



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TEMA:

**Estudio de Caso Clínico de un Paciente Diagnosticado con Anemia y
Bulimia**

AUTOR:

Jiménez Gómez Braden Moisés

**Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de:
LICENCIADO EN NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TUTOR:

DRA. ALEXANDRA BAJAÑA

**Guayaquil, Ecuador
2015**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Jiménez Gómez Braden Moisés**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Licenciado en Nutrición Dietética y Estética**

COORDINADOR DE TITULACIÓN

Dr. Ludwig Álvarez

DIRECTOR DE LA CARRERA

Dra. Martha Celi

Guayaquil, a los 24 días del mes de septiembre del año 2015



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Jiménez Gómez Braden Moisés**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación **Estudio de Caso Clínico de un Paciente Diagnosticado con Anemia y Bulimia** previo a la obtención del Título **de Licenciado en Nutrición Dietética y Estética**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación de tipo **Estudio De Caso** referido.

Guayaquil, a los 24 días del mes de septiembre del año 2015

EL AUTOR

Jiménez Gómez Braden Moisés



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Jiménez Gómez Braden Moisés**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación **Estudio de Caso Clínico de un Paciente Diagnosticado con Anemia y Bulimia** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 24 días del mes de septiembre del año 2015

EL AUTOR:

Jiménez Gómez Braden Moisés

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haber sido mi luz y mi guía durante esta etapa de mi vida.

A mis padres y hermanos que me han apoyado incondicionalmente.

A mis amigos que me han dado seguridad, apoyo y compañía durante este periodo de estudio.

DEDICATORIA

A Dios.

A mis padres: Moisés y Célida.

Y a mis hermanos.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	
CERTIFICACIÓN.....	I
DECLARACION DE RESPONSABILIDAD.....	II
AUTORIZACIÓN.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
DEDICATORIA.....	V
INDICE DE TABLAS.....	VIII
INDICE DE GRAFICOS.....	IX
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	4
2.1. Objetivo general.....	4
2.2. Objetivos especificos	4
3. JUSTIFICACIÓN.....	5
4. PRESENTACIÓN DEL CASO:.....	6
4.1 Identificación del paciente.....	10
4.2 Caracterización del problema	11
4.4 Historia clínica.....	12
4.5 Soap	13
5. MARCO TEÓRICO	17
5.1. ANOREXIA NERVIOSA.....	17
5.1.1. Antecedentes	17
5.1.2. Epidemiología	17
5.1.3. Etiopatogenia	18
5.1.4. Clínica.....	20
5.1.5 Diagnóstico	22

5.1.6 Tratamiento.....	23
5.1.8. Prevención.....	27
5.2. BULIMIA NERVIOSA.....	29
5.2.1. Antecedentes.....	29
5.2.2. Epidemiología.....	29
5.2.3. Etiopatogenia.....	30
5.2.4. Diagnóstico.....	31
5.2.5. Clínica.....	32
5.2.6. Tratamiento.....	34
5.2.7. Criterios de hospitalización.....	35
5.2.8. Prevención.....	36
6. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO.....	37
6.1. Determinación del peso ideal.....	37
6.2. Determinación del porcentaje del peso ideal.....	37
6.3. Determinación del imc.....	37
6.4. Determinación del porcentaje de peso habitual.....	37
6.5. Determinación del gasto energético basal.....	38
6.6. Determinación del gasto energético total.....	38
6.7. Determinación del gasto energético total según la oms.....	38
6.8. Determinación del requerimiento hídrico.....	38
7. PROPUESTA DE ALIMENTACIÓN.....	43
7.1 Plan nutricional.....	43
7.2 Plan dietético.....	44
8. CONCLUSIONES.....	46
9. RECOMENDACIONES.....	47
10. BIBLIOGRAFÍA.....	48
11. ANEXOS.....	50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I Factores de riesgo de la anorexia nerviosa	18
Tabla II Diagnóstico diferencial de la anorexia nerviosa (principales cuadros) .	23
Tabla III Criterios de hospitalización en anorexia nerviosa	27
Tabla IV Criterios de hospitalización en bulimia nerviosa	35
Tabla V Índice de masa corporal	50
Tabla VI Cálculo de porcentaje de peso ideal.....	50
Tabla VII Cálculo de porcentaje de pérdida de peso	51
Tabla VIII Cálculo de requerimiento calórico: Ecuación de Harris Benedict	51
Tabla IX Requerimiento calórico diario: Regla del pulgar	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico I Cambios en el peso de la paciente	39
Gráfico II Cambios de % de pérdida de peso	40

1. INTRODUCCIÓN

A través de la historia el tener una contextura ideal fue considerado y es hasta la actualidad sinónimo de salud y belleza tanto para hombres como para mujeres presentándose con mayor frecuencia en adolescentes de sexo femenino. En los años 40 y 50 dichos trastornos fueron incrementándose por lo que se imponía la moda en ropa y desde luego iba íntimamente ligado al cuerpo y a su delgadez. (Morales & Yopez, 2012)

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son enfermedades psiquiátricas graves, marcadas por alteraciones en el comportamiento, las actitudes y la ingestión de alimentos generalmente acompañadas de intensa preocupación con el peso o con la forma del cuerpo. (Portela de Santana, da Costa Ribeiro Junior, Mora Giral, & Raich, 2012)

Son multicausales, determinadas por la interacción de diversos factores, y relacionadas con la autopercepción y la distorsión de la imagen corporal, que se expresan en forma de conductas alimentarias alteradas. (Madrid, 2008). Son difíciles de tratar y perjudiciales para la salud y la nutrición, predispone los individuos a la desnutrición o a la obesidad y se asocian con baja calidad de vida, altas tasas de comorbilidad psicosocial y mortalidad prematura. (Portela de Santana, da Costa Ribeiro Junior, Mora Giral, & Raich, 2012)

Los dos trastornos del comportamiento alimentario más conocidos son:: anorexia nerviosa (enfermedad caracterizada principalmente por una restricción alimentaria acompañado de una significativa disminución en el peso), bulimia nerviosa (curso con ciclos de purga junto con atragantamiento). (Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014)

Según un artículo publicado por la Organización Panamericana de la Salud la anorexia se la puede definir como una falta de apetito, que posteriormente pasa a caracterizarse por un rechazo selectivo o total a la ingestión de alimentos. (OPS, 2008). Este artículo sugiere que es necesario analizar el entorno del paciente, y posteriormente determinar los acontecimientos que llevaron a que se instale el problema, se debe considerar cuidadosamente la conocida causalidad psicosocial motivada por problemas entre el paciente y los miembros del entorno en el que se desenvuelve, aquí la anorexia es posible que aparezca como manifestación de depresión. (OPS, 2008)

Una revisión epidemiológica de los TCA, mostró que cerca de 8 millones de adolescentes y adultos jóvenes en EEUU presentan síntomas de TCA, y que más del 90% son mujeres y más del 75% son adolescentes en general. Tanto la anorexia como la bulimia afecta casi alrededor de 1.2 millones de mujeres en este país. (UIDE, 2013)

En México se realizó una investigación llamada: Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes donde se estudiaron 135 hombres y 138 mujeres, con una edad promedio de 14 y 13,8 años, respectivamente. El IMC, en promedio, fue de 21,09 en hombres y de 22,69 en mujeres, que se clasificó como sobrepeso. La población que mostró conductas alimentarias patológicas representó un 5%, según la encuesta EAT, y de 4% según la escala de Gardner. (Camarillo Ochoa, Cabada Ramos, Gómez Méndez, & Munguía Alamilla, 2013).

En una investigación realizada en Quito se halló que: las mujeres tienen más riesgo de un TCA que los hombres. También que existe asociación significativa entre el IMC con empezar una dieta. El empezar una dieta se asocia según el sexo del paciente, así es como más mujeres 55,75% que hombres han

empezado una dieta en el último año 32,5%. El grupo que presentan sobrepeso u obesidad tiene un mayor riesgo de presentar un TCA 22,85% comparado con los que no tienen sobrepeso/obesidad 17,08%. (UIDE, 2013)

Frente a estas estadísticas, podemos decir que estos TCA (anorexia y bulimia) prevalecen en la etapa de adolescencia, periodo en el cual ocurren significativos cambios a nivel cognitivo, emocional y fisiológico. Hay una búsqueda desesperada de la propia identidad e independencia social, acompañado fisiológicamente de la madurez sexual y cambios propios de la edad.

Durante este proceso surgen cambios emocionales como: ansiedad, depresión, rebeldía; y problemas como: comportamientos inapropiados, conductas sexuales inadecuadas, consumo de drogas; a veces ocasionados por acontecimientos familiares o sociales que afectan propiamente el ser del adolescente. Estos factores pueden favorecer a la aparición de estos trastornos.

El tratamiento es complicado ya que en la mayoría de los casos los pacientes no aceptan que tienen este problema y por lo tanto no acogen las recomendaciones de los profesionales. Por esto en la actualidad es necesario abordar la solución de estos trastornos no solo desde el punto de vista terapéutico, sino principalmente desde su prevención.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el estado nutricional de la paciente en base a la información presentada: antecedentes, datos antropométricos, signos y síntomas, evolución de la enfermedad.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Diagnosticar el IMC del paciente usando el peso y la talla.
2. Realizar cálculos nutricionales usando los datos antropométricos.
3. Interpretar los datos obtenidos mediante tablas de referencia nutricional.
4. Elaborar una propuesta de alimentación en base a los requerimientos nutricionales de la paciente.

3. JUSTIFICACIÓN

Esta es una investigación y resolución de un caso clínico de anorexia y bulimia nerviosas, dos trastornos que en la actualidad han aumentado su prevalencia significativamente. El desarrollo de este caso clínico implica analizar la problemática que directa o indirectamente influyó para que apareciera este trastorno, esta información es valiosa para ofrecer recomendaciones a otros adolescentes y evitar futuras apariciones.

Hoy en día el internet influye claramente en iniciar alteraciones de la imagen corporal, desde edades muy tempranas. Los niños y adolescentes manejan artefactos tecnológicos que con un solo clic tienen acceso a miles de páginas webs, donde las publicidades, muchas de ellas con modelos o personas famosas, establecen cánones de belleza que, por la preferencia a esa persona, incentivan al niño o adolescente a imitar. Durante el proceso para igualar a este personaje modelo se intenta cualquier cosa, aunque sea inadecuada.

El cine, actores, actrices y la moda también son principales influyentes en la alteración de la imagen corporal. Para prevenir esto es necesario no solo tratar desde el punto de vista terapéutico a la enfermedad, sino desde su prevención, explicándole al niño la importancia de la alimentación, darle capacidad de elección de sus alimentos, no hacer del acto de comer un momento desagradable, elevar su autoestima, incentivar la originalidad, prestarle la mayor atención.

Por eso es nuestra labor como profesionales en nutrición, fomentar una alimentación equilibrada y saludable, de acuerdo a nuestros requerimientos, informar acerca de medidas preventivas, que ayuden a evitar la aparición de estos trastornos; o correctivas que prevengan posibles complicaciones.

4. PRESENTACIÓN DEL CASO:

Sonia Palomeque es una mujer blanca de 19 años de segundo año de universidad es hija única de una familia de clase media alta vive en su casa con sus padres que tienen carreras floreciente y esperan de ella que lo supere, con las mejores intenciones del mundo sus padres decidieron ayudarla buscando su éxito pero ejerciendo presión a que sea lo mejor en lo que decida. S.P. Tiene muy pocas oportunidades para tomar decisiones por ella misma no lo ve como un signo de amor de sus padres sino más bien como una decisión irrazonable delimitar su vida social. Siente que recibe amor y empuje para lograr sus objetivos sus padres quieren que sea una doctora de éxito pero S.P. quiere ser una profesora de educación especial. Sus padres esperan de ella que pertenezca a prestigiosos Campos y organismos y que se mantenga en categoría A.

A causa de su énfasis en excelencia se han trazado altas metas para ella pero sus notas en la escuela han sido pobres porque no le gusta lo que está estudiando. Ella no pone su corazón en los estudios. Anteriormente cuando ella falló en conseguir su meta se sintió culpable y estuvo muy deprimida. Ahora ella culpa a sus padres, al menos esta es la teoría que su psicólogo ha esgrimido para explicarle su rechazo a la comida, el psicólogo cree que ella es rebelde en contra del dominio de sus padres. Durante el año reciente SP tomó un curso de salud y aprendió acerca de la anorexia es nerviosa. Después de haber tomado el curso SP comenzó hablar de cómo ella necesitaría perder unas pocas libras de peso y comenzó a seguir una dieta.

Ella tenía 1.67 m promedio medio y pesaba 120 libras. Ella quiso seguir una dieta "The Right Way" así que se consiguió un libro de nutrición básica y contenido calórico y comenzó a contar las calorías. Aprendió que las grasas

proveían más calorías que los carbohidratos; ella trato de eliminar completamente las grasas de su dieta, descubrió que el azúcar proveía calorías vacías y trato de eliminar el azúcar. Algunos amigos de ella que llevaban dietas bajas en carbohidratos y la convencieron a ella que los carbohidratos la hacían ganar peso, así que ella también suprimió los carbohidratos. Otro libro de nutrición y contaje de calorías decía que la harina blanca era mala y entonces en la eliminó también ella también leyó que una dieta rica en carne particularmente en carne roja era también rica en grasa, así que ella eliminó la carne roja.

Esto hizo que no tuviera muchas opciones para comer, su libro de nutrición básica y contaje calórico, enfatizaba también en la importancia del ejercicio para bajar de peso, tener un cuerpo saludable, Ella tomó un curso de ejercicios vigorosos, recibía clases de aeróbicos tres veces a la semana, hacía bicicleta donde podría ir las veces que quería y jugaba tenis regularmente. En suma ella era muy activa en la escuela.

Sonia no pensó que ella estaba perdiendo peso rápido y redujo sus calorías aún más. Evitó las comidas con sus padres tanto como era posible. Si ella comía con ellos, Ella hubiera comido una cantidad normal y luego se vería forzada a bajar de nuevo, cuando ella bajó a 105 libras. Su madre no lo noto la diferencia y le pregunto ella sobre la pérdida de peso.

Sonia le contó que estaba a dieta, su madre intuía que ella había perdido mucho peso, en rebelión. Ella se encapricho no detener la dieta. Cuando ella llegó a tener 100 libras. Estuvo estabilizada y no puedo perder peso adicional, sus amigos continuamente le decían que la veían muy delgada pero ella seguía obstinada en perder peso. Su madre la regañaba constantemente y la mayoría de la gente le decía que su dieta le seguía haciendo perder peso. Ella estaba

convencida que necesitaba perder más libras y continua disminuyendo la ingesta y aumentando el ejercicio. Como ella comenzó a cansarse fácilmente no podía concentrarse y la amenorrea y cefalea fuera un problema. Sus calificaciones fueron empeorando y SP comenzó a pasar sola la mayor parte del tiempo. Un día SP se desmayó en la escuela después de levantarse súbitamente, tuvo que ser llevada a su casa, su madre estaba furiosa. Le llevó a un médico que la examinó y dijo que tenía hipotensión ortostática y bradicardia. Un examen clínico reveló y admitió tener amenorrea. Su peso estaba en 90 libras (40.8 kg).

El doctor fácilmente diagnóstico anorexia nerviosa. SP no lo aceptó, su madre estuvo de acuerdo con ella al principio, negándose a creer lo que estaba pasándole su hija. El médico le recomendó un psicólogo y un nutricionista. Ambas, madre e hija se negaron a verlo de nuevo. SP insistió que nada había de malo con ella. Su madre insistió que ella le iba a sacar de sus casillas. La situación continúa hasta que SP se puso débil Y fue separada de la escuela. En este punto su padre demandó que ella retorne al doctor y si es un recomendaciones. Comenzó a recibir consejos de un psicólogo y de un nutricionista. Ella pesaba 85 libras (38.56 kg). Los últimos meses ella comenzó una dieta de ayuno y ella perdió de 100-2085 libras.

Cuando SP fue a ver a la dietista, su madre insistió en ir con ella. La dietista preguntó: ¿cuándo y por qué inició su dieta? SP iba a contestar y su madre interrumpe diciendo: ella empezó hace mucho tiempo. Los amigos que tiene le indujeron eso. La dietista pregunta: cuando comenzó la dieta, ¿cómo se veía usted? Madre: ella tenía una percepción muy saludable de ella misma, ella sólo quería tener poco pesado, pero se enfermó y perdió mucho peso y eso fue todo.

La dietista a Sonia Palomeque: yo quiero que me digas todo lo que has comido y bebido en un día típico desde que te levantas hasta que te acuestes. Madre: dile a la señora que tú comes bien que no dejas nada, ella está tratando de ayudarte. Esta entrevista no tiene la intención de ser una broma. Este comportamiento no es poco usual y es algo con lo que tenemos que lidiar durante la entrevista, la dietista tu información valiosa aunque el tiempo se desperdició. Lo principal fue el dominio de la mamá de SEP.

El psicólogo, el nutricionista y el médico trabajaron como un equipo y convencieron al padre que SP podría tener mayor facultad de opinión sobre su vida y él habló con la esposa. Ellos se pusieron de acuerdo para dar más libertad a SP, le dieron bendiciones para el cambio y atención para una permutación de educación especial. Éstos cambios grandemente la atmósfera de la casa y le dio gran oportunidad a la nutricionista y al médico. Ella tiene un tremendo miedo de ganar peso nuevamente, tiene un impacto en su vida social más el dolor que podría afectar a sus padres. Ellos le ayudaron a tener ilusión de llegar a ser profesora y el rol de modelo para los niños.

Ganó libras rápidamente ella estaba asustada de ganar peso. La nutricionista le explico que podría haber una ganancia de peso y calmar sus temores a medida que ganaba peso, se sentía tan fuerte pero tenía miedo, empezó a sobre alimentarse, hacer ejercicios vigorosos, como excusa disfrutaba de lo que estaba haciendo. Aumento a 130 libras y ahora tiene 115 libras. Fue dada de alta. Ella empezó a tener atracones y estimular el vómito muy a menudo, comenzó con un dilema, Quería comer y no ganar peso. Se estimulaba el vómito para mantener bajo peso. A ella no le agradaba ponerse el dedo en la garganta, un amigo le hizo conocer acerca del jarabe de ipecacuana, se vende sin receta, que le haría vomitar.

*SP empezó usar esta droga Y diuréticos para mantener su peso bajo. SEP podría tener atracones y pedir alimentos que había comido con fármacos y nadie se daría cuenta. Sus atracones aumentaron. Algunos días podía hacerlo una, dos y hasta 10 veces al día. Un atracón típico podría incluir una funda grande de galletas con chips de chocolate, 1 l de cola, una funda grande de papas fritas, medio galón de helado de crema y varias barras de caramelo. Ella podía devolver cuatro a 10 veces durante un atracón algunas veces gastaba 30 a \$40 diarios en un atracón.

*SP e acudió a su a su dentista para un chequeo y en el examen se observó perimólisis. Cuando le preguntó si había vomitado ella lo negó.

4.1 IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- Nombre:
Sonia Palomeque
- Edad:
19 años
- Ocupación:
Estudiante
- Motivo de consulta:
Paciente presentó pérdida de peso en los últimos meses, con ayuda profesional aumentó de peso, ahora empezó a tener atracones y a estimular el vómito.
- Diagnóstico:
Anorexia y Bulimia Nerviosas.
- Datos antropométricos:
Talla: 1,67m
Peso actual: 52,27 kg (115 lb)
Peso habitual: 52.54 kg (120 lb)

4.2 CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

Sonia Palomeque es una estudiante de 19 años de edad, universitaria, tiene pocas oportunidades para tomar decisiones y siente que sus padres limitan su vida social, ellos quieren que sea una doctora de éxito pero ella quiere ser profesora de educación especial.

Comenzó a leer información acerca de nutrición pero la aplicó únicamente en la pérdida de peso, restringiendo casi por completo el aporte de calorías a su dieta. También realizaba junto a esto ejercicio físico intenso.

La dieta dio como resultado la pérdida de peso progresiva tanto que sus amistades lo notaban, pero ella seguía obstinada en perder peso. Su rendimiento general fue empeorando y llegó al punto en que fue separada de la escuela. Es aquí donde deciden recibir consejos de profesionales. Ella había reducido su peso de 120 a 85 libras.

El psicólogo, nutricionista y médico trabajaron como un equipo. Sonia ganó peso rápidamente a pesar de sus temores, a veces se sobrealimentaba. Subió a 115 libras. Empezó a tener atracones y a estimular el vómito con un fármaco que le recomendó, también usa diuréticos. Todo esto para controlar su peso. Los atracones empezaron a aumentar, en un día podía tener de 1 a 10 atracones en los cuales podía devolver de 4 a 10 veces en cada atracón. Acudió a un chequeo dental y el doctor observó perimólisis, ella negó haber vomitado.

Naturaleza: Es una investigación básica, de tipo descriptiva.

Campo: Salud/Medicina

Área: Medicina General, Nutrición, Psicología

Aspecto: Anorexia y Bulimia Nerviosas.

4.4 HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA DIETETICA Y NUTRICIONAL

AREA: Nutrición

Nombres y Apellidos: Sonia Palomeque

Edad: 19 años

Instrucción: Superior

Actividad Ocupacional: Estudiante

Diagnóstico: Anorexia y Bulimia nerviosa

Motivo de consulta: Paciente presentó pérdida de peso en los últimos meses, con ayuda profesional aumentó de peso, ahora empezó a tener atracones y a estimular el vómito.

ANTECEDENTES

APP: No refiere

APF: No refiere

AQ: No refiere

HABITOS

Tabaco: No

Café: No

Drogas: No

Alcohol: No

Realiza Ejercicios: Sí

TIEMPO 1h

QUE TIPO: Aeróbicos, Bicicleta.

BEBIDAS:

AGUA: No refiere CUÁNTO:

JUGOS: No refiere CUÁNTO:

COLAS: No refiere CUÁNTO:

EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

Talla: 1.67m (167cm)

Peso actual: 52,27 kg (115 lb)

IMC: 18,74 kg/m² (Bajo peso)

Peso habitual: 54.55 kg (120 lb)

Peso ideal: 62,78kg (138,11 lb)

% de peso ideal: 83,25%
(desnutrición leve)

% de peso usual: 85.21% (riesgo de
desnutrición leve)

%Cambio de peso: 4,17% (pérdida
de peso significativa)

GEB: 1373,24 kcal/día

GET: 1510,56 kcal/día

Requerimiento calórico: 1808,06
kcal/día

Requerimiento de agua: 2,09
litros/día

Cambios en su peso: SI

¿Desde hace cuánto?: 3 meses

TRATAMIENTO

FARMACOLÓGICO: No refiere

4.5 SOAP

S Paciente femenino de 19 años de segundo año de universidad, hija única de una familia clase media alta. Presenta rechazo a la comida, que el psicólogo cree que es a causa de depresión por no cumplir metas que se propone. El psicólogo cree que ella es rebelde en contra del dominio de sus padres. Ella quiso seguir una dieta “the right way”, busco información acerca de nutrición básica y contenido calórico, y comenzó a contar calorías, aprendió que las grasas proveían más calorías por lo que trato de eliminarlas completamente junto con el azúcar. Algunos amigos la convencieron que los carbohidratos la hacían ganar peso así que ella también los suprimió, ella también leyó que una dieta rica en carne roja era también rica en grasa, así que también elimino la carne roja. Junto a esto había leído que el ejercicio era fundamental, así que tomo un curso de ejercicios vigorosos, recibía clases de aeróbico tres veces a la semana, hacia bicicleta y jugaba tenis regularmente.

Ella no pensó bajar de peso rápidamente por lo que redujo aún más sus calorías, cuando ella bajo a 105 libras su madre lo noto y pregunto por qué y ella le conto que estaba a dieta, su madre intuía que había perdido mucho peso por rebelión. Ella se encapricho en no detener la dieta. Cuando ella llego a tener 100 libras. Estuvo estabilizada y no pudo perder peso adicional, sus amigos le decían que la veían muy delgada pero ella seguía obstinada en perder peso. Su madre la regañaba constantemente pero ella estaba convencida que necesitaba perder más libras y continuo disminuyendo la ingesta y aumentando el ejercicio.

Un día se desmayó en la escuela después de levantarse súbitamente, su madre estaba furiosa, la llevo a un médico que la examino y dijo que tenía hipotensión ortostática y bradicardia. Un examen clínico revelo y ella admitió tener amenorrea. Su peso estaba en 90 libras. El doctor diagnosticó anorexia

nerviosa. Ella no lo aceptó, su madre también se negó a creer lo que estaba pasándole a su hija. El médico recomendó un psicólogo y un nutricionista. Ambas se negaron a verlo de nuevo. Ella insistió que no había nada malo con ella. La situación continuó hasta que se puso débil y fue separada de la escuela. En este punto su padre demandó que ella retorne al doctor y siga sus recomendaciones, comenzó a recibir consejos de un psicólogo y de un nutricionista. Ella pesaba 85 libras.

Ella fue a visitar a la dietista y su madre insistió en ir con ella, la dietista obtuvo información valiosa, lo principal fue el dominio de su madre. El psicólogo, nutricionista y médico trabajaron en equipo, convencieron al padre que ella podía tener mayor facultad de opinión sobre su vida. Ella tiene un miedo tremendo de ganar peso nuevamente, tiene un impacto en su vida social más el dolor que podría afectar a sus padres. Gano libras rápidamente, la nutricionista le explico que podía haber una ganancia de peso y calmo sus temores, se sentía tan fuerte pero tenía miedo, aumento a 130 libras y ahora tiene 115 libras.

Fue dada de alta. Ella empezó a tener atracones y estimular el vómito muy a menudo, comenzó un dilema quería comer y no ganar peso, se estimulaba el vómito para mantener bajo peso. A ella no le agradaba ponerse el dedo en la garganta un amigo le hizo conocer el jarabe de ipecacuana, se vende sin receta y la haría vomitar, ella empezó a usar esta droga y diuréticos para mantener el peso. Sus atracones aumentaron, algunos días podía hacerlo una, dos y hasta diez veces. Ella acudió al dentista para un chequeo y en el examen se observó perimólisis, cuando le pregunto si había vomitado ella lo neg

O

- Peso actual= 52,27
- Talla: 1.67m (167cm)
- Peso actual: 52,27 kg (115 lb)
- IMC: 18,74 kg/m² (Bajo peso)
- Peso habitual: 54.55 kg (120 lb)
- Peso ideal: 62,78kg (138,11 lb)
- % de peso ideal: 83,25% (desnutrición leve)
- % de peso usual: 85.21% (riesgo de desnutrición leve)
- %Cambio de peso: 4,17% (a)
- GEB: 1373,24 kcal/día
- GET: 1647,88 kcal/día
- Requerimiento calórico: 2040,8 kcal/día
- Requerimiento de agua: 2,09 litros/día

A

Paciente de sexo femenino presenta un IMC de 18,74, lo que indica un bajo peso. Su peso ideal es 63,78 kg (138,11 lb), su peso actual es de 52,27(115lb), lo que quiere decir que debe ganar 11,5 kg (25,3lb). El porcentaje de peso ideal es 83,25% que interpretamos como una desnutrición leve. El porcentaje de peso habitual 85,25% nos indica que tiene un riesgo de desnutrición leve. Presenta un porcentaje de pérdida de peso del 4,17% que se interpreta como pérdida significativa. Su requerimiento calórico basal según Harris Benedict es de 1373,24 kcal y el requerimiento calórico total según la OMS es de 1808,06kcal.

P

Recomendaciones nutricionales:

- Los requerimientos calóricos serán personalizados según las necesidades de la paciente. Se puede empezar, según la capacidad del paciente, con una dieta con contenido calórico de 1000 a 1500 kcal/día (30- 40 kcal/kg) según la tolerancia de la paciente se va incrementando progresivamente teniendo en cuenta el peso, aumentando de 100 a 200 kcal

cada 3 a 7 días. Una cantidad normal de ganancia de peso sería de 250-500 gramos a la semana en pacientes ambulatorios y 0,9 a 1,4 kg en pacientes hospitalizados. Ciertas ocasiones serán necesarias ingestas de 3 mil kcal o mayores, para lograr esto se puede suplementar con batidos que tengan un elevado aporte calórico. (Gomez Bonett, 2012)

- Ya que la paciente presenta un miedo a engordar se le indicara que la alimentación será equilibrada cubriendo el mínimo de calorías para cumplir con un peso normal
- Se deberá organizar los menús, adecuarlos horarios (deben ser regulares) al igual que los reposos; y todo esto coordinarlo con el paciente.
- Es recomendable la suplementación de calcio (1200 a 1500 mg/día) y vitamina D (400 UI/día)
- Realizar ejercicio físico moderado.
- Se podrá indicar al paciente que se puede comer un poco más cantidad de cualquier alimento incluido en la dieta, pero nunca menos.
- No se debe saltar comidas, tampoco comer entre horas.
- Se deberán evitar las restricciones que llevan a posibles atracones; introducir poco a poco los alimentos/comidas evitadas.
- Al planificar la dieta no dejar intervalos de no comer superiores a 3 horas.
- Estar alerta a momentos en los que pueda aparecer un atracón tales como, ayunos prolongados, al estar sin vigilancia o solos en casa o ante un estrés. (Gomez Bonett, 2012)

5. MARCO TEÓRICO

5.1. ANOREXIA NERVIOSA

5.1.1. ANTECEDENTES

Durante la edad media se conocen muchos casos de “anorexia” principalmente en las personas religiosas, ya que se sabe que el ayuno es un medio de purificación. Las personas que presentaban esta anorexia por una causa religiosa se decía que tenían: "Anorexia santa". (Castro, 2010)

La anorexia nerviosa fue descrita por primera vez por Richard Morton en 1694 y posteriormente, dos siglos después, Gull en Inglaterra y Lassegue en Francia describieron otros casos que correspondían a la enfermedad tal como se reconoce actualmente. (Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014)

5.1.2. EPIDEMIOLOGÍA

Dependiendo del método de evaluación varían las cifras y están afectadas por otros factores: negación de tener este trastorno lo cual es muy común. La prevalencia internacional se encuentra entre un 0,5 y 1 por 100 mil personas, en otros estatus social esta cifra puede aumentar a un 1-2%. Todas estas cifras han aumentado en las últimas décadas. Se conoce que es más frecuente en mujeres que en varones 9/1. Empieza aproximadamente a una edad de 14 años, y tiene otro pico a los 18. Aunque no solo está entre estas edades también existen cifras fuera de estas edades. (Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014)

Existen grupos poblacionales que son más predisponentes a desarrollar este trastorno como por ejemplo: atletas, cantantes, modelos, artistas, deportistas. También los individuos que tienen antecedentes familiares de obesidad infantil o algún antecedente de abuso sexual. (Staudt, Rojo, & Ojeda, 2006)

En nuestro país, no existen cifras puntuales acerca de la incidencia o prevalencia de este trastorno de la conducta alimentaria, sin embargo se mantiene un registro de los casos que se tratan en consultorios, hospitales, subcentros o centros médicos. (Morales & Yopez, 2012)

5.1.3. ETIOPATOGENIA

Etiología multifactorial. sujeto: familia, biografía o genética, se suman los ambientales y culturales. En la tabla I se exponen los factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores. (Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014)

Tabla I Factores de riesgo de la anorexia nerviosa

Factores predisponentes

Variables personales:

- Edad: niñas y adolescentes
- Sexo: ser mujer
- Predisposición genética
- Menarquia con IMC bajo
- Tener o haber tenido sobrepeso
- Creencias irracionales sobre la apariencia física
- Baja autoestima
- Rasgos de personalidad: tendencia al perfeccionismo, talante obsesivo
- Miedo a madurar
- Enfermedades o problemas físicos

- Depresión

(Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014)

Variables familiares:

- Madre obesa o preocupada por cuerpo e imagen
- Familias que conceden mucha importancia a la imagen
- Con expectativas altas para sus hijos
- Malos tratos, abuso sexual o abandono
- Familia intrusiva, limitante, sobreprotectora e incapaz de resolver conflictos
- Escasez de apoyo, educación y ánimo

(Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014)

Variables socioculturales:

- Asociar la delgadez con la belleza y la felicidad
- La belleza como clave del éxito
- Enfatización del ego y del cuerpo. (Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014)

Factores precipitantes:

- Inicio dieta adelgazante estricta
- Recibir críticas respecto peso y figura
- Aumento de peso
- Conflictos entre los padres
- Pérdidas familiares
- Nacimiento de un hermano
- Aparición de las formas corporales en la pubertad
- Acontecimientos vitales adversos
- Problemas de maduración en la esfera sexual • Actividad física de gran exigencia. (Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014)

Factores de mantenimiento:

- Restricción dietética/inanición
- La purga • Actitudes de familiares y amigos
- Reducción relaciones sociales • Interacciones sociales anómalas
- Crisis familiar por causa o no de la enfermedad
- Pensamientos erróneos refractarios
- Yatrogenia (Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014)

(Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014)

5.1.4. CLÍNICA

a. Comportamientos en relación con la alimentación:

- Partir la comida en trozos pequeños.
- Mantener cada bocado de alimento durante tiempos muy largos.
- Disminuir la cantidad de la comida ingerida.
- Preferir alimentos lights.
- Descartar de la alimentación alimentos “autoprohibidos”.
- Colérico ante la comida.
- No comer ciertas “comidas principales” (desayuno-almuerzo-merienda).
- Alimentarse solo/a.
- No ser sincero sobre lo que realmente ingiere.
- Botar la comida.
- No exponerse a comer fuera de casa (públicamente).
- Irse después de alimentarse o encerrarse en el sanitario. Si es así tener cuidado con conductas purgativas.
- Pesarse muy seguido o contrariamente tener miedo a hacerlo. (Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014)

b. Comportamientos en relación con el ejercicio físico:

- Hacer ejercicio físico intenso y muy a menudo.
- Realizar cualquier tipo de actividad física luego de alimentarse.
- Al momento de elegir los ejercicios lo hacen más por quemar calorías no por amar a ejercitarse.
- Ejercitarse sola. (Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014)

c. Comportamientos respecto a las relaciones familiares y sociales:

- Ser inexpresiva, fría, nada sentimental.
- Facilidad para mentir, manipular a los demás.
- Intolerante social y empeorar críticamente.

- Controlar excesivamente su conducta.
- Poco sociable, sin amistades.
- Perfeccionista en casi todo ámbito.
- La mayor parte de sus conversaciones son acerca de la alimentación y forma corporal.
- Exigente y crítica. (Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014)

d. Síntomas cognitivos:

- No admitir hambre
- Trastorno de imagen corporal, verse muy gorda o gruesa cuando en realidad no es así.
- Preocupación excesiva y constante por el peso y la forma del cuerpo.
- Fobia a tener libras de más.
- Tomar muy en cuenta lo que las demás personas piensen de uno mismo.
- Falsas creencias en relación a la imagen corporal, la forma de ingerir alimentos y a la actividad física. (Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014)

e. Signos y síntomas físicos:

- Interrupción del ciclo menstrual.
- Cabello delgado.
- Caída del cabello.
- Hirsutismo.
- Problemas en los dientes.
- Trastornos en el tracto gastrointestinal.
- Coloración amarillenta de las palmas o plantas de los pies.
- Extremidades frías y azuladas.
- Osteoporosis.
- Anemia ferropénica.
- Hipoproteinemia.
- Alteraciones hidroelectrolíticas. (Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014)

5.1.5 DIAGNÓSTICO

Para diagnosticar este trastorno se debe realiza una entrevista con el paciente y su entorno familiar, también se debe realizar una revisión de su historia clínica y antecedentes familiares. (Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014).

Una exploración física y evaluación del ritmo cardiaco, presión sanguínea y frecuencia respiratoria. Pruebas clínicas complementarias: hemograma, bioquímica, etc. (Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Sociedad Americana de Psiquiatría, existen 4 criterios diagnósticos principales de la anorexia nerviosa son: (Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014).

1. Rechazo tajante a lograr y mantener un peso corporal igual o superior al valor mínimo normal considerado en función de la edad y la talla. Por lo general, el peso es inferior al 85% del mínimo correspondiente a la edad y talla. (Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014)
2. Terror patológico a la ganancia de peso y a la conversión en una persona obesa. (Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014)
3. Alteración de la autopercepción del peso y silueta corporal, con exageración de su importancia en la capacidad de autoevaluación, y negación de los riesgos que supone un bajo peso corporal mantenido. (Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014)
4. Amenorrea en mujeres postpuberales (desaparición de al menos tres ciclos menstruales). (Morales Flores & Yopez Rosas, 2012).

5.1.5.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tabla II Diagnóstico diferencial de la anorexia nerviosa (principales cuadros)

Cuadros orgánicos	Trastornos psiquiátricos
Enfermedad celiaca	Ansiedad
Enfermedad inflamatoria crónica intestinal	Fobias hacia alimentos o a tragar o a atragantarse
Acalasia	Trastorno obsesivo-compulsivo
Tumor cerebral/neoplasia	Histeria de conversión con espasmo esofágico.
Hipotuitarismo	Trastorno paranoide con temor a envenenamiento
Diabetes mellitus	Trastorno afectivo estacional (depresión acida)
Hipertiroidismo	Melancolía
Enfermedad de Addison	Dismorfofobia

(Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014)

5.1.6 TRATAMIENTO

5.1.6.1. TRATAMIENTO NUTRICIONAL

- Educar al paciente y a su entorno familiar a comer de manera adecuada, de acuerdo a sus requerimientos específicos recomendados para el mantenimiento del peso. (Gomez Bonett, 2012)
- Es importante que el paciente entienda que presenta un trastorno y que para mejorar deberá alcanzar un peso saludable. El peso se debe basar en la edad, talla, estado puberal y peso anterior al trastorno. Se debe explicar muy

claramente que su plan de alimentación va a ser equilibrado con el único objetivo de lograr el mínimo de peso necesario para tener una buena calidad de vida. (Gomez Bonett, 2012)

- La prescripción calórica será individualizada. Se puede iniciar, previa tolerancia del paciente, con una dieta de unas 1000 a 1500 kcal/día (30- 40 kcal/kg) y en base a ésta se va aumentando poco a poco (100-200 calorías cada 3-7 días) dependiendo de la evolución del peso,. Un rango normal de ganancia sería de 250-500 g/semana en pacientes ambulatorios y 0,9-1,4 kg en pacientes ingresados. A veces, serán necesarias ingestas de 3.000 calorías o mayores, para lo que se pueden añadir suplementos/batidos con elevado aporte calórico. (Gomez Bonett, 2012)

- Es esencial que el médico organice la alimentación, los horarios y reposos de acuerdo con el paciente. La confección de la dieta será responsabilidad de los padres, mientras que la del paciente será alimentarse de forma adecuada (sentado a la mesa sin TV y con un orden de platos adecuado). Es necesario tener presente que determinados medicamentos (antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, macrólidos y algunos antihistamínicos) pueden producir complicaciones cardíacas en estos pacientes, como alargamiento del espacio. El aporte de suplementos de calcio (1.200-1.500 mg/día) y vitamina D (400 UI/día) y la realización de ejercicio físico moderado (Gomez Bonett, 2012)

5.1.6.1.1 ESQUEMA ORIENTADOR DEL TRATAMIENTO

Debido al ayuno semiayuno que la mayoría de las pacientes experimentan, aparece como resultado una disminución del metabolismo basal por lo que hay que emprender una dieta de inicio con una suplementación de 250 a 300 kcal, que se irán incrementando paulatinamente. (Instituto Tomas Pascual, 2011).

El plan de alimentación debe incorporar un mínimo de 4 comidas diarias, con o sin colaciones, a horarios regulares, prefijados. Progresivamente se irá aumentando la cantidad calórica diaria, respetando las preferencias y gustos hasta llegar al requerimiento óptimo para su edad, talla, contextura y actividad. (Instituto Tomas Pascual, 2011).

Es importante indicar al paciente que se puede comer más cantidad de cualquier alimento estipulado, pero nunca menos. En el caso de las mujeres la reanudación de la menstruación es un parámetro crucial para evaluar la recuperación. (Instituto Tomas Pascual, 2011).

La constipación es frecuente debido a la disminución de la motilidad intestinal provocada por el estado de semiayuno crónico, cuando se reestablecen los hábitos alimentarios regulares, se resuelve. Por otro lado, puede haber diarrea en etapas iniciales (Instituto Tomas Pascual, 2011).

5.1.6.2. TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO:

5.1.6.2.1. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Debe realizarse conjuntamente con el tratamiento médico y nutricional. El paciente con AN en estado avanzado no podrá beneficiarse del tratamiento psicológico sin corregir el estado de nutrición, ya que un aspecto importante de su psicopatología está relacionado con la desnutrición. El abordaje psicoterapéutico puede ser individual, grupal y/o familiar. (Gomez Bonett, 2012)

Todos los modelos tienen logros y limitaciones; su utilización dependerá de la etapa de enfermedad y de las características individuales/familiares. En los últimos años, la terapia cognitivo-conductual parece ser la más efectiva en el tratamiento de la AN, pero, a día de hoy, la evidencia científica no es clara. Las intervenciones familiares deben ser ofrecidas a niños y adolescentes con AN (Evidencia B). Es importante la psicoeducación del paciente y su entorno para restaurar su vida familiar y social tras la crisis producida por la enfermedad (Gomez Bonnet, 2010).

5.1.6.2.2. TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

En la AN no existe un tratamiento específico sino el de sus complicaciones psiquiátricas. Se han usado antidepresivos, neurolépticos sedantes y benzodiacepinas como ansiolíticos. Se evitarán estas últimas por su potencial adictivo. Sobre la utilización de antidepresivos en el tratamiento de la AN, la evidencia es muy limitada. (Gomez Bonnet, 2010).

5.1.7. CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Tabla III Criterios de hospitalización en anorexia nerviosa

<i>Anorexia nerviosa: criterios de hospitalización</i>
• Desnutrición severa (pérdida de más del 30% del peso previo o pérdida acelerada de peso)
• Trastornos hidroelectrolíticos severos
• Constantes biológicas muy inestables: tensión arterial (menor de 80/50), pulso (menor de 50 lat/ min en el día o 45 lat/ min en la noche). Hipotermia (< 34,5 oC). Cambios ortostáticos (pulso > 20 lat/ minuto y TA > 10 mm Hg). Arritmia
• Complicaciones orgánicas graves: síncope, fallo cardíaco, convulsiones, pancreatitis • Rechazo a alimentarse
• Fracaso del tratamiento ambulatorio
• Incompetencia y crisis graves familiares • Urgencias psiquiátricas (ideas autolíticas, psicosis aguda)

(Gomez Bonett, 2012)

5.1.8. PREVENCIÓN

1. Prevenir la anorexia desde la infancia

- Instruir a los niños desde pequeños, tanto en casa como en la escuela, la importancia de unos correctos hábitos alimenticios. (Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014)

- Comer en familia siempre que sea posible, convirtiendo el momento de la comida en una reunión agradable en la que se intercambian las vivencias del día.

- Los menús deben ser variados e incorporar todos los tipos de alimentos necesarios para una apropiada nutrición. Salvo que existan razones de salud,

no se deben excluir alimentos de la dieta del niño, pues todos son necesarios en su justa medida, aunque sí se debe limitar el consumo de dulces y postres, sustituyéndolos, en la medida de lo posible, por otros hechos en casa. (Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014)

- Comentar con el niño estos mensajes sobre estética y alimentación que difunden los medios de comunicación, razonando lo que es cierto y lo que no, y enseñándole a valorar la salud por encima de los condicionamientos estéticos.
- Animarle a practicar ejercicio con regularidad. Es bueno para su salud y le ayudará a mantenerse en forma. (Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014)

2. Prevención de la anorexia en la adolescencia

- Los educadores en contacto con adolescentes juegan un papel primordial en la detección precoz de los trastornos alimentarios, y deben anunciar a los familiares si observan alteraciones emocionales o cambios en el comportamiento o el aspecto físico de los jóvenes. (Ruiz Lázaro & Sánchez Mascaraque, 2014)
- Los familiares deben evitar hacer comentarios despectivos sobre el aspecto físico de otras personas. Se puede criticar una mala acción o el mal carácter de alguien, pero no burlarse de su “fealdad” o “gordura”. En esta misma línea, se debe enseñar al adolescente a valorar las virtudes de los otros en vez de juzgarlos por su aspecto físico.
- Potenciar su autoestima para que valore sus cualidades y capacidades y no se avergüence de sus limitaciones.
- Un ambiente familiar positivo, sin caer en la sobreprotección, proporcionará al adolescente la seguridad y el apoyo necesarios para superar sus problemas (Ruiz Lazaro & Sanchez Mascaraque, 2014).

5.2. BULIMIA NERVIOSA

5.2.1. ANTECEDENTES

La bulimia nerviosa está descrita desde la antigüedad y su prevalencia ha aumentado en las últimas décadas. La bulimia nerviosa fue descrita como una variante de la anorexia nerviosa en 1979 por Rusell. Está descrita desde las edades Antigua y Media. Puede aparecer sola o en el curso de una anorexia nerviosa. Consiste en la existencia de episodios de ingesta voraz, seguidos de vómitos provocados, con sentimientos de culpa posteriormente. Asistimos a un aumento de la incidencia y prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y, muy especialmente, de las bulimias. Los atracones, vómitos y empleo de laxantes son cada vez más frecuentes en mujeres jóvenes que desean controlar así su peso por pánico a engordar. (Ruiz Lazaro & Sanchez Mascaraque, 2014).

Asimismo, cada vez es mayor el número de personas que hacen dieta lo que constituye un factor de riesgo para el desarrollo de una bulimia. Potenciar hábitos alimentarios saludables desde las consultas de pediatría y trabajar con niñas y adolescentes los efectos de la presión social de la obsesión por la delgadez como sinónimo de éxito social son armas importantes para la prevención de estos trastornos (Ruiz Lazaro & Sanchez Mascaraque, 2014).

5.2.2. EPIDEMIOLOGÍA

La bulimia nerviosa es uno de los TCA más frecuentes, es tres veces más frecuente que la anorexia nerviosa. En las últimas décadas se ha presentado un aumento de los trastornos de la conducta alimentaria. En los últimos 30 años se ha multiplicado por cinco la incidencia de bulimia nerviosa. La prevalencia de

este trastorno es del 1 al 3% y la incidencia del 7 al 8%. Hay 7 a 8 mujeres frente a 2 a 3 varones.

El comienzo habitual es entre los 18 y 25 años pero se está adelantando la edad de aparición. Está aumentando el número de cuadros subclínicos que no cumplen todos los criterios diagnósticos y que aparecen en edades escolares (Ruiz Lazaro & Sanchez Mascaraque, 2014).

5.2.3. ETIOPATOGENIA

La etiología de la bulimia es multifactorial. El modelo explicativo más aceptado es el biopsicosocial. Hay factores precipitantes, predisponentes y perpetuantes (Ruiz Lazaro & Sanchez Mascaraque, 2014).

5.2.3.1. FACTORES PREDISPONENTES:

A. Factores familiares.

Son de tipo genético, hereditario o educativo. Los factores familiares educativos que se encuentran son desorganización familiar, interacciones de control y dependencia emocional mutuas y escasa empatía entre sus miembros.

B. Factores individuales:

- **Alteraciones neurobiológicas.** Se ha encontrado una disminución de la actividad serotoninérgica y noradrenérgica. La hipofunción serotoninérgica explica la ausencia de saciedad, la termogénesis y el metabolismo basal disminuidos, la alteración en la impulsividad y el aumento de los trastornos afectivos. También se ha encontrado una hipofunción dopaminérgica y niveles inferiores de colecistocinina postprandial que justificarían la disminución de la saciedad en estos pacientes. (Ruiz Lazaro & Sanchez Mascaraque, 2014).

- **Factores psicológicos.** Cursan habitualmente una insatisfacción con su imagen corporal, se ven más gordas de lo que están, tienen miedo a llegar a ser obesas, comparten como rasgo temperamental el perfeccionismo, la inestabilidad emocional y expresan sentimientos de insuficiencia. (Ruiz Lazaro & Sanchez Mascaraque, 2014).

- **Psicopatología acompañante.** Hasta un 25% de las bulimias se acompañan de depresión. También comorbilidad junto a trastornos de ansiedad y con abuso de alcohol y otras sustancias. Los trastornos de personalidad son el límite, el pasivo-agresivo y el de evitación.

- **Factores socioculturales.**

- **Factores desencadenantes:** sobrepeso, dietas y haber tenido una anorexia previa.

- **Factores perpetuantes** la persistencia y gravedad de todos estos factores (Ruiz Lazaro & Sanchez Mascaraque, 2014).

5.2.4. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se hace siguiendo los criterios de los manuales de enfermedades psiquiátricas DSM-IV-TR o CIE10. El diagnóstico se hace siguiendo los criterios CIE 10 o DSMIV. (Ruiz Lazaro & Sanchez Mascaraque, 2014).

Criterios DSMIV para el diagnóstico de bulimia nerviosa:

A. Atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un periodo de 2 h) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias. (Ruiz Lazaro & Sanchez Mascaraque, 2014).

2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo). (Ruiz Lazaro & Sanchez Mascaraque, 2014).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo. (Ruiz Lazaro & Sanchez Mascaraque, 2014).

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses. (Ruiz Lazaro & Sanchez Mascaraque, 2014).

D. La autoevaluación está influida por el peso y la silueta corporales. (Ruiz Lazaro & Sanchez Mascaraque, 2014).

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa. Tipo purgativo si se provocan regularmente el vómito o usan laxantes, diuréticos o enemas en exceso. Tipo no purgativo si utilizan otras conductas compensatorias como el ayuno o el ejercicio intenso pero no vomitan. (Ruiz Lazaro & Sanchez Mascaraque, 2014).

5.2.5. CLÍNICA

La clínica se caracteriza por los atracones seguidos del sentimiento de culpa. La bulimia se caracteriza por un irresistible impulso a la ingesta episódica e incontrolada, compulsiva y rápida, de grandes cantidades de alimentos ricos en calorías durante un periodo de tiempo variable, de unos minutos a horas, durante el cual el paciente experimenta una pérdida de control sobre la

conducta alimentaria, viéndose imposibilitado para poder parar de comer durante esos episodios de voracidad.

La ingesta desmesurada produce una sensación de distensión-hinchazón-malestar físico en la región abdominal, así como sensaciones nauseosas por la plenitud lo que, junto a los sentimientos de culpa y vergüenza, genera depresión y autodesprecio y, al final, el vómito provocado para disminuir el malestar físico y evitar la digestión de lo ingerido. Cuando estos pacientes no consiguen vomitar, usan laxantes, diuréticos o ayunan para controlar el peso por miedo a engordar.

En el 50% de los casos la bulimia se asocia a la anorexia nerviosa; los síntomas bulímicos aislados no son infrecuentes en la población general. Con frecuencia a la bulimia le acompaña el diagnóstico de depresión, ansiedad, consumo de alcohol u otras adicciones, antecedentes de abusos sexuales en la infancia y la realización de intentos de suicidio. El peso en las bulímicas puede mantenerse dentro de límites normales, estar ligeramente por encima de la media o haber obesidad. El paciente bulímico come con gran desorden, pasan del atracón a la restricción, son incapaces de diferenciar la sensación de hambre de la de saciedad.

Las complicaciones médicas de la bulimia pueden llegar a ser muy graves. Algunas de ellas son: dilatación o rotura gástrica, hernia de hiato, rotura diafragmática, neumomediastino, pancreatitis, hipotensión, trastornos menstruales, hipocalcemia, hipopotasemia, hipoglucemia, arritmias cardíacas, deshidratación, caries dentales, erosión del esmalte dental, y por el uso de purgantes, esteatorrea, colon irritable o nefropatías, etc (Ruiz Lazaro & Sanchez Mascaraque, 2014).

5.2.6. TRATAMIENTO

5.2.6.1. TRATAMIENTO NUTRICIONAL

- Tener una conducta alimentaria normal: no debe saltarse comidas, ni comer entre horas; prevenir las restricciones que lleven a atracones; incluir gradualmente las comidas evitadas; tener limitada en casa la comida “peligrosa”.
- Acordar un número de calorías no tan alto, para que no tema engordar, ni demasiado bajo para que no recurra a los atracones. Si necesita perder peso, la dieta que utilice no debe ser inferior a 1.500 calorías (Gomez Bonnet, 2010).
- Controlar los episodios bulímicos y regularizar la ingesta. Puede ser favorable usar una dieta y programar las tomas con intervalos máximo de 3 horas
- Establecer los momentos más propicios para los atracones, como tras un ayuno estricto, ante un determinado estrés, al estar solos y planificar actividades para eliminar el círculo vicioso atracón-purga-restricción (Gomez Bonnet, 2010).

5.2.6.1.1. ESQUEMA ORIENTADOR DEL TRATAMIENTO:

El propósito fundamental es paralizar los episodios de atracones mediante la implantación de un plan dietario acorde para cada paciente particular. Se diseña al igual que para la A. Nerviosa, un plan básico de 4 comidas diarias, con o sin colaciones, horarios regulares. Algunos tratamientos o regímenes se basan en el hecho que la serotonina decrece cuantiosamente en el sistema nervioso central de los bulímicos, antes y durante el atracón. Por tanto, en el diseño de los menús se utilizaran entre otros alimentos ricos en triptófano, como las carnes rojas, las anchoas saladas, los quesos grasos y tipo parmesano, los huevos, las nueces y las almendras (Instituto Tomas Pascual, 2011).

5.2.6.2. TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

5.2.6.2.1. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:

En la BN, la psicoterapia es el tratamiento central, apoyado por el uso de psicofármacos en la mayoría de los casos y de un control médico de las complicaciones. El tratamiento más eficaz parece ser el cognitivo-conductual (Gomez Bonnet, 2010).

5.2.6.2.2. TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO:

En la BN, los antidepresivos reducen la frecuencia de los atracones y las medidas purgativas, pero el efecto a largo plazo es desconocido. Los más utilizados son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, no sólo por su acción antidepresiva y frente a la obsesividad, sino porque también producen sensación de saciedad y plenitud regulando la sobreingesta (Gomez Bonnet, 2010).

5.2.7. CRITERIOS DE HOSPITALIZACION

Tabla IV Criterios de hospitalización en bulimia nerviosa

<i>Bulimia nerviosa: Criterios de hospitalización</i>
• Trastornos hidroelectrolíticos severos ($K < 3,2$ mmol/L, $Cl < 88$ mmol/L)
• Complicaciones orgánicas graves: síncope, rotura de esófago, arritmias, hematemesis, vómitos intratables)
• Negativa a seguir el tratamiento
• Fracaso del tratamiento ambulatorio
• Incompetencia familiar (inestable, conflictiva)
• Grave descontrol de impulsos (adicciones, cleptomanía).

• Psicopatología grave (ideas autolíticas, depresión mayor, psicosis)

(Gomez Bonett, 2012)

5.2.8. PREVENCIÓN

La alta prevalencia de comportamientos de riesgo de alteración de la conducta alimentaria, la edad prematura de aparición, como también la posible aceptación de la sintomatología por los pares recomienda la importancia de la prevención a través de campañas informativas dirigidas a los adolescentes sobre la aceptación de su propia imagen corporal, los riesgos de los vómitos, el uso de laxantes y diuréticos. Sin embargo, su efectividad no ha podido demostrarse y sigue siendo motivo de polémica si el diagnóstico y tratamiento tempranos o bien las campañas de prevención modifican el curso de la enfermedad.

En un trabajo realizado por Davis, el autor afirma que los trastornos de la conducta alimentaria son en su totalidad una patología especialmente del sexo femenino y que esto se debe a que las mujeres fueron educadas con la creencia cultural de que el éxito y la felicidad se obtienen con una figura delgada. Según este autor, es este mensaje cultural el que se debe prevenir en la política pública, en las intervenciones psicoterapéuticas y en la conducta del día a día. Por otro lado, sostiene que por más exitosa o bien programada que sea la campaña, hasta tanto no se ofrezca algo mejor que lo que se trata de prevenir, no tendrá éxito.

Dicho en otras palabras, el focalizarse únicamente en los efectos negativos de la delgadez extrema no es lo suficientemente fuerte. Irónicamente esto sólo lleva a la deprivación, la “pérdida de la delgadez”. El sólo hecho de renunciar a algo tiene escaso valor en un mundo donde los diseñadores de moda, los

publicistas y las adolescentes buscan, al igual que todos nosotros, distintos medios para alcanzar el sentido de pertenencia, competencia y autoestima. Así es como los esfuerzos de la prevención deben ser tangibles, factibles de obtener y con posibilidad de competir y reemplazar el mensaje seductor de delgadez. A pesar de múltiples trabajos de prevención en escuelas, con inclusión de padres, amigos, compañeras de clase que se han recuperado del trastorno alimentario, no se ha llegado aún a una decisión unánime con relación a la conducta a seguir (Rava & Silber, 2004).

6. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

6.1. DETERMINACIÓN DEL PESO IDEAL

$$PI = 22.5 * T^2$$

$$PI = 22.5 * (1,67m)^2$$

$$\underline{PI = 62,78kg}$$

6.2. DETERMINACIÓN DEL PORCENTAJE DEL PESO IDEAL

$$\% \text{Peso ideal} = \text{Peso Actual} * 100 / \text{Peso ideal}$$

$$\%PI = 52,27kg * 100 / 62,78kg$$

$$\underline{\%PI = 83,25 \%}$$

6.3. DETERMINACIÓN DEL IMC

$$IMC = kg / T^2$$

$$IMC = 52,27 / (1,67m)^2$$

$$\underline{IMC = 18,74}$$

6.4. DETERMINACIÓN DEL PORCENTAJE DE PESO HABITUAL

$$\%PPH = \text{Peso actual} * 100 / \text{Peso Habitual}$$

$$\%PPH = 52,27 * 100 / 54,55$$

$$\underline{\% PPH = 95,82 \%}$$

6.5. DETERMINACIÓN DEL GASTO ENERGÉTICO BASAL

$$\text{GEB} = 665 + (9,5 \times \text{kg}) + (1,8 \times \text{altura en cm}) - (4,68 \times \text{edad en años})$$

$$\text{GEB} = 665 + (9,5 \times 52,27) + (1,8 \times 167) - (4,68 \times 19)$$

$$\text{GEB} = 665 + 496,56 + 300,6 - 88,92$$

$$\underline{\text{GEB} = 1373,24 \text{ kcal}}$$

6.6. DETERMINACIÓN DEL GASTO ENERGÉTICO TOTAL

$$\text{GET} = \text{GEB} * \text{FA} * \text{FE}$$

$$\text{GET} = 1373,24 * 1,2 * 1$$

$$\underline{\text{GET} = 1647,88 \text{ kcal}}$$

6.7. DETERMINACIÓN DEL GASTO ENERGÉTICO TOTAL SEGÚN LA OMS

$$\text{GET} = 24 * \text{FA} * \text{FE} * \text{PI}$$

$$\text{GET} = 24 * 1,2 * 1 * 62,78$$

$$\underline{\text{GET} = 1808,06 \text{ kcal}}$$

6.8. DETERMINACIÓN DEL REQUERIMIENTO HÍDRICO

$$\text{RH} = 40 * (\text{PI})$$

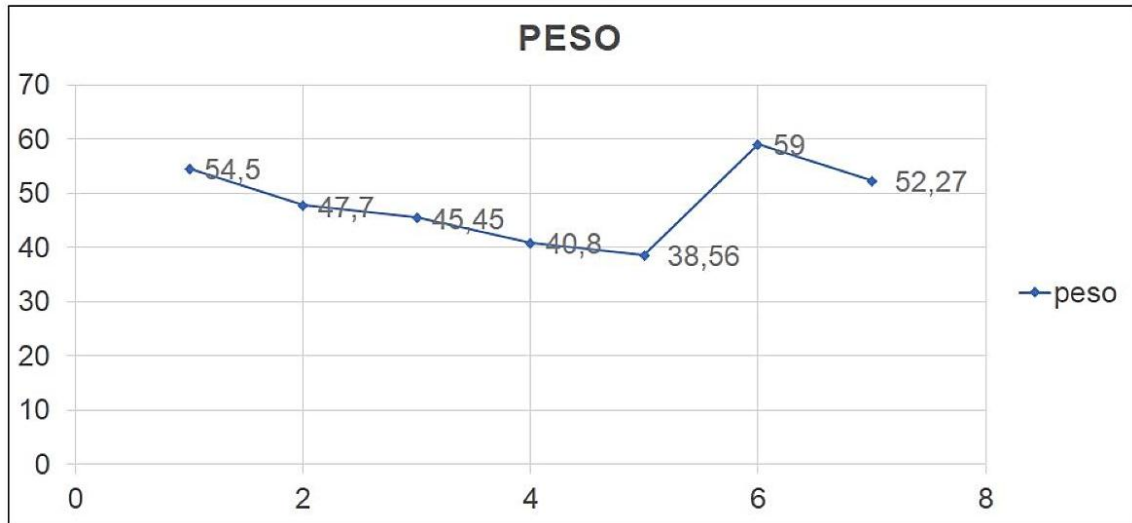
$$\text{RH} = 40 * (62,78)$$

$$\underline{\text{RH} = 2,5 \text{ L}}$$

Paciente de sexo femenino presenta un IMC de 18,74 lo que indica un bajo peso. Su peso ideal es 63,78 kg (138,11 lb), su peso actual es de 52,27(115lb), lo que quiere decir que debe ganar 11,5 kg (25,3lb). El porcentaje de peso ideal es 83,25% que interpretamos como una desnutrición leve.

El porcentaje de peso habitual 85,25% nos indica que tiene un riesgo de desnutrición leve. Su requerimiento calórico basal según Harris Benedict es de 1373,24 kcal y el requerimiento calórico total según la OMS es de 1808,06 kcal.

Gráfico I Cambios en el peso de la paciente



Elaborado por Braden Jiménez Gómez, egresado de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética. 2015.

Con la dieta restringida que llevaba SP, sumado al conjunto de ejercicios que realizaba, se pronosticaba una pérdida de peso importante. Debido a la insuficiente ingesta ella se sentía débil su rendimiento decayó, pero ella estaba convencida de querer bajar aún más de peso, como consecuencia tuvo un desmayo, luego se diagnosticaría bradicardia (descenso de la frecuencia de contracción cardíaca a 60 latidos por minuto) e hipotensión ortostática (caída de la presión arterial que viene como resultado de cuando se pone de pie después de haber estado sentada o acostada), este descenso de la presión arterial se le atribuye a la dieta baja en carbohidratos que seguía SP (cetogénica) junto a esto también tenía amenorrea (ausencia de la menstruación); con este antecedente la madre la lleva al médico.

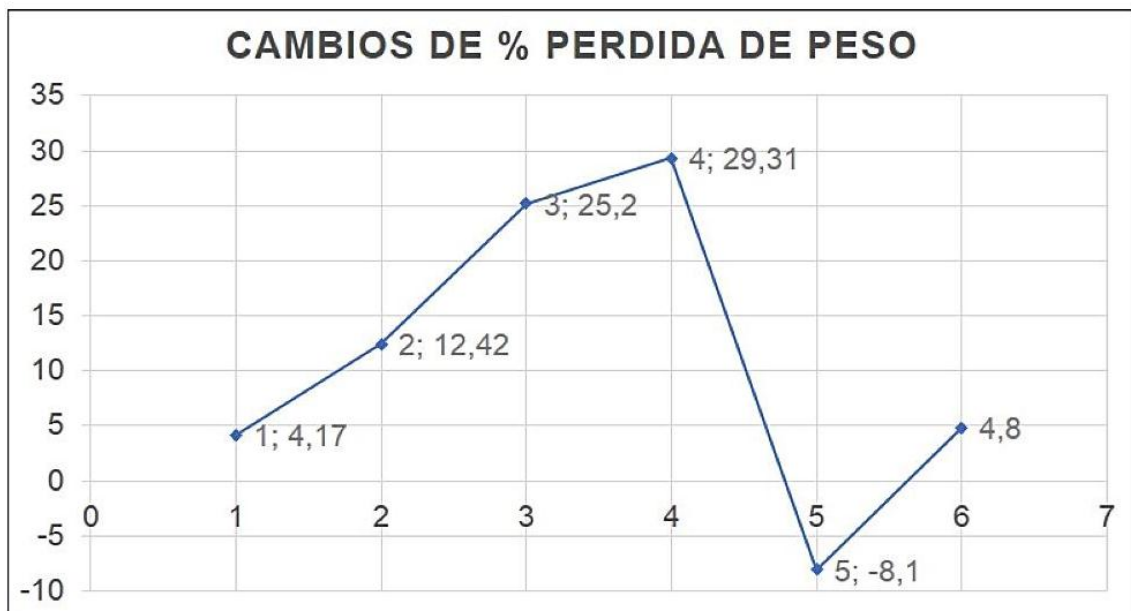
Después de su primera visita al médico, la paciente pesaba 40,9 kg (90 libras). Su peso antes de empezar la dieta fue de 54,54 kg (120 libras), es decir

perdió 13,63 kg (30 libras), el porcentaje de pérdida de peso durante este periodo fue de 25,2% una pérdida severa de peso.

Ellas no aceptaron los consejos del médico y SP llegó a pesar 38,64kg (85 libras) es decir perdió 2,26 kg más. Su % de pérdida de peso en relación al peso antes de la dieta fue de 29,3% (pérdida severa de peso). Con un IMC de 13,8 kg/m² que según la interpretación de la OMS se encontraba en el rango de “**infrapeso**”.

Con esto más los síntomas (alteración de su imagen corporal, deseo desesperado por bajar de peso, no escuchar consejos de amistades acerca de su peso, baja autoestima, incapacidad de tomar decisiones firmes) que presenta la paciente se le diagnostica: Anorexia Nerviosa.

Gráfico II Cambios de % de pérdida de peso



Elaborado por Braden Jiménez Gómez, egresado de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética. 2015.

El médico, el nutricionista y el psicólogo trabajaron correctamente como un verdadero equipo y lograron que SP aumente de peso a 59kg (130libras) incluso mayor del que empezó 54,54 (120 libras), aunque luego bajó a 52,27kg (115 libras) era un progreso. Es indispensable también realizar un examen bioquímico y evaluar células sanguíneas, proteínas séricas, para descartar malnutrición proteico calórica o anemia. Es necesario evaluar también el porcentaje de masa grasa y si existe deshidratación; todo esto debido al desorden fisiológico que ocasiono la dieta elegida por la paciente.

SP se sentía fuerte y más segura de sí misma, empezó a sobrealimentarse, en el fondo aún tenía miedo a subir de peso, y viéndose hacerlo, decide estimular al vómito, esto lo hace muy a menudo, y empieza el dilema de querer comer pero no engordar. No le agradaba ponerse el dedo en la garganta, recibe el consejo de un amigo que le recomienda un jarabe de ipecacuana, empieza a consumirlo. Este jarabe tiene efectos tóxicos ya que contiene alcaloides, también está contraindicado en personas con problemas cardiovasculares, y ella anteriormente tuvo hipotensión ortostática y bradicardia.

Acompañado a esto el jarabe tiene un efecto irritante sobre el tracto gastrointestinal y se pueden producir diarreas o vómitos con sangre, si se lo usa en exceso pueden aparecer efectos tóxicos en el corazón y en los músculos. Ella lo usa de 1 a 10 veces en un día y durante un atracón devuelve de 4 a 10 veces los alimentos. SP acude al dentista que en el examen detecta perimólisis (Entendemos por perimólisis: Decalcificación de los dientes causada por la exposición al ácido gástrico en pacientes con vómitos crónicos). Ella niega haber vomitado. Por todo esto se concluye que SP presenta Bulimia Nerviosa.

Así que se propone:

- a) Reducir las dosis de uso para este fármaco, hasta llegar a evitarlo por completo.
- b) Determinar el contenido energético de la dieta mediante el registro del consumo de alimentos, incluyendo los consumidos durante los atracones en su caso.
- c) Revisión periódica de autorregistros.
- d) Identificar los pensamientos problemáticos.
- e) Estimular el reconocimiento de las sensaciones de hambre y de saciedad.
- f) Educación e información acerca de la enfermedad (consecuencias del atracón, efectos de la dieta).
- g) Distribuir las calorías diarias en cinco tomas (Desayuno, comida, cena y dos colaciones intermedias).
- h) Desalentar la práctica de ayunos prolongados.
- i) Asignación de un plan alimentario adecuado con la introducción paulatina de los alimentos restringidos por el paciente.
- j) Control de estímulos (no realizar ninguna actividad mientras come, comer en el mismo lugar, limitar la cantidad de alimentos que ingiere, practicar el dejar algo de comida en el plato)
- k) Consejos acerca del vomito
- l) Consejos acerca del diurético
- m) Conductas alternativas al atracón o vomito
- n) Analizar y cuestionar los pensamientos problemáticos (buscar argumentos que sirvan de apoyo)
- o) Ayudar a buscar conclusiones razonables que reemplacen creencias irracionales.
- p) Explorar el origen de sus creencias.

7. PROPUESTA DE ALIMENTACIÓN

7.1 PLAN NUTRICIONAL

Objetivo: Disminuir progresivamente los episodios de atracones hasta llegar a detenerlos con la ayuda de un plan dietético personalizado que cubra con los requerimientos de la paciente.

Indicaciones: Se recomienda que el modo de ingerir los alimentos sea en posición sentada. En el día habrá 6 comidas a horarios regulares (3 principales y 3 colaciones). Se deberá evitar ver televisión en periodos largos asimismo se evitarán ayunos prolongados.

- a) Ingesta progresiva en cantidad, frecuencia y tipo de los alimentos identificados como causantes de ansiedad.
- b) Intentar no pesarse muy seguido. Hacerlo máximo 1 a 2 veces por semana e ir disminuyendo progresivamente.
- c) Las comidas deben ser equilibradas para promover saciedad y con suficiente cantidad de grasas a fin de promover saciedad retrasando el vaciamiento gástrico.
- d) La serotonina un neurotransmisor del SNC, en los bulímicos desciende considerablemente durante el atracón, por esto los menús tendrán alimentos ricos en triptófano como: carnes rojas, quesos grasos, huevos, nueces y almendras.

7.2 PLAN DIETÉTICO

Desayuno 8am

- 1 Sanduche de pan integral de jamón y queso
- 1 taza de yogurt (cualquier sabor)
- 1 manzana picada

Colación 10h30am

- 1 vaso de leche de soya
- 1 guineo

Almuerzo 13h00

- 1 plato de sopa de pollo con vegetales
- 1 taza de arroz
- 1 porción de menestra
- 1 porción de pollo a la plancha
- 1 taza de ensalada de brócoli, cebolla y tomate
- 1 porción de piña

Colación 15h30

- 1 taza de yogurt (cualquier sabor)
- 1 porción de almendras
- 1 porción de galletas integrales con avena

Cena 19h00

- Ensalada fría (vainita, cebolla y zanahoria)
- 1 porción de pollo asado
- 1 porción de arroz con menestra

Colación

- Agua aromática

TABLA DE CALCULO DE DIETAS

100 KILOCALORIAS CHO PROTEINAS GRASAS	DISTRIBUCIÓN	V. ESPERADO	V. OBSERVADO	% ADECUACION	
	2000	2000	2195,7	109,8	NORMAL
55	275	282,6	102,8	NORMAL	
20	100	97,8	97,8	NORMAL	
25	55,6	60,9	109,6	NORMAL	

	ALIMENTOS	CANTIDAD	KCAL	CHO	PR	GR
DESAYUNO (25%)						
Sanduche de jamón y queso pan integral	Pan integral	30	77,64	18,36	2,94	0,06
	Queso	30	49,2	1,5	6,09	2,1
	Jamón semigrasoso (cerdo)	20	59,60	0,12	3,08	5,20
1 taza de yogurt	Yogurt	200	126	9,4	7	6,6
1 manzana	Manzana	60	66	15,84	0,48	0,12
COLACION (10%)						
Leche de soya con guineo	Leche de soya	200	110	11,52	6,4	3,68
	Guineo	90	91,53	22,41	1,08	0,27
ALMUERZO (30%)						
Sopa de pollo	Arveja tierna	20	23,84	4,28	1,5	0,08
	Zanahoria	20	8,92	2	0,14	0,04
	Papa chola	20	18,24	4,08	0,48	0,02
	apio	100	26,1	5,6	0,7	0,1
	Pollo	50	105,00	0,00	9,30	7,55
Arroz, Pollo a la plancha y ensalada de Brócoli	Arroz	90	324,9	72	5,94	1,44
	Pollo	80	168,00	0,00	14,88	12,08
	Brócoli	40	22,20	2,52	2,40	0,28
	Tomate	40	11,92	2,04	0,40	0,24
	Cebolla paiteña	30	16,83	3,78	0,36	0,03
Porción de Piña picada	piña	70	39,83	9,52	0,28	0,07
COLACION (10%)						
Galletas integrales con avena y yogurt	Galletas integrales con avena	50	167,5	7	0,4	0,3
1 porción de almendras	yogurt natural	200	126	9,4	7	6,6
Frutos secos	Almendras	40	20,4	4,68	0,36	0,04
MERIENDA (25%)						
Ensalada fría de vainita, cebolla y zanahoria	Vainita	40	13,56	2,32	0,8	0,12
	Cebolla paiteña	40	27,88	6,64	0,24	0,04
	Zanahoria	30	13,38	3	0,21	0,06
Arroz con menestra	Arroz	60	216,6	48	3,96	0,96
	frijoles	30	96,6	16,62	6,54	0,75
Pollo asado	Pollo	80	168,00	0,00	14,88	12,08

8. CONCLUSIONES

- La alimentación está fundamentalmente relacionada con el tema de las dietas, la imagen corporal y el marketing que agresivamente ejercen las empresas. Estos TCA generan una convergencia bio-psico-social, sin embargo los patrones estéticos, transmitidos a través de los medios de comunicación (televisión, etc) y redes sociales desempeñan un rol fundamental en la conformación de estas patologías.
- El entorno de las relaciones interpersonales, específicamente la familia desempeña un rol clave y muy importante en la aparición y permanencia de estos TCA. Los principales factores familiares que pueden conducir a producir anorexia son la pobre comunicación, incapacidad de resolver problemas/conflictos, excesiva protección de los padres y alta expectativa hacia los hijos, entre otros.
- Es necesario brindar un tratamiento integral para este trastorno que incluya un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, ya que este problema requiere un abordaje psicológico, nutricional, dietético, médico y psicoterapéutico, para lograr no solo una notable mejoría de la calidad de vida del paciente sino también el mantenimiento de un estado de salud óptimo.
- Es además necesario incluir a la familia dentro del tratamiento.
- Es clave motivar a la paciente, aumentar su autoestima y hacerle entender porque es preferible nutrirse y estar bien alimentado que mantener una figura socialmente buena.

9. RECOMENDACIONES

- a) Procurar no inducirse el vómito (por ningún motivo) ni se tomarán laxantes ni diuréticos ni se realizará ejercicio intenso ya que, la cantidad de alimento que se tome será la necesaria para mantener el peso que les corresponda.
- b) Se incorporarán progresivamente a la dieta, aquellos alimentos que la paciente había rechazado.
- c) Lácteos. Se incluirán diariamente en la alimentación (leche, yogur, queso, etc.) ya que contienen, básicamente, todos los nutrientes y nos proporcionan calcio que es fundamental para los huesos.
- d) Carne, el pescado y los huevos. Aportan proteínas fundamentalmente. Se alternará el consumo de carne y pescado a lo largo de la semana. En cuanto al huevo, se tomará máximo, uno al día - Dentro de la carne se incluye vaca, cerdo, conejo, pollo, caza, jamón y similares. - Los pescados incluyen los de mar, los de río y los mariscos
- e) Féculas. Nos suministran carbohidratos y por tanto, la energía que necesita el organismo para realizar sus funciones.
- f) Legumbres como frijoles, garbanzos, lentejas, se consumirán de 2 a 3 veces por semana. Son ricas en proteínas y proporcionan fibra.
- g) Cereales como el arroz, trigo, maíz, centeno, tienen gran cantidad de vitaminas del grupo B. Se recomienda ingerirlos todos los días
- h) Papas. Contienen vitamina C.
- i) Aceites y grasas. Aportan ácidos grasos esenciales. Se recomiendan ingerirlos en crudo para aderezar ensaladas u otros platos.
- j) Los azúcares se ingerirán como complemento de los alimentos anteriores, no sustitutos.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Camarillo Ochoa, N., Cabada Ramos, E., Gómez Méndez, A. J., & Munguía Alamilla, E. K. (2013). *Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/473/47326333008.pdf>
- Castro, A. (Abril de 2010). *ELABORACIÓN DE MENÚS NUTRICIONALES*. Obtenido de Univerisdad Tecnologica Equinoccial: http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/11600/1/44986_1.pdf
- Cobo, J. (s.f.). *Metodos rapidos para la valoracion de la masa grasa*. Obtenido de <http://www.nutricion.org/publicaciones/pdf/antropometria.pdf>
- *Ecuacion de Harris Benedict*. (s.f.). Obtenido de http://www.fresenius-kabi.es/nutricionenteral/pdf/manual_enteral/13.pdf
- Gomez Bonnet, I. (2010). *Trastornos del comportamiento alimentario. Anorexia y Bulimia*. Obtenido de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Trastornos%20del%20compor tamiento%20alimentario.%20Anorexia%20y%20bulimia.pdf>
- Instituto Tomas Pascual. (27 de Enero de 2011). *Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia nerviosas. Vive Sano*. Obtenido de VIVE SANO: http://www.institutotomaspascualsanz.com/descargas/publicaciones/vivesano/vi vesano_27ene11.pdf?pdf=vivesano-170311
- Madrid, C. d. (2008). *CONSEJO PARA EL SEGUIMIENTO DEL PACTO SOCIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID CONTRA LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO*. Obtenido de http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2F pdf&blobheadername1=Content- Disposition&blobheadervalue1=filename%3DMEMORIA+CSPSAB+_definitivo_. pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220525553981&ssbinary =true
- Morales , A. A., & Yopez, V. R. (2012). *CONDUCTAS DE RIESGO FRENTE A LA ANOREXIA EN ADOLESCENTES DE 12 Y 18 AÑOS DE EDAD DEL*

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR “REPÚBLICA DEL ECUADOR”
UBICADO EN LA CIUDAD DE OTAVALO, PROVINCIA DE IMBABURA,
DURANTE EL PERÍODO SEPTIEMBRE - OCTUBRE 2012. Obtenido de
UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE:
<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2071/1/TESIS%20COMPLETA%20MORALES%20Y%20Y%C3%89PEZ.pdf>

- OPS. (2008). *Anorexia*. Obtenido de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia04.pdf>
- Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., & Raich, R. M. (2012). *La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08_revision_07.pdf
- Rava , M. F., & Silber, T. J. (2004). *Bulimia nerviosa (Parte 2). Desde la etiología hasta la prevención*. Obtenido de <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2004/A6.468-477.pdf>
- Ruiz Lazaro, P. J., & Sanchez Mascaraque, P. (2014). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Obtenido de http://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps_inf_trastornos_comportamiento_alimentario.pdf
- Staudt, M. A., Rojo, N. M., & Ojeda, G. A. (Abril de 2006). *TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA NERVIOSA. Revisión de bibliográfica*. Obtenido de http://med.unne.edu.ar/revista/revista156/6_156.pdf
- UIDE. (2013). *Evaluación de prácticas no saludables para el control de peso y el riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimentaria en los estudiantes de pregrado de la Universidad Internacional del Ecuador en el periodo académico Marzo-Julio 2013*. Obtenido de <http://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/452/1/T-UIDE-0430.pdf>
- *Valoración del estado nutricional*. (s.f.). Obtenido de http://www.unizar.es/med_naturista/Valoracion.pdf

11. ANEXOS

11.1 FÓRMULAS PARA REALIZAR LA EVALUACION DEL PACIENTE

a) Tabla V Índice de masa corporal

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

$IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Talla}^2 \text{ (cm)}}$	
RANGOS	
<i>IMC límite inferior supervivencia</i>	12
<i>Emaciación</i>	< 15 (cadavérico)
<i>Bajo peso</i>	15 – 18.9
<i>Normopeso</i>	19 – 24.9
<i>Sobrepeso</i>	25 – 29.9
<i>Obesidad I</i>	30 – 34.9
<i>Obesidad II</i>	35 – 39.9
<i>Obesidad III</i>	>40 (mórbida o grave)

(Valoración del estado nutricional, s.f.)

b) Tabla VI Cálculo de porcentaje de peso ideal

CÁLCULO DE PORCENTAJE DE PESO IDEAL

% Peso Ideal = $\frac{\text{Peso Actual}}{\text{Peso Ideal}} \times 100$	
200%	Obesidad mórbida
130%	Obesidad
110-120%	Sobrepeso
80-90%	Desnutrición leve
70-79%	Desnutrición moderada
<69%	Desnutrición severa

(Cobo, s.f.)

c) Tabla VII Cálculo de porcentaje de pérdida de peso

CÁLCULO DE PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE PESO

$$\% \text{ Pérdida de Peso} = \frac{\text{Peso Usual} - \text{Peso Actual}}{\text{Peso Usual}} \times 100$$

RANGOS	
Pérdida de peso significativo	Pérdida de peso severo
5% en 1 mes	>5% en 1 mes
7.5% en 3 meses	>7.5% en 3 meses
10% en 6 meses	>10% en 6 meses

(Valoración del estado nutricional, s.f.)

d) Tabla VIII Cálculo de requerimiento calórico: Ecuación de Harris Benedict

CÁLCULO DE REQUERIMIENTO CALÓRICO

ECUACIÓN DE HARRIS BENEDICT	
Hombres	$GEB = 66.47 + [13.7 \times \text{Peso (kg)}] + [5 \times \text{Talla (cm)}] - [6.7 \times \text{edad (años)}]$
Mujeres	$GEB = 655 + [9.5 \times \text{Peso (kg)}] + [1.8 \times \text{Talla (cm)}] - [4.68 \times \text{edad(años)}]$
Factor de actividad	1.2=Confinado a una cama 1.3=Deambulando
Factor de estrés	1.0 (no estresado) hasta 2.1 (quemados)

(Ecuación de Harris Benedict, s.f.)

e) Tabla IX Requerimiento calórico diario: Regla del pulgar

REQUERIMIENTO CALÓRICO DIARIO

REGLA DEL PULGAR		
<i>Requerimiento calórico = Peso (kg) x Rango</i>		
IMC	RANGO	PESO
OBESIDAD	20	Peso Ajustado
SOBREPESO	25	Peso Ideal
NORMAL	30 – 40	Peso Actual
BAJO PESO	+ 40	Peso Ideal

(Valoración del estado nutricional, s.f.)