
Eating Disorders Review

Noviembre/Diciembre 2019

Volumen 30, Número 6

Scott Crow, Editor en Jefe

Hospitalización involuntaria para la Anorexia Nervosa

Por **Mary K. Stein, Jefa de redacción**

Uno de los aspectos más desalentadores de la anorexia nerviosa surge cuando una paciente rechaza el tratamiento a pesar de estar gravemente enferma. Debido a la naturaleza egosintónica de AN, una paciente puede sentir que el "trastorno" es una parte de ella y no quiere que desaparezca.

La admisión y el tratamiento involuntarios son particularmente controvertidos para los pacientes con trastornos alimentarios, particularmente para aquellos con AN, el desorden alimentario más mortífero. Incluso si el trastorno pone en riesgo la vida, los pacientes a menudo se niegan a ser hospitalizados y sólo son admitidos para el tratamiento después de la presión de los clínicos, amigos, maestros o empleadores (*Am J Psychiatry*, 2007; 164:108) Como señalan Schreyer y sus colegas, las directrices éticas exigen que los clínicos proporcionen una atención que beneficie a los pacientes, evite el daño y mejore la autodeterminación, pero el rechazo del tratamiento por parte de los pacientes gravemente enfermos con AN, presenta un dilema ético, ya que al mismo tiempo no es posible mantener estos principios básicos. (*Int J Eat Disord*. 2016; 49:407)

Continúa el intenso debate sobre el tratamiento obligatorio de pacientes gravemente enfermos con AN. Numerosos estudios han tratado de aclarar u ofrecer pautas para admitir a estos pacientes o para encontrar atención alternativa.

Desafíos clínicos, medicolegales y éticos

La admisión para el tratamiento plantea desafíos clínicos, médicos y éticos, según el Dr. Terry Carney y sus colegas (*Psych Clin N Am*. 2019; 42:299) Los autores señalan que hay pocos estudios que involucren un número relativamente pequeño de pacientes y éstos muestran que la restauración de peso a corto plazo salva a los pacientes, ayudándolo a recuperarse de manera importante. Sin embargo, el seguimiento a largo plazo establece que sus resultados son considerablemente peores que para los pacientes que buscan voluntariamente tratamiento. Los pacientes que son admitidos involuntariamente para recibir tratamiento también son mucho menos propensos a buscar atención después de ser dados de alta. Por lo tanto, la admisión involuntaria puede ser inútil o contraindicada para algunas personas con AN grave y duradera; estos pacientes tienen deficiencias en la calidad de vida que pueden ser iguales a las que se ven en pacientes con depresión o esquizofrenia. La experiencia de Guardia y sus colegas con la admisión voluntaria de 139 pacientes con trastornos alimentarios en el programa de Johns Hopkins University's de trastornos de la conducta alimentaria proporciona información interesante (*Am J Psychiatry*. 2007; 164:106) Muchos de estos pacientes sintieron que habían sido coaccionados para recibir tratamiento. La edad promedio de los pacientes fue de 25 años, el 55% tenían AN y la percepción de coerción era más fuerte entre los 35 pacientes menores de 18 años que entre los otros 104 pacientes adultos.

Un desafío medicolegal y de derechos humanos

La edad es un argumento importante para las consideraciones medicolegales, según el Dr. Carney y sus compañeros de trabajo.

El tratamiento involuntario de un adolescente con AN se rige por las mismas leyes que se aplican a otras decisiones importantes; se requiere el consentimiento de los padres según se define en el "common law". Las leyes también difieren según la ubicación y por definición, por ejemplo, en Israel y algunas partes de Australia, AN no califica como una enfermedad mental que justifica la admisión y el tratamiento involuntarios de salud mental.

Tres formas de tratamiento involuntario están autorizadas por las leyes de internamiento civil en 46 estados y el Distrito de Columbia. Dos formas de internamiento involuntario están disponibles en Connecticut, Maryland, Massachusetts y Tennessee, donde aún no se ha adoptado un tratamiento ambulatorio ordenado por la corte.

Un estudio de 75 admisiones a un programa australiano especializado en anorexia durante casi 5 años proporcionó información útil (*Int J Psychiatry Relat Sci.* 2006; 43:159) Veintisiete admisiones se hicieron bajo el internamiento de salud mental por las órdenes de tutela de adultos; 7 admisiones consideradas bajo coacción dieron lugar a que los pacientes aceptaran admisiones informales, tras una iniciación "estratégica" y el abandono de recurrir a la justicia. Algo más de un tercio (36%) de las admisiones fueron para pacientes menores de 20 años y sólo un tercio de éstas ocurrieron como eventos únicos; una cuarta parte tenía cuatro o más ingresos para el tratamiento. Tres cuartas partes de los pacientes tenían comorbilidades y un tercio tenía 2 o más. Alrededor del 40% de las admisiones fueron por menos de 3 semanas (promedio: 49 días)

Algunas características del paciente sugirieron que la coerción era necesaria, como la edad temprana en el ingreso, un índice de masa corporal críticamente bajo (IMC, kg/m²), múltiples admisiones previas y condiciones comorbilidades.

Ni el género ni el tipo de AN fueron significativos en este estudio; se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el uso de la coerción y el síndrome de realimentación, el uso de alimentación por sonda y salas cerradas. La admisión coaccionada también estaba ligada a IMC críticamente bajos. Cerca del 28% de los pacientes tenían un IMC inferior a 12 cuando fueron admitidos; casi dos tercios de esa muestra tenía un IMC inferior a 14.

Múltiples admisiones previas también fueron un indicador de coerción. Según los autores, los pacientes coaccionados (80%) son más propensos que los pacientes voluntarios (57%) a ser admitidos antes para el tratamiento de AN o condiciones relacionadas. Más de un tercio de los pacientes coaccionados habían sido ingresados 6 o más veces antes, en comparación con 1 de cada 10 de los pacientes admitidos voluntariamente.

El estado médico a menudo grave (IMC generalmente 10-12) y la presencia del síndrome de realimentación coloca a los clínicos bajo presión para tomar medidas para evitar que el paciente se enferme gravemente e incluso se enfrente a la muerte.

Persuadir a los pacientes de que están gravemente enfermos y médicamente comprometidos es un desafío más porque aunque no desean morir, muchos de ellos no tienen la "insight" para entender la grave amenaza para su supervivencia. Debido a la naturaleza de la AN y a la posibilidad de una atrofia cerebral, la mayoría de los pacientes resistirán cualquier intento de realimentación. Luego, los clínicos se enfrentan a minimizar los sentimientos de ira o a la ruptura de la relación terapéutica.

Quedan muchas preguntas que deben abordarse, cómo hacer que el internamiento salud mental puede ser más productivo y aceptable para los pacientes. Otras preguntas incluyen: ¿cuánto tiempo se debe

internar a un paciente y cómo se puede monitorear el tratamiento a través de protecciones de defensa? Psiquiatras Drs. Athanasios Douzenis y Ioannis Michopoulos, de la University of Athens, Greece, concluyeron que en algunos casos, el tratamiento involuntario puede salvar la vida de los pacientes jóvenes con AN, pero en otros casos puede romper la relación terapéutica y llevar a abandonar dicho tratamiento (*Int J Law and Psychiatry*. 2015;39:31) No existe un consenso científico sobre el curso de acción correcto. En última instancia, los autores señalan: "Es el clínico quien tiene que decidir para quién y cuándo aprobar o no el tratamiento involuntario".

(Véase también un excelente artículo, "Tratamiento involuntario de pacientes con trastornos alimentarios", de Watson, Bowers y Andersen en la edición de marzo/abril de *EDR*, volumen 12, número 2)

Desde el escritorio

Los miembros de nuestro Consejo Editorial son un grupo de expertos en trastornos alimentarios que trabajan silenciosamente entre bastidores para ayudarnos a proporcionar información precisa y actualizada a los lectores de *EDR*. Nuestros miembros del Consejo también escriben artículos principales y sugieren autores, así como miembros de interés, incluso mientras se mantienen al día con sus vidas académicas, de investigación y prácticas ocupadas.

Este mes nos despedimos a regañadientes de Kathryn J. ("Kassy") Zerbe, miembro del Consejo desde hace mucho tiempo. Kassy, que tiene un consultorio privado en Portland, Oregón, es profesora de Psiquiatría en Oregon Health and Science University. Su práctica incluye psicoterapia a largo plazo, psicoanálisis, consultas a corto plazo y supervisión de profesionales de salud mental. Kassy es miembro distinguido de la American Psychiatric Association y tiene un interés especial en los trastornos alimentarios entre los adultos y las mujeres mayores. Los lectores recordarán sus excelentes artículos sobre trastornos alimentarios en la mediana edad en números anteriores de *EDR*. Es autora de *The Body Betrayed and Integrated Treatment of Eating Disorders: Beyond the Body Betrayed*, así como muchos capítulos de libros y artículos, por nombrar sólo algunas de sus actividades en el mundo de los trastornos alimentarios. Kassy seguirá con su práctica, escribiendo y enseñando, pero se concentrará en otras áreas además de los trastornos alimentarios. La echaremos de menos pero no estaremos lejos.

— MS



Kathryn J. Zerbe, MD

Actualización: Legislación busca mejorar el tratamiento de los trastornos alimentarios entre los militares

Los senadores de la Comisión de Servicios Armados presentaron el 23 de octubre una legislación bipartidista que ampliaría el acceso al tratamiento de los trastornos alimentarios para los miembros del servicio, sus familias y los jubilados.

El proyecto de ley propuesto, el "Supporting Eating Disorders Recovery Through Vital Expansion Act", o SERVE, es similar al presentado el pasado mes de mayo por los veteranos de combate y miembros de la Cámara de Representantes Brian Mast (R-Florida) y Seth Moulton (D-Massachusetts) SERVE requeriría que los líderes militares reciban capacitación para reconocer los signos de trastornos de la alimentación en los miembros del servicio y ampliar la cobertura para la atención.

La legislación también requeriría que Tricare, el plan de seguro médico militar, cubra los servicios de hospitalización o residenciales, la hospitalización parcial y los servicios intensivos para pacientes externos o ambulatorios en instalaciones certificadas por el programa militar de salud que puedan demostrar que sus programas de tratamiento son efectivos. El proyecto de ley también busca prestar servicios a familiares de militares "sin importar la edad del dependiente".

Aunque los diagnósticos de trastornos alimentarios entre el personal en servicio activo siguen siendo relativamente raros, tienen graves consecuencias para quienes luchan con ellos. Entre 2013 y 2017, a 1,788 miembros en servicio activo se les diagnosticó un trastorno alimentario, ya sea AN, BN o un trastorno alimentario no especificado, de acuerdo con los informes de Armed Forces Health Surveillance Branch. La tasa entre las mujeres militares era 11 veces superior a la de los hombres. Las mujeres blancas de 20 a 24 años de edad tenían el mayor riesgo de desarrollar trastornos alimentarios (*Medical Surveillance Monthly Report*, June 2018).

Las mujeres infantes de marina tenían la tasa más alta de trastornos alimentarios diagnosticados, casi el doble de la de los demás servicios militares, con un 20.4 por cada 10.000 personas. El Ejército quedó en segundo lugar, con 11.9 por 10.000, la Marina en tercer lugar, con 11.4 por 10.000, seguida por la Fuerza Aérea, con 10.4 por 10.000.

¿Se puede reducir el riesgo de fractura en la AN con hormonas suprarrenales?

La edad del paciente juega un papel importante.

Establecer y mantener huesos sanos es un tema importante para todos y en particular para las adolescentes con anorexia nerviosa, donde el trastorno reduce la densidad mineral ósea (DMO) y la fuerza esquelética, lo que aumenta drásticamente el riesgo de fracturas futuras. Este riesgo es sorprendente: un paciente con AN tiene una incidencia 7 veces mayor de fracturas en varios sitios que un adolescente sano promedio. Parte de esto tiene que ver con el cierre retrasado de las fisises. La placa de crecimiento, o fisis, es el disco cartilaginoso translúcido que separa dos partes principales de un hueso largo (la epífisis y la metafisis) y es donde se produce el crecimiento longitudinal de los huesos largos. La pérdida de DMO y la fuerza esquelética en estos pacientes jóvenes se cree que es irreversible y aún no se han descubierto terapias eficaces.

La Dra. Amy D. DiVasta y sus colegas recientemente intentaron contrarrestar la pérdida de DMO en pacientes adolescentes con AN mediante el uso de suplementos de la hormona suprarrenal. Los autores diseñaron un estudio aleatorio de 12 meses controlado con placebo a 70 niñas de 11 a 18 años (*J Adolesc Health*. October 2019. 65:462) Los autores plantearon la hipótesis de que prescribir dos hormonas suprarrenales, la dehidroepiandrosterona (DHEA) y la terapia de reemplazo de estrógeno (ERT), podría retrasar o al menos interferir con la pérdida de DMO entre estos pacientes jóvenes. Los autores siguieron los cambios con mediciones seriadas de DMO con absorciometría de rayos X de energía dual (DEXA) y tomografía computarizada cuantitativa periférica (pQCT) de la tibia. También incluyeron las pruebas de función hepática cada seis meses y un perfil de lípidos al inicio y al final del estudio.

Setenta y seis adolescentes mujeres se inscribieron en el estudio y fueron asignadas al azar a terapia hormonal o placebo. A aquellos en el brazo de tratamiento (n=35) se les dio DHEA micronizada oral (50 mg diarios) durante los primeros 3 meses, para minimizar los efectos secundarios relacionados con el estrógeno. Luego recibieron 9 meses de DHEA y ERT (20 ug ethinyl estradiol/0.1 mg levonorgestrel) El otro grupo (también num.= 35) recibió un placebo durante los 12 meses del estudio. Todos los participantes fueron evaluados a los 3, 6, 9 y 12 meses y se les aconsejó a todos tomar una dosis diaria de calcio (1300 mg) y vitamina D (400 UI) Si los participantes tenían deficiencia de vitamina D al inicio, recibieron una dosis de tratamiento de 2000 UI de vitamina D3 diariamente durante 3 meses. Todas las participantes también tuvieron mediciones adicionales de la estatura y el peso, estableciéndose puntuaciones de IMC-Z para cada niña.

La DMO no mejoró en pacientes más jóvenes

Para los adolescentes con AN y fisis abierta, la combinación de los suplementos de DHEA y ERT no mejoró la densidad ósea, la geometría o la fuerza en comparación con los adolescentes en el grupo de control. La atenuación de la pérdida ósea y el aumento de la fuerza ósea se limitó a los adolescentes mayores y a los adultos jóvenes.

En este estudio, los autores reclutaron sólo a niñas que eran posmenarquéicas o que tenían una edad ósea de al menos 13 años. Basándose en sus estudios anteriores, esperaban que estas niñas ya habrían pasado por su período de crecimiento acelerado, estarían ahora en la fase de desaceleración y habrían alcanzado el 96% de su estatura final. Las adolescentes mayores y las mujeres jóvenes en los estudios previos de los autores habían detenido la pérdida ósea determinada por las exploraciones DEXA y habían mejorado después de 18 meses del mismo régimen de ERT.

Cerca de la mitad de las participantes en este estudio tuvieron al menos una fisis abierta mostrada en la resonancia magnética y, en estas niñas, el régimen de suplementación suprarrenal no fue benéfico.

Los autores agregaron que si la AN se produce antes de la pubertad, se obtienen efectos esqueléticos más profundos, especialmente una actividad osteoblástica comprometida con menores mediciones de DMO tanto en el esqueleto axial como en el apendicular. Por el contrario, los pacientes con inicio de la AN durante la edad adulta tienen más probabilidades de tener déficits óseos sólo en el esqueleto axial.

Los autores concluyeron que los suplementos de DHEA y ERT fueron ineficaces para las mujeres jóvenes con AN y fisis abierta y que otras estrategias, como el uso de estrógeno transdérmico, deben ser consideradas para estas pacientes generalmente más jóvenes, además de la atención estándar, incluyendo apoyo médico, nutricional y psicológico.

Mortalidad en la Bulimia Nervosa

Un estudio destaca los riesgos de una enfermedad cardíaca y de muerte con BN.

Se sabe que el riesgo de mortalidad es elevado en personas con anorexia nerviosa. Si esto también es cierto para las personas con BN es menos claro; algunos estudios han mostrado mayores riesgos que otros y en general hay menos investigación sobre la mortalidad en la BN. Además, no está claro si representa un aumento en el riesgo médico o un riesgo de suicidio (o ambos). Un estudio reciente de Quebec muestra que el riesgo de enfermedad cardíaca y de muerte es elevado en las personas con BN. En este estudio, Tith et al. (*JAMA Psychiatry*, published online, October 16, 2019) examinaron a 818 mujeres hospitalizadas por BN. Alrededor de 415.000 mujeres hospitalizadas por razones relacionadas con el embarazo se utilizaron como grupo de comparación. Todos los participantes fueron seguidos durante 12 años.

Aumento de los riesgos identificados

Los resultados mostraron que hubo un aumento de 4.25 veces en el riesgo de enfermedad cardíaca, y de 4.7 en de morir en general. Los autores señalan una advertencia: los participantes estaban en el hospital para el tratamiento de la BN. La hospitalización para el tratamiento de la BN no es frecuente, lo que sugiere que estos pacientes estaban gravemente enfermos.

Estos son resultados importantes que enfatizan la magnitud de los riesgos relacionados con el BN. También tienden a cuestionar las ideas prevalecientes sobre la menor gravedad del BN en lugar de AN. Por último, parecen ser un fuerte argumento para presionar a fin de identificar la presencia de BN lo antes posible. Sabemos por experiencia que las personas con BN a menudo se presentan por primera vez en el tratamiento de 3 a 5 años después de la aparición de los síntomas, pero parece muy poco probable que los riesgos médicos se retrasen de manera similar.

Los efectos de los trastornos alimentarios a largo plazo y el deterioro cognitivo

La percepción y la memoria no verbal empeoraron con el tiempo.

Los trastornos alimentarios suelen provocar numerosos problemas sociales, físicos, familiares y psicológicos similares a los que se observan en la esquizofrenia o los trastornos del estado de ánimo. ¿Es la disfunción cognitiva parte de este panorama?

El Dr. Antoni Grau y un equipo de la University de Barcelona y de la ITA Foundation, Barcelona, España, encontraron recientemente una asociación positiva entre el deterioro cognitivo y la duración de los trastornos alimentarios. Esto fue particularmente marcado en la cognición, incluyendo la percepción y la memoria no verbal (*Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2019. 15:1329)

Para probar su hipótesis sobre los efectos de los trastornos alimentarios a largo plazo y el deterioro cognitivo, el Dr. Grau y sus colegas estudiaron dos grupos clínicos de mujeres reclutadas en el Instituto de Trastornos Alimentarios de Barcelona, uno de los principales programas de tratamiento de los trastornos alimentarios en España. El primer grupo clínico incluyó a 41 mujeres que tenían trastornos alimentarios de menos de 2 años; el segundo grupo clínico estaba compuesto por 41 mujeres con trastornos alimentarios crónicos o a largo plazo, definidos como trastornos que duraban más de 10 años. Se incluyeron dos grupos de control de 33 mujeres de la comunidad cada uno, divididos por edad media: (grupo junior, 21 años de edad, y grupo senior, 31 años de edad). Todas las mujeres completaron una serie de pruebas, incluyendo la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Mental Disorders* (SCID-1) y una serie de 8 pruebas neuropsicológicas.

Se observaron pocas diferencias en los grupos, al principio

Los grupos clínicos y los grupos de control emparejados fueron similares en términos de edad, años de desarrollo de trastornos alimentarios y educación, excepto que las mujeres en el grupo de trastornos alimentarios a corto plazo no habían progresado más allá de los estudios secundarios de seguimiento de lo que era cierto para los otros tres grupos de estudio. Las mujeres del grupo de trastornos alimentarios a largo plazo los habían padecido durante una media de 14.8 años, mientras que las del grupo corto plazo por poco más de un año. Los resultados también mostraron que casi la mitad de las mujeres en ambos grupos clínicos tenían comorbilidades psiquiátricas (54% en el grupo de larga duración, 39% en el grupo de corta duración) El deterioro cognitivo fue más común en las mujeres con trastornos alimentarios a largo plazo, en particular para la percepción, la flexibilidad cognitiva y la memoria no verbal.

Los hallazgos subrayan la importancia de considerar el efecto de la duración de un trastorno alimentario sobre sus complicaciones. Los autores señalan que la inflexibilidad cognitiva observada en el grupo con trastornos alimentarios a largo plazo, caracterizados por un estilo de alimentación rígido y estereotipado basado en reglas de idiosincrasia, puede ser menos probable que mejore con la terapia y puede empeorar el pronóstico. Los estudios futuros sobre el curso de la disfunción cognitiva de las personas con trastornos alimentarios podrían añadir nuevos conocimientos sobre el deterioro cognitivo y dirigirnos hacia las intervenciones. Algunas terapias prometedoras, como la terapia de remediación cognitiva, que se utiliza para mejorar las capacidades neurocognitivas como la atención, la memoria de trabajo, la flexibilidad cognitiva y la planificación, así como el funcionamiento ejecutivo, también podrían revertir algunos de los déficits cognitivos y añadir información más útil sobre el desarrollo y mantenimiento del trastorno alimentario.

Diabetes y Trastorno por Atracón

Los investigadores recomiendan realizar una mejor detección de la alimentación desordenada.

Durante mucho tiempo ha habido interés, acuerdos y desacuerdos, sobre la co-ocurrencia de los trastornos alimentarios y la diabetes. Como se señaló en un editorial en un número especial del *Journal of Eating Disorders* en Julio (*J Eat Disord.* 2019; 7:27), las mujeres con diabetes mellitus tipo 1 (T1DM, por sus siglas en inglés) tienen más del doble de riesgo de desarrollar un trastorno alimentario que las mujeres sin T1DM (*Br Med J.* 2000;320:1563) Una serie de informes recientes han tratado de aclarar las conexiones entre T1DM y diabetes mellitus tipo 2 (T2DM, por sus siglas en inglés) y factores que pueden aumentar el riesgo de desarrollar atracones.

Todavía se están investigando las razones del mayor riesgo de trastornos de la conducta alimentaria entre las mujeres con T1DM. La depresión y los cambios en el índice de masa corporal, o IMC, pueden desempeñar un papel. Algunos aspectos del control de la diabetes también pueden aumentar el riesgo de trastornos alimentarios. Por ejemplo, el control implica un enfoque en la ingesta de carbohidratos y el tamaño de las porciones, que pueden ser pensamientos rígidos paralelos sobre los alimentos, el peso y la imagen corporal a menudo reportados por las mujeres con trastornos alimentarios. Estos conceptos básicos del tratamiento pueden conducir a sentimientos de privación, resentimiento y vergüenza, así como a los atracones. Además, los desafíos de mantener valores relativamente bajos de hemoglobina A1c (que pueden disminuir el riesgo de complicaciones de la diabetes mellitus) pueden ser desalentadores para los pacientes. Tal objetivo puede parecer inalcanzable para algunos pacientes y puede llevarlos a renunciar al automanejo de la T1DM.

Atracones objetivos entre adultos con T1DM

Los atracones objetivos son comunes entre las personas con T1DM y puede afectar negativamente el control glucémico. Un equipo de la Duke University Medical Center examinó precursores emocionales en tiempo real que evalúan el estado de ánimo y el comportamiento de la alimentación utilizando un sistema de encuestas por teléfono (*J Eat Disord.* 2019; 7:7) Los 83 participantes en el estudio, la mayoría de los cuales eran de mediana edad y mujeres (promedio: 42 años de edad; 87% mujeres) fueron impulsados a calificar el afecto momentáneo, incluyendo su nivel de angustia de la diabetes. Las encuestas se realizaron en intervalos aleatorios; también se pidió a los participantes que informaran sobre los episodios de alimentación. Los participantes también usaban monitores de glucosa para que los investigadores pudieran evaluar simultáneamente (y continuamente) el control glucémico.

Los autores reportaron que las personas que tendían a experimentar un afecto negativo y angustia relacionada con la diabetes antes de comer tenían un mayor riesgo de atracones objetivos en la siguiente

comida. Los resultados también sugirieron que los atracones pueden resultar en un afecto negativo posterior aún mayor, incluyendo la angustia de la diabetes, pudiendo conducir a niveles elevados de glucosa en sangre postprandial. Los autores sugieren que las intervenciones centradas en ayudar a las personas a lidiar con las emociones negativas y la angustia de la diabetes pueden ser útiles para incorporarse al tratamiento para el atracón.

Atracones y control glucémico en la diabetes tipo 2

Un equipo de investigadores brasileños liderados por Dr. Marcelo Papelbaum de la Federal University of Río de Janeiro y del State Institute of Diabetes and Endocrinology recientemente siguieron a 70 pacientes consecutivos (18 a 65 años) con T2DM para buscar una relación entre el control glucémico y los atracones (*J Eat Disord.* 2019;7:30) Estudios anteriores han dado resultados inconsistentes, por lo que más datos son de valor.

La muestra del estudio fue mayoritariamente femenina (77%) y casadas (70%), teniendo la mayoría menos de 9 años de educación. El promedio de IMC fue de 30.6. La mitad de los pacientes eran obesos (34.8); 22 con sobrepeso (27.9) y 13 tenían un peso normal (promedio de IMC: 23.6) En general, los participantes habían tenido diabetes por un promedio de 13 años, teniendo altas tasas de neuropatía (22%), retinopatía (42%) y nefropatía (52%); más de la mitad usan insulina regularmente. Se registró un trastorno alimentario en un 20%, siendo el más común el trastorno por atracones, el cual se reportó en la mitad de aquellos que tenían un trastorno de la conducta alimentaria. Tres fueron diagnosticados con bulimia nervosa y 4 con un trastorno alimentario no especificado (TANE), con TA subclínico. La tasa de un trastorno alimentario estaba, definitivamente, relacionada con el IMC: mientras que aquellos con IMC <25 tenían una tasa de trastornos alimentarios del 8%; las personas obesas tenían una prevalencia del 26%.

En este estudio, los niveles de A1c y glucosa en sangre en ayunas (FBG, por sus siglas en inglés) fueron más altos en aquellos con un trastorno alimentario. Sin embargo, después de controlar el IMC, las asociaciones perdieron importancia. Los autores agregaron que al evaluar el control glucémico, los niveles de A1c y glucosa en sangre en ayunas (FBG), éstos pueden comportarse de manera algo diferente. Sin embargo, subrayan que estos niveles miden diferentes aspectos del control glucémico. Los niveles de A1c representan concentraciones medias de glucosa en sangre de 2 a 3 meses. Las mediciones regulares de FBG, que indican un control glucémico agudo, pueden no coincidir con los niveles de A1c, debido a factores tales como el atracón nocturno, que aumenta el FGB, junto con la restricción alimentaria diurna, bajando los niveles de A1c. En general, los hallazgos de los autores coinciden con los de los algunos estudios previos

En general, los hallazgos de los autores coinciden con los de algunos estudios previos que no encontraron una asociación entre la psicopatología de la alimentación y las características clínicas o de tratamiento de la diabetes en general.

Concluyeron que aunque el impacto clínico negativo objetivo de un trastorno de la alimentación en pacientes con T2DM todavía se está estudiando, "es posible especular que la remisión de episodios de atracones podría desempeñar un papel importante en el tratamiento de la diabetes".

El estudio SEARCH para la Diabetes en la juventud.

En este amplio estudio de un grupo diverso de jóvenes y adultos jóvenes con diabetes tipo 1 o tipo 2 que estaban recibiendo terapia con insulina, el Dr. Angel S. Y. Nip y sus colegas evaluaron el control glucémico, la sensibilidad a la insulina y el funcionamiento psicosocial (*Diabetes Care.* 2019; 42:859)

Se identificaron comportamientos alimentarios desordenados en el 21,2% de las personas con T1DM y en el 50,3% de los participantes con T2DM. La mayoría de los participantes tuvieron dificultades para mantener un peso saludable mientras controlaban sus síntomas diabéticos. Hubo algunos síntomas

comunes en las personas con ambos tipos de diabetes, además de la alimentación desordenada, como un IMC significativamente más alto, menor sensibilidad a la insulina, síntomas más depresivos y una peor calidad de vida que aquellos sin comportamientos alimentarios desordenados. Los casos de cetoacidosis diabética fueron más frecuentes en pacientes más jóvenes con T1DM y comportamientos alimentarios desordenados que en aquellos sin este tipo de comportamientos. Este estudio amplio y extenso subraya la alta frecuencia de las personas con diabetes mellitus.

Comer desordenado a un inicio temprano, diabetes a largo plazo en los adolescentes

En otro estudio, la Dra. Christina Baechle y sus colegas del German Center for Diabetes Research, Dusseldorf, Germany, analizó la prevalencia y el curso longitudinal de la conducta alimentaria en la temprana adolescencia, pero relativamente a largo plazo (14.9 años de duración en promedio) de diabetes (*J Adolesc Health*. 2019; Aug 29: epub ahead of print) Buscaban patrones de alimentación desordenados específicos de la edad e indicadores de esos patrones utilizados en una versión adaptada a la diabetes del cuestionario SCOFF. Los autores encontraron una prevalencia general de una alimentación desordenada del 10.8% (1318 observaciones) y un patrón de diferencias específicas de la edad en el prevalencia de los síntomas. El inicio o la persistencia de la conducta alimentaria desordenada fue dos veces más común entre las mujeres que entre los participantes masculinos.

Al igual que los autores de otros estudios, la Dra. Baechle y sus compañeros de trabajo señalaron que los resultados de su estudio subrayan la importancia de la detección periódica de la alimentación desordenada entre adolescentes y adultos jóvenes con diabetes.

Un estudio internacional compara el *ICD-11* y *ICD-10*

En general, muchas mejoras para el diagnóstico de trastornos alimentarios y también algunas sugerencias.

Después de más de 25 años, el 11º *International Classification of Diseases and Related Health Problems*, o el *ICD-11* por sus siglas en inglés, fue actualizado y publicado por el World Health Organization, WHO u Organización Mundial de la Salud, OMS, el pasado Junio. Está previsto que entre en vigor en todo el mundo, el 1 de enero de 2022. La última revisión cambiará muchos códigos y definiciones de la enfermedad y se adaptará mejor para trabajar con las plataformas digitales actuales. El campo de los trastornos alimentarios también se verá afectado, por ejemplo, con la inclusión del trastorno por atracón (BED) y el trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria (ARFID)

Un grupo de trabajo de clínicos de la Federal University de Sao Paulo, Brasil y de la Columbia University, en la ciudad de Nueva York, comparó recientemente las pautas de la propuesta del *ICD-11* para varios trastornos alimentarios con la *ICD-10* (*BMC Medicine*. 2019; 17:93)

El estudio de control de casos basado en viñetas se realizó a través de Internet con una muestra global pluricultural y multidisciplinaria de 2288 profesionales de la salud mental registrados con Global Clinical Practice Network de la OMS. Los investigadores plantearon ocho preguntas de investigación relativas a la adición de ARFID en el *ICD-11*, aclaración del diagnóstico de AN, trastorno por atracón subjetivo y la distinción de BN del TA, independientemente, del peso del paciente. Debido a que TA y ARFID son diagnósticos nuevos en el *ICD-11*, los autores permitieron a los participantes del estudio declarar que el diagnóstico era atípico u otro especificado o no especificado, que no encajaría exactamente en las nuevas descripciones de casos de TA y ARFID, pero que serían los mejores diagnósticos disponibles.

Se encontró una mayor precisión diagnóstica en el *ICD-11*

La Dra. Angélica M. Claudino y su equipo encontraron una mejor precisión diagnóstica para todos los

trastornos alimentarios y de la alimentación en la ICD-11 y el nuevo diagnóstico de trastorno por atracón mejoró el diagnóstico y redujo el uso de "atípicos", "otros no especificados" o "no especificados", que tenían un uso o valor informativo limitado, según los autores.

Los participantes fueron muy precisos al diagnosticar la AN utilizando las directrices *ICD-11* e *ICD-10* (96,6% y 93,7%, respectivamente) Los clínicos que utilizaron las directrices de criterios *ICD-11* pudieron diferenciar con éxito los casos de ARFID de los casos de AN (89.9% contra 80.4%, respectivamente) y el 88.5% de ellos pudieron diferenciar ARFID de ningún otro diagnóstico. La mayoría de los médicos diferenciaron correctamente los casos de BN de TA.

En cuanto a la utilidad clínica de las pautas de diagnóstico de la *ICD-10* y la *ICD-11*, la *ICD-11* fue calificado más favorablemente para cada diagnóstico en términos de lo fácil que eran de usar las categorías de diagnóstico, qué tan bien se ajustaban dichas directrices a la viñeta del caso y cuán claras eran. Al mismo tiempo, los resultados del estudio también subrayaron varias áreas en las que es necesario mejorar las directrices propuestas inicialmente.

Sugerencias de mejora

El grupo de trabajo formuló varias sugerencias. En primer lugar, la definición de la recuperación de AN sigue siendo problemática. Los autores sugirieron que se continuara el diagnóstico de AN hasta que un individuo alcanzara un peso saludable y hubiera dejado de tener comportamientos dirigidos a perder peso sin el apoyo del tratamiento continuo. (Cabe señalar que no se ha establecido empíricamente el mejor límite para la duración de la recuperación necesaria para tal determinación.)

La definición de recuperación en AN se refinó en las directrices finales mediante la adición de calificadores adicionales relacionados con el estado de bajo peso de un paciente. Los investigadores proponen que las personas que se recuperan de AN- que han alcanzado un peso corporal saludable- todavía deben ser considerados de tener AN hasta que se logra una recuperación completa y duradera. La "recuperación completa y duradera" incluyó mantener un peso saludable y detener los comportamientos destinados a reducir el peso corporal durante al menos un año después de que se suspendiera el tratamiento intensivo.

En cuanto a los pacientes con BN, los resultados del estudio indicaron que se necesita más orientación con la inclusión de atracones subjetivos y objetivos al dar un diagnóstico de BN. Recomiendan que en las secciones "Características adicionales" para BN y TA, ya que los episodios de atracón pueden ser "objetivos" o "subjetivos", la característica principal de un episodio de atracón es la experiencia de pérdida de control, en lugar del tamaño del atracón.

Un tercer hallazgo fue que los clínicos tienden a asociar TA con la obesidad, tal vez parcialmente porque la mayoría de las personas que buscan tratamiento para BED tienen sobrepeso. La descripción clínica *ICD-11* de TA indica que el peso no es una característica determinante de este trastorno. Por lo tanto, la obesidad, aunque una consecuencia de TA, debe registrarse por separado.

En general, según los autores, las nuevas directrices de diagnóstico *ICD-11* para los trastornos alimentarios son una mejora significativa con respecto a las enumeradas en el *ICD-10*. Añadieron que las nuevas categorías de TA y ARFID "tienen el potencial de facilitar la organización y la prestación de servicios, así como de lograr mejores resultados clínicos a lo largo del tiempo".

Más sobre el curso de los trastornos alimentarios en los hombres

Las tasas de remisión fueron similares en hombres y mujeres.

En el último número revisamos un estudio observacional de los trastornos alimentarios en hombres y observamos que los datos son todavía relativamente escasos en esta área. Un estudio reciente amplía lo que sabemos sobre el curso de los trastornos alimentarios en los hombres. Strobel y sus colegas describen el resultado a lo largo de 6 a 7 años en hombres con AN (n=119) o BN (n=60), y mujeres emparejadas (*IJED*. 2019:1-12) Los participantes ingresaron al estudio mientras estaban hospitalizados para el tratamiento de trastornos alimentarios en Alemania. Los datos de seguimiento estaban disponibles para el 72% de los hombres con BN y para el 76% de los que tenían AN

Los resultados mostraron muchas similitudes entre hombres y mujeres. La remisión de AN fue igualmente común (40% contra 41%, respectivamente). Sin embargo, las puntuaciones de la subescala EDI fueron más bajas en el seguimiento en los hombres. Las tasas de remisión parecieron similares en aquellos con BN (hombres 44%, mujeres 50%), al igual que los otros resultados. Los autores sugieren que hay una necesidad de investigación adicional, pero observan que los resultados actualmente parecen similares en los dos grupos.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Señales de advertencia y riesgo de suicidio

P. ¿Existe alguna nueva investigación útil sobre el riesgo de suicidio entre los pacientes con trastornos alimentarios que han sido dados de alta de la atención hospitalaria? Uno de mis pacientes, un joven de 22 años con AN, ha expresado su ideación suicida más de una vez. (*J.L., Atlanta*).

R. El suicidio es un riesgo después del alta del tratamiento psiquiátrico, como se ha visto en un gran estudio de cohorte de casi 2.9 millones de pacientes dados de alta de hospitales psiquiátricos en Suecia (*J Clin Psychiatry*. 2019; 80:2) En ese estudio, el riesgo fue particularmente alto entre los hombres con depresión y reacciones de estrés agudo, así como el trastorno de estrés postraumático. Sin embargo, este estudio es algo típico de la literatura psiquiátrica general al excluir del estudio a los que tienen trastornos alimentarios.

Esto es especialmente desafortunado ya que sabemos que el suicidio es la causa principal y muy importante de muerte entre las personas con AN y los pacientes con BN y TA tienen un mayor riesgo de suicidio en comparación con el público en general o aquellos con muchas otras enfermedades psiquiátricas, como se ve en la réplica de la National Comorbidity Survey y en la versión para Adolescentes de esa misma encuesta.

Se necesitan más estudios a largo plazo para identificar señales de advertencia significativas, según el psicólogo A.R. Smith y sus colegas de la Universidad de Miami, Oxford, OH y la Universidad de Auburn, Auburn, AL. (*Curr Opin Psychol*. 2018; 22:63) Smith y sus colegas informaron que entre un cuarto y un tercio de los pacientes con AN, BN o TA han pensado en el suicidio y entre un cuarto y un tercio de los que tienen AN y BN han intentado suicidarse.

Un estudio más reciente de intentos de suicidio entre adultos en los Estados Unidos con trastornos alimentarios de por vida, el *DSM-5* identificó varios factores de riesgo distintos en tipos específicos de trastornos alimentarios (*BMC Medicine*. 2019; 17:120).

Los doctores Tomoko Udo, Sarah Bitley y Carlos Grilo identificaron la prevalencia y la correlación con los intentos de suicidio entre 36,171 encuestados en la National Epidemiological Survey on Alcohol and

Related Conditions (*Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015; 50:1609) También examinaron la prevalencia y la correlación de los intentos de suicidio en los dos subtipos principales de AN, la AN restrictiva y la AN de tipo de atracón/purga.

El análisis de los autores mostró que los intentos de suicidio son comunes entre los adultos estadounidenses con diagnósticos de por vida de AN, BN y TA. Las tasas de intentos de suicidio anteriores fueron: 24.9% para AN, 31.4% para BN y 22.9% para TA. Informaron que las tasas de intentos de suicidio fueron sustancialmente más altas entre los que tenían el tipo de AN atracones/purgas, 44.1%, en comparación con el 15.7% de los que tenían AN del tipo restrictivo.

Los resultados del estudio también revelaron una serie de factores de riesgo de suicidio entre los pacientes con trastornos alimentarios. Por ejemplo, entre aquellos que tenían más de un tipo de diagnóstico de trastorno alimentario de por vida, la prevalencia y las probabilidades de tales intentos fueron del 41.5% y del 10.63%, respectivamente. Parece poco claro si esto se relaciona con un fenómeno de conversión diagnóstica o simplemente representa una duración del efecto de la enfermedad. De hecho, entre los que tenían BN o TA, los antecedentes de intentos de suicidio se relacionaron significativamente con una mayor duración y una edad más temprana al inicio. Los antecedentes de síntomas de TCA que interferían con las actividades

Mejores enfoques para identificar y reconocer el riesgo pueden ayudar a mejorar las estrategias de prevención del suicidio, según el Dr. Udo et al. También expresaron su preocupación por ciertos grupos de adultos con trastornos alimentarios diagnósticos en la población general, como los hombres y las minorías étnicas/raciales, que a menudo no buscan tratamiento. Agregar exámenes de rutina para detectar trastornos alimentarios y antecedentes de intentos suicidas podría hacer mucho para mejorar la planificación del tratamiento y las referencias, y así mejorar la prevención del suicidio.

—SC

Reimpreso para: ***Eating disorders Review***

IAEDP

www.EatingDisordersReview.com