

**INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL EN UNA
PACIENTE CON DESNUTRICIÓN SEVERA**

**NUTRITIONAL TREATMENT'S INFLUENCE ON A PATIENT WITH
SEVERE MALNUTRITION**

Patricia Bolaños Ríos

Correspondencia: Patricia Bolaños Ríos, pbr@tcasevilla.com

Instituto de Ciencias de la Conducta, SCP

C/Fernando IV 24, CP: 41011, Sevilla

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria son complejos y fundamentalmente psicológicos con serias alteraciones nutricionales y complicaciones médicas. Cuando los pacientes que comienzan un tratamiento en una unidad de trastornos alimentarios están desnutridos, el tratamiento nutricional es fundamental. Los objetivos en el tratamiento ambulatorio relacionado con aspectos nutricionales son: la recuperación de un peso mínimo saludable, la normalización de los patrones nutricionales, el establecimiento de una percepción normal de hambre y saciedad y la corrección de las repercusiones biológicas y psicológicas de la desnutrición.

Palabras clave: desnutrición severa, recuperación ponderal, tratamiento nutricional, trastorno de la conducta alimentaria

ABSTRACT

Eating Disorders are complex and fundamentally psychological disorders with a rendering in the eating behavior with serious nutritional alterations and medical complications. When patients who start the treatment in an eating disorder unit are malnourished, the nutritional treatment is indispensable. The objectives of the outpatient treatment relating to nutritional aspects are: the recovery of a healthy minimum weight, the normalization of nutritional patterns, the establishment of a normal perception of hunger and satiety and the correction of biologic and psychological repercussions of malnutrition.

Key words: severe malnutrition, weight recovery, nutritional treatment, eating disorder

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son trastornos complejos y fundamentalmente psicológicos con una manifestación en el comportamiento alimentario, en el cual múltiples alteraciones son producidas (1). Estos trastornos están caracterizados por un patrón nutricional alterado y distorsiones cognitivas relacionadas con los alimentos y el peso corporal, lo que produce serias alteraciones nutricionales y complicaciones médicas (2).

Cuando los pacientes que comienzan el tratamiento en una unidad de trastornos alimentarios están desnutridos, el tratamiento nutricional es fundamental dado que las alteraciones cognitivas y afectivas que son causadas por la desnutrición imposibilitan el tratamiento psicológico o lo dificultan de forma notable (3,4).

Cuando los dietistas-nutricionistas recogen la información y obtienen el diagnóstico, deben establecer un tratamiento nutricional en el que los objetivos principales sean (4): obtener un adecuado estado nutricional, alcanzar una ingesta alimentaria suficiente, equilibrada y organizada, así como evitar la aparición de complicaciones médicas.

La anorexia nerviosa conlleva la aparición de complicaciones médicas, algunas de las cuales son potencialmente graves como la osteoporosis, complicaciones derivadas de la realimentación y arritmias cardíacas, entre otras. La mayoría de estas complicaciones son reversibles con la recuperación ponderal. Para alcanzar este objetivo, es necesario enfatizar la importancia de un equipo interdisciplinar, donde los tratamientos médico-psiquiátrico,

psicológico y nutricional son esenciales para conseguir la recuperación del paciente (5).

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 21 años de edad, atendida por primera vez en noviembre de 2012. En la citada fecha estudiaba cuarto de odontología. Acude a la consulta acompañada por sus padres. La paciente no tiene pareja en el momento de la entrevista. El núcleo familiar lo componen 5 miembros: la paciente, dos hermanos (6 años y 8 años mayor que ella) y sus padres (su madre de 56 años y su padre de 60 años).

Con respecto a los antecedentes familiares recogidos en la entrevista, el padre padecía diabetes mellitus tipo 2 además de haber tenido carcinoma renal (recuperado en el momento de la entrevista). La abuela materna (ya fallecida) y los tíos paternos también padecían diabetes mellitus tipo 2. No se observó TCA. En cuanto a sobrepeso u obesidad, sólo fue mencionada la abuela materna. Con respecto a la patología psiquiátrica, no se citó ningún familiar.

Como antecedentes personales, la paciente no refirió enfermedades orgánicas hasta el momento de la entrevista. Previamente había sido diagnosticada de Anorexia Nerviosa, en concreto, en septiembre de 2012. No describió alergias o intolerancias conocidas. Menarquía a los 12 años. Refirió periodo de amenorrea de 2 años. En noviembre de 2011 comenzó a tomar anticonceptivos y mantuvo la menstruación hasta marzo de 2012 cuando los dejó de tomar y comenzó un nuevo periodo de amenorrea que permanece hasta el momento de la entrevista.

La paciente describe síntomas de dispepsia: saciedad, hinchazón, gases, y estreñimiento alternado con diarreas.

La paciente destacó haber realizado dietas siempre por su cuenta, excepto en julio de 2012 cuando acude a un endocrinólogo para intentar recuperar peso. Hasta ese momento, las dietas habían consistido en selección de alimentos y disminución de la cantidad ingerida.

En el momento de la entrevista la paciente refiere tomar Ludomil 75 mg.

El IMC que la paciente describió como habitual era 23.7 (correspondiendo a un IMC totalmente normal). El peso máximo reportado por la paciente correspondía al inicio del TCA, siendo 24. El peso mínimo informado por la paciente, correspondía al momento de la entrevista, con un IMC de 14. Sin embargo, éste era aún menor el día de la entrevista, siendo 12,19. Los datos de composición corporal no se pudieron obtener ya que la paciente contaba con <1% de materia grasa. Con respecto a los signos clínicos explorados, se observó palidez y pérdida de cabello.

Al preguntarle acerca del desencadenante de la enfermedad, la paciente comenta que tenía miedo a estar gorda y por tanto quiso perder peso.

La paciente niega esconder, tirar o desmenuzar comida. Asegura comer lento, terminando la última en la mesa. No se suele preocupar por la comida de los demás, excepto cuando ve a su padre comer chocolate. No se refieren episodios de sobreingesta. En cuanto a la presencia de conductas compensatorias, lo que la paciente refiere utilizar es el ejercicio e hiperactividad (bici, andar, gimnasio). No se dan vómitos provocados ni

espontáneos. Tampoco se observa potomanía, ni consumo de laxantes, diuréticos o anorexígenos.

En cuanto a la percepción de su peso e imagen en el momento de la entrevista, la paciente comenta “ahora físicamente me veo excesivamente delgada, fea”. No rechaza todo su cuerpo, pero sí las piernas. Piensa a menudo en el peso. No se pesa diariamente, refiere una frecuencia habitual. Niega hacer trampas en el peso y se alegra si observa una pérdida de peso. Con respecto a la forma de vestir, la paciente afirma “no me pongo la ropa que me gustaría por vergüenza, sé que estoy demasiado delgada”.

Negó el consumo de drogas y alcohol, así como de tabaco. La paciente se siente más irritable y susceptible. Sin embargo, refiere la existencia de control de impulsos. Niega tentativas suicidas. No se observan autolesiones.

Al analizar la dificultad de expresión y la descripción de sentimientos, la paciente comenta contarle sus problemas sólo a sus padres, a ninguna amiga, por vergüenza de estar tan mal. Con respecto a la dificultad de reconocer y experimentar cambios corporales, la paciente afirma no ser consciente de una pérdida de 1-2 kilos.

No se refieren problemas de sueño. La paciente destaca tristeza, tendencia al llanto, apatía y anhedonia. No se observa la presencia de ansiedad.

Con respecto a la adaptación social, la paciente comenta “soy tímida pero no me cuesta relacionarme”. Destaca contar con un grupo estable de amigos. Se observa cierta tendencia a evitar situaciones sociales en las que se ve obligada a comer. La paciente describe mayor malestar con su familia, en especial a la

hora de las comidas. En cuanto a la adaptación escolar, la paciente explica “este verano, la preocupación por la comida y mi cuerpo ha provocado que me desvíe un poco de los estudios”.

Describió un nivel muy bajo de autoestima. Al preguntar por las estrategias utilizadas de forma habitual para resolver problemas, la paciente primero buscaba una solución por sí misma, y sólo si era necesario solicitaba ayuda. En cuanto al manejo de emociones e impulsos, intentaba buscar una solución según la situación a la que se enfrentase.

Cuando se planteó con la paciente la existencia de conciencia de enfermedad y motivación para el tratamiento, explicó *“No disfruto de la comida, siempre estoy pensando en lo que engorda. Todo esto ha llegado a obsesionarme”*.

La paciente es la encargada de preparar su propia comida, a pesar de que para el resto de la familia la responsable de la organización de la comida es la madre. Los alimentos de mayor preferencia destacados por la paciente son verduras y pescado. En cambio, los rechazados son los embutidos, fritos, dulces, pan, lácteos, frutos secos, refrescos y comida rápida. En cuanto a las diferentes técnicas culinarias, ella prefiere plancha y rechaza fritos y guisos con mucha grasa.

La paciente puntúa su apetito con un 8, en una escala de 10 puntos. A pesar de considerar su apetito normal, destaca saciarse bastante rápido. Refiere tomar dos litros de agua al día y suplementos vitamínicos.

Solía realizar 3-4 ingestas al día (desayuno, almuerzo y cena y a veces media mañana o merienda). Por lo general, las comidas eran en casa (cocina/salón), manteniendo horarios regulares (3 horas entre comidas).

Las comidas las realizaba siempre acompañada por su familia, y por lo general con algún tipo de distracción como la televisión además de mantener alguna conversación. Describió una estructura inadecuada en las comidas, ya que tomaba plato único, no tomaba pan ni postre. La bebida habitual con la que acompañaba las comidas era agua.

La paciente valoraba de forma subjetiva la comida como un acto agradable y necesario, pasándolo mal cuando tomaba algo muy calórico, y en lugar de disfrute destacaba sentir mucho remordimiento. Le gusta mucho cocinar, pero sobre todo si se trata de comida para los demás. En cuanto a la velocidad de las comidas, tardaba unos 15-20 minutos en almorzar o cenar. Niega el hábito de picoteo, tanto en la actualidad como en el pasado. No refirió ingestas por la noche. Mencionó importante relación entre los estados de ánimo y la ingesta: la ansiedad o la tristeza disminuían la ingesta. Describió el volumen de los platos que se servía como normal y nunca repetía. Se terminaba toda la comida del plato. Solía comer fuera de casa 1-2 veces a la semana.

Tras la valoración inicial por grupos de alimentos, se observó un consumo deficitario de legumbres, arroz, pasta, huevo, lácteos, fruta, pan y cereales siendo excesivo el de carne, pescado y verduras. Se pidió a la paciente un recuento de 24 horas correspondiente al día anterior:

- Desayuno: pan integral con aceite, tomate y sal y dos yogures desnatados.

- Media mañana: manzana.

- Almuerzo: Brócoles rehogados y lubina al horno.

- Cena: Hamburguesa (carne, lechuga, tomate, salsa barbacoa, queso) y nachos con coca cola light (todo fuera de casa).

La paciente niega la ingesta de alcohol. Además del ejercicio citado previamente, la paciente va en bici a clase y asiste 2 veces a la semana a clases de flamenco. En los meses previos a la entrevista estaba apuntada al gimnasio para intentar compensar la ingesta. En enero dejó esta actividad ya que consideraba estar demasiado delgada.

La paciente comenzó a querer perder peso dos años previos al momento de la entrevista. Durante el verano de 2012 acudieron a un endocrinólogo y psiquiatra, quien indicó una dieta de 1700 Kcal para conseguir un aumento de peso. En respuesta, la paciente aumentó su actividad física (bici, andar y baile). Destaca medirlo todo en cuanto a los alimentos. No permite que nadie le prepare su comida.

Al preguntar a la paciente por el motivo de la consulta, ésta contesta: “Creo que tengo anorexia, sí, tengo anorexia”. El primer año de carrera lo cursó en Huelva, para luego volver a Sevilla. Durante la ESO, bachillerato y primero de carrera la paciente se describe más gordita. Según cuenta, fue aumentando de peso, especialmente durante el verano previo al inicio de la carrera. En Huesca vivió con una compañera en un piso y todo bien. Al llegar a Sevilla en segundo

año de carrera fue cuando comenzó a aparecer el ejercicio (bici, andar, gimnasio) y la dieta. La restricción de alimentos y cantidad era llevada a cabo por la propia iniciativa de la paciente sin seguir el consejo de ningún profesional. Es la propia paciente la que ha solicitado ayuda.

Al preguntar por las comidas fuera de casa, la paciente explica: “por ejemplo, si he ido a comer con amigos a un italiano me pedía un plato de pasta, me lo comía entero y probaba de otro plato porque sabía que podría ir al gimnasio o que las siguientes comidas iban a ser flojas”.

Acuden con ella a consulta los padres. La madre comenta que la paciente, al volver de Huesca, fue cambiando poco a poco su alimentación, pero en ningún momento fue algo alarmante. Cuando la llevaron al endocrinólogo en verano de 2012, la madre destaca que todo lo hacía bien: “mi hija es obediente, buena cumplidora, ella se encargaba de preparar y pesar la comida, en algunas cosas como el pan o la manzana, si el trozo partido era algo más pequeño no lo corregía pero se comía lo que se servía”. Los padres destacan “el cambio importante para nosotros ha sido en verano (2012), ya que ha perdido mucho peso en muy poco tiempo”. Comentan que va a todos sitios en bici o andando.

Al comenzar el tratamiento, se les explicaron a los padres de la paciente así como a ésta, pautas de alimentación así como un plan de vida (referente a la hospitalización en casa). Se indica una dieta de 1500 Kcal. Sólo se le permite leer y escuchar música, así como un aseo personal de 15 minutos al día, siempre acompañada. Se prescribe medicación: anafranil 25 (1-0-0-0), largactil gotas (5-5-10-0). La paciente se sorprende por las pautas, ya que pensaba que su situación no era tan grave. Lo que más le preocupa de la hospitalización en casa

es no poder asistir a clases. La madre pensaba que se mantenía desde septiembre, cuando el IMC era de 14,34.

La respuesta al tratamiento por parte de la paciente es muy buena. En la primera semana se había cumplido a la perfección las pautas para la hospitalización en casa. No se referían molestias digestivas. La paciente había terminado toda la comida. La paciente explica “me arrepiento de haberme privado tanto tiempo de alimentos y no disfrutar de la comida por tal de perder peso, cuando ahora tengo que engordar y, sin embargo, tampoco puedo disfrutar tomando alimentos de los buenos”. Se introduce un batido como suplemento en la media mañana.

En la segunda semana, la paciente niega haberse tomado el batido “no me gusta y me sacia mucho”. En esta ocasión se si refieren molestias digestivas: plenitud, saciedad y náuseas. Se indica la mitad del batido para la siguiente visita. Efectivamente, en la siguiente visita la paciente ha conseguido tomar la mitad del batido. La paciente solicita más cantidad de comida, dice tener apetito. Se les explica que siendo la ganancia de peso adecuada, es necesario esperar al cese de las molestias digestivas para aumentar la comida y cambiar los alimentos que componen la dieta.

En esta fecha la paciente aporta densitometría y analítica. La paciente padece osteopenia y se observan en la analítica parámetros bioquímicos alterados: niveles de colesterol, LDL y transaminasas elevados y de transferrina bajos.

A medida que pasan las semanas, la actitud de la paciente se observa como muy adecuada. La recuperación de peso va siendo la esperada. Se van añadiendo reforzadores positivos en respuesta a la evolución de la paciente: ducha, pasatiempos, punto de cruz, visitas o llamadas por teléfono. A finales de diciembre se indica una dieta más completa, de 2000 kcal.

Los primeros días tras el cambio de dieta, la paciente refiere de nuevo molestias digestivas como plenitud y saciedad constante. En este momento se indica un paseo diario de 20 minutos siempre acompañada. Con la mejora de peso se establecen nuevas pautas, como el aumento de tiempo de paseo o ver películas en el salón con su familia.

A lo largo del tratamiento, la paciente suele manifestar un buen estado de ánimo. Sin embargo, hay ocasiones en las que la hospitalización en casa provoca mayor tristeza.

A mediados de enero, se comienza a disminuir el tiempo en cama. Se le permite estar levantada durante las mañanas. En esta fecha, la paciente averigua su peso inicial mediante la fórmula del IMC, y le comenta a su madre: “nunca pude imaginar que pesaba eso”. A final de enero, el tiempo de paseo indicado es una hora al día acompañada. Se le permite hacer una salida a la semana al cine. Por esta fecha, comienza a aumentar el miedo sobre el peso en la paciente. Esto se observa en su mayor interés por estar en la cocina o pesarse la comida. Se mantiene la pauta de no entrar en la cocina y no manipular ningún alimento. Se observa la aparición, de nuevo, de molestias digestivas provocadas por la ansiedad. La madre observa que durante las mañanas que no está acostada, se mueve bastante. Dichas molestias van disminuyendo a medida que la ansiedad

va desapareciendo. Se le permite pasear algún día a la semana con amigas. Disminuye la hiperactividad por las mañanas. Comienza a merendar un día a la semana fuera de casa con familia o amigos.

En febrero de 2013, cuando el IMC era 16.2, la paciente explica: “al comer a veces tengo la sensación de que es mucha comida y que voy a engordar mucho, pero reconozco verme mejor tal y como estoy ahora. Me alegro de poder ponerme ropa que se me había quedado grande, me veo más guapa. En verano lo pasé mal al tener que enseñar los brazos tan delgados, pero la verdad es que tampoco quería hacer nada para engordar”.

A mediados de febrero plantea entrar en la cocina para hacer un bizcocho, ya que le encanta cocinar. Finalmente lo hace, y la experiencia es positiva. En esta fecha, los parámetros bioquímicos alterados obtenidos en la primera analítica se normalizan, como se observa en una segunda analítica aportada por la paciente.

En marzo la paciente ya puede realizar todas las comidas con la familia en la mesa, en lugar de la cama. En esta fecha de nuevo aparece el miedo a engordar. Cuando está en la cocina mientras la madre prepara la comida, está continuamente controlando el peso e intenta hacerlo ella, evita mover la leche con la cuchara para que el azúcar quede en el fondo, deja el pan para el final, teme comer demasiado cuando merienda fuera. Se retira la mitad de comidas con la familia como toque de atención. A la semana siguiente todas estas conductas han mejorado, así como la ansiedad que describía la paciente por seguir recuperando peso.

En abril se incorpora a algunas clases de la facultad. La paciente observa el mejor rendimiento académico por el mejor estado nutricional. A final de abril se retira la hospitalización en casa y se establecen pautas: no salidas nocturnas, no ejercicio físico, asistencia normal a clases, estudiar en casa, televisión excepto en comidas y reposos, comidas en casa, paseo de una hora y 15 minutos, 1 merienda fuera a la semana (opcional) y reposos tras las comidas.

En la actualidad (julio de 2013), la paciente tiene un IMC totalmente normal, siendo éste 19.8. El objetivo en cuanto al peso es mantener dicho IMC para conseguir estabilizar el porcentaje de grasa, dado que aún es insuficiente (14.8%). Desde el punto de vista nutricional se comienzan a eliminar comidas de la dieta establecida para introducir la alimentación normal de casa. En este momento, una vez la recuperación física ha sido alcanzada, el trabajo psicológico es posible y además fundamental ya que la paciente manifiesta mayor temor a seguir recuperando peso y existe cierta tendencia a la aparición de actitudes similares al inicio de la enfermedad.

CONCLUSIONES

- Dada la aparición de complicaciones médicas y alteraciones cognitivas que imposibilitan el tratamiento psicológico en pacientes con desnutrición, la recuperación ponderal mediante el tratamiento nutricional es fundamental.
- La recuperación del estado nutricional mejora la eficacia del tratamiento psicológico en pacientes con TCA. Además, es importante incluir la educación nutricional, con el fin de conseguir modificar actitudes y

conductas erróneas hacia patrones más saludables que ayuden a prevenir posibles recaídas.

Figura 1. Evolución física a lo largo del tratamiento



REFERENCIAS

1. Jáuregui I. La imagen de una sociedad enferma: anorexia, bulimia, atracones y obesidad (2ª Edición). Barcelona: Grafema; 2006.
2. Martínez C. & Gómez P. Tratamiento dietético en los trastornos de la conducta alimentaria, En: Miján de la Torre A. Nutrición y Metabolismo en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Barcelona: Glosa; 2004. p. 289-303.
3. Fernández F, Turón VJ. Trastornos de la alimentación: Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia. Barcelona: Masson; 1998.
4. Iglesias C, Gómez C, de Cos AI, Castillo Rosa. Papel del médico nutriólogo en las unidades de trastornos de la conducta alimentaria, En: Miján de la Torre A. Nutrición y Metabolismo en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Barcelona: Glosa; 2004. p. 493-505.
5. Mehler PS, Krantz M. Anorexia nervosa medical issues. *J Womens Health (Larchmt)*, 2003; 12 (4): 331-340.