. Sus hallazgos "pueden desafiar la administración cada vez más rutinaria de medicamentos antipsicóticos en esta población", según los autores. Solicitan una búsqueda futura con un seguimiento más prolongado, para investigar más a fondo este hallazgo.

Los hombres en las instalaciones de tratamiento para

los trastornos alimentarios.

Un cambio bien intencionado en Gran Bretaña no funcionó bien en instalaciones de tratamiento para trastornos alimentarios.

En 2010, el Departamento de Salud del Reino Unido (DOH, por sus siglas en inglés) estableció pautas para que todos los hospitales eliminen las salas de género mixto, en un esfuerzo por preservar la privacidad y la dignidad de los pacientes. Sin embargo, esto plantea un problema para los pacientes en servicios especializados en trastornos alimentarios, según la Dra. Akira Fukutomi y sus colegas. Dado que existe una baja prevalencia de varones (u hombres) en relación a las mujeres en los entornos de tratamiento para trastornos de la alimentación, los hombres pueden tener dificultades para encontrar una cama para trastornos de la alimentación, según las pautas del DOH.

La Dra. Fukutomi y sus colegas investigadores diseñaron un estudio para descubrir si se cree que los alojamientos de género mixto en las unidades de trastornos alimentarios son útiles o no para la recuperación y si los hombres estaban siendo discriminados por la eliminación de este tipo de unidades. Los autores se pusieron en contacto con las 32 unidades de tratamiento de trastornos alimentarios para pacientes hospitalizados acreditadas en la Quality Network for Eating Disorders (*BJPsych Bulletin*. 2018. p. 1; doi: 10.1192 / bjb. 2018.51) También se pidió a los pacientes hospitalizados que dieran retroalimentación sobre su experiencia en entornos de género mixto.

Treinta y ocho profesionales de los trastornos alimentarios registrados en la red QED respondieron desde 26 unidades diferentes de trastornos alimentarios, en todo el Reino Unido. Hubo un acuerdo general en que las unidades de trastornos de la conducta alimentaria debían de ser salas de género mixto, lo que era más fácil para garantizar la seguridad y la dignidad en mismas. La mayoría no pensaba que las unidades de género mixto discriminaban a las mujeres, así como que tampoco, que ser un paciente masculino fuera perjudicial para el cuidado del mismo.

Lo que pensaban los pacientes

Cincuenta y tres pacientes (46 mujeres, 7 hombres) de 7 unidades de tratamiento de TCA respondieron a la encuesta de los autores. Cuarenta y un participantes (92%) habían ingresado en una unidad de género mixto y 29 (56%) habían sido tratados en entornos de género único y mixto. La mayoría de los pacientes que agregaron comentarios opcionales y libres en una caja, estaban a favor de tener una unidad de género mixto. Muchos notaron que tener una unidad mixta los reconectaba con el mundo exterior y que las unidades mixtas eran saludables para las dinámicas. Solo 3 pacientes encuestados tuvieron sentimientos negativos hacia unidades mixtas; 2 pacientes femeninas y 1 paciente masculino. El paciente masculino se sintió aislado y ligeramente intimidado, porque al ser el único hombre señaló: "Muchos grupos estaban orientados hacia las mujeres".

Como resultado de la encuesta, los autores desarrollaron varias pautas para las salas de género mixto, que incluyen:

- Se ha realizado una evaluación de riesgos para asegurarse de que el paciente masculino no represente un riesgo para las pacientes femeninas.
- Los pacientes varones tienen habitaciones individuales con baño y servicios de aseo, si es posible.
- Los pacientes no tienen que caminar por un área para dormir o un baño ocupado por una persona de otro género.
- Una sala de día sólo para mujeres está disponible.

Estimulación Magnética Transcraneal para Anorexia Nervosa.

Un estudio piloto muestra beneficios prometedores, sin los efectos duraderos de la terapia electroconvulsiva (ECT, por sus siglas en inglés)

Dada la falta de tratamientos altamente efectivos para adultos con anorexia nerviosa (AN), existe un interés natural en probar estrategias utilizadas para otras condiciones refractarias al tratamiento. Un ejemplo es la estimulación magnética transcraneal (TMS, por sus siglas en inglés), que se ha aplicado a la depresión. En lugar de medicamentos, utiliza campos magnéticos no invasivos para estimular las células cerebrales de una manera que reduce los síntomas de la depresión. La TMS difiere de la terapia electroconvulsiva (ECT) en que no requiere anestesia, no implica una convulsión y está libre de los efectos cognitivos duraderos que pueden ocurrir ocasionalmente después de la ECT. Un estudio reciente de Dalton y sus colegas (*BMJ Open*. 2018; 8: E021531) describe los resultados de un ensayo piloto de TMS en la anorexia nervosa.

Un estudio comparativo muestra los beneficios y algunas limitaciones de TMS.

El estudio incluyó a 17 personas que recibieron TMS activo y 17 personas a las que se les administró una simulación de TMS similar a placebo (un procedimiento que no se espera proporcione ningún beneficio). Las mediciones incluyeron cambios en el índice de masa corporal (IMC; kg/m^2) a lo largo del tiempo, así como medidas del estado de ánimo, síntomas de trastornos alimentarios y calidad de vida. También se proporcionó tratamiento estándar para los trastornos de la conducta alimentaria. Se administraron un total de 20 sesiones de tratamiento durante un mes y el objetivo del mismo fue la corteza prefrontal dorsolateral izquierda. Es importante destacar que esta es la región del cerebro típicamente dirigida en el tratamiento de la depresión mayor.

Los resultados muestran pequeños efectos para el IMC y las puntuaciones globales del Eating Disorder Examination, con una mejora ligera en la condición activa que en la condición simulada. Se observaron cambios mayores en la calidad de vida, y particularmente en el estado de ánimo, favoreciendo ambos el tratamiento activo.

Los autores señalan correctamente que éste es un estudio piloto y que estudios más amplios de TMS ciertamente estarán justificados en función de estos resultados. Es interesante notar que cuando un área generalmente vinculada con el estado de ánimo fue atacada con TMS, los cambios más prominentes se observaron en este aspecto. Esto puede no ser sorprendente, y ciertamente es algo que se puede ver con otros tratamientos para la AN, pero los cambios asociados con el TMS superan a los asociados con la condición simulada. Una limitación del TMS es que no puede dirigirse fácilmente a tratamientos profundos en el cerebro y algunos objetivos lógicos en personas con AN serían relativamente profundos. No obstante, este trabajo claramente necesita una mayor exploración, ya que promete aumentar el tratamiento de la anorexia nerviosa.

Ejercicio compulsivo y sus resultados en adultos con trastornos de la alimentación.

En un estudio, los motivos y la cantidad de ejercicio fueron comparados entre pacientes y controles sanos.

Dos estudios recientes en Suecia y Alemania han echado otro vistazo al ejercicio compulsivo (CE, por sus siglas en inglés) y sus efectos en el trastorno alimentario,

En el estudio más grande hasta la fecha sobre los efectos del ejercicio compulsivo (CE) y los trastornos de la conducta alimentaria, los investigadores suecos han evaluado una autoevaluación sobre el CE entre más de 9,000 pacientes adultos con trastornos de la alimentación (*J Eat Disord.* 2018; 6:11)

Utilizando los datos, de la base de datos clínica Stepwise, para la gama completa de tratamientos especializados para los trastornos alimentarios en Suecia y el *Structured Eating Disorder Review* y el *Eating Disorder Examination* (EDE, por sus siglas en inglés), el Dr. Elin Monell y sus colegas encontraron que el ejercicio compulsivo es un síntoma transdiagnóstico en casi la mitad (48%) de los pacientes. En general, aquellos que habían iniciado el seguimiento mientras utilizaban el ejercicio compulsivo tenían tasas de remisión mucho más bajas que los pacientes que habían dejado de realizarlo en ese momento o nunca lo habían usado. La restricción también fue mayor entre los hombres y las mujeres que utilizaron activamente el ejercicio compulsivo. El resultado del trastorno alimentario no estuvo ligado a la presencia del ejercicio compulsivo, una sorpresa para los autores.

Un segundo estudio: marcadas diferencias entre controles y pacientes.

La Dra. Sandra Schlegl y sus colegas de la Universidad de Munich diseñaron recientemente un estudio de 226 pacientes hospitalizadas y 109 controles sanos para evaluar la motivación y los factores que podrían ayudar a predecir a los pacientes con riesgo de un ejercicio compulsivo (*J Eat Disord.* 2018; 6:17)

Los autores encontraron que los pacientes con anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) se ejercitaron, significativamente, más horas por semana y mostraron un mayor ejercicio compulsivo que los controles sanos, por lo que se observaron diferencias entre los dos tipos de trastornos de la conducta alimentaria. Las motivaciones diferían entre los dos grupos: los pacientes estaban motivados por el disfrute del ejercicio, el desafío, el reconocimiento de los demás y el control del peso. En contraste, los controles saludables usaban el ejercicio para evitar enfermedades y hacer amigos.

Los autores sugieren que las futuras investigaciones, sobre el ejercicio compulsivo se centren no solo en los pacientes con AN, sino también en aquellos con BN.

Preguntas y respuestas

¿Se pasa por alto los trastornos alimentarios en niños?

P: Hemos estado leyendo acerca de casos de trastornos alimentarios en niños de edades aún más tempranas. ¿Hay alguna buena guía general para ayudar a los clínicos en instituciones médicas generales a identificar a estos pacientes jóvenes? (**DN, Austin, TX**)

R: La rareza de la anorexia nerviosa en pacientes jóvenes hace que el diagnóstico sea impreciso, especialmente entre los médicos de atención primaria, como se muestra en un informe reciente del Dr. Emel A. Berksoy y los clínicos (*Nutr Hospitalaria.* 2018; 35: 499).

Los investigadores describen el caso de un niño de 8 años con AN, cuyo diagnóstico fue omitido por varios pediatras y médicos de familia antes de que se descubriera la verdadera causa de sus síntomas. Fue ingresado en el hospital después de una fatiga extrema y falta de apetito. Era caquético y no podía pararse. Se encontró que su índice de masa corporal era 11.2 mg/kg². Los resultados de las pruebas celíacas y otras pruebas gastroenterológicas fueron normales.

El avance se produjo el tercer día, cuando el niño fue atendido en la clínica psiquiátrica para

adolescentes. El paciente tenía un alto nivel de ansiedad, no quería dejar a su madre y no quería hablar sin que se lo pidieran. El joven paciente luchó con la imagen de su cuerpo y no comía por la tarde, por temor a "engordar".

Basado en el *DSM-5*, finalmente se le diagnosticó AN, depresión infantil y trastorno de ansiedad por separación. Le recetaron 10 mg de fluoxetina y 25 mg de olanzepina por día y en este régimen comenzó a tomar nuevamente la nutrición líquida. Su peso alcanzó los 18 kg.

Finalmente, volvió a la escuela y estaba jugando los juegos que alguna vez había disfrutado. Nuestros colegas que trabajan fuera del campo de los trastornos alimentarios pueden tener dificultades para diagnosticarlos, especialmente si la presentación es inusual o inesperada (en este caso, un niño de 8 años y un varón). Descartar los problemas médicos es muy razonable, pero este caso nos recuerda la necesidad de recomendar a los colegas que indaguen cómo haríamos con respecto a los comportamientos y pensamientos del trastorno alimentario.

— SC

Reimpreso para: *Eating disorders Review*

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com