

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTA DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

**TRANSTORNOS DE LA ALIMENTACION EN LA
ADOLESCENCIA: ANOREXIA Y BULIMIA**

TESIS

Que presenta para obtener el Diploma
en la Especialidad de Pediatría

DR. LUIS ALEJANDRO LÓPEZ CASTRO

Hermosillo, Sonora, Octubre de 2003.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

**TRANSTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN LA
ADOLESCENCIA: ANOREXIA Y BULIMIA**

TESIS

Que presenta para obtener el diploma
en la especialidad de Pediatría.

Dr. LUIS ALEJANDRO LÓPEZ CATRO

Dr. Ramiro García Álvarez
Director de Enseñanza e Investigación
y Profesor Titular del Curso de Pediatría.

Dr. Filiberto Pérez Duarte
Director General del Hospital Infantil

Asesores:

Dra. Elba Vázquez Pizaña
Jefe del Servicio de Medicina
Del adolescente en el HIES.

Dr. Adalberto Rafael Rojo Quiñones
Médico Ginecólogo Adscrito al Servicio
de Medicina del Adolescente.

Hermosillo, Sonora. Octubre de 2003

INDICE

	No. Pag.
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS.....	33
MATERIAL Y METODOS	34
RESULTADOS	38
DISCUSION	68
CONCLUSIONES	80
BIBLIOGRAFÍA	85
ANEXO	90

RESUMEN:

Título: Trastornos de la alimentación en adolescentes: Anorexia y Bulimia.

Introducción: En la adolescencia hay riesgo de sufrir diversas alteraciones, centradas en hábitos de alimentación inadecuadas manifestándose la anorexia y bulimia en un extremo y la obesidad en el otro.

Objetivo: Conocer las características de los adolescentes con trastornos de la alimentación que acuden para su atención al Hospital Infantil del Estado de Sonora.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, de enero del 2000 a junio de 2005, se revisaron los expedientes de anorexia y bulimia, analizando antecedentes personales, socioculturales, riesgo individual y familiar, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento, complicaciones, seguimiento y sucesos vitales. La información se capturo en hoja de cálculo Excel versión XP.

Resultados: La incidencia fue de 5.8%, fueron dos hombres y 26 mujeres, relación 1: 13, promedio de edad 15.3 años. Provenían de medio socioeconómico bajo 16(57.1%), originarias de Hermosillo 19(67.9%).El diagnóstico se realizó en 100% con los criterios del DSM IV para anorexia nervosa tipo restrictivo 21 casos y bulimia tipo purgativo 7 casos. Se evaluaron por nutrición, ginecología y psicología en el 100%, presentaron recaídas en 7, se hospitalizaron 4 por hipoglicemia, IVU, derrame pericardico, deshidratación, pancreatitis, hipokalemia y crisis convulsivas. Los sucesos vitales negativos predominantes fueron familiares y personales

Conclusiones: La autoestima de una persona determina la mayoría de las acciones y actitudes ante la vida, elegir una relación sana con los alimentos y una imagen corporal positiva implica tener desarrollada una autoestima positiva

INTRODUCCION

La alimentación humana pese a ser un evento natural y cotidiano es aún poco comprendida, esto es razón de que parecen existir tantas formas de alimentarse como individuos hay, lo anterior debido a la existencia de múltiples estilos, pautas, hábitos, preferencias, horarios, conductas, actitudes, apetitos, etcétera, lo cual da idea de lo complejo que puede resultar el fenómeno alimentario. Además, hay que recordar que en la alimentación humana confluyen factores de orden psicológico, social y cultural. Por lo que, para la investigación humana, no basta con limitarse únicamente al estudio de sus bases biológicas, si no que se exige un abordaje o aproximación multifactorial, que permita rescatar la interrelación sujeto-sociedad desde una concepción biopsicosocial (Barber, Bolaños-Cacho, López y Ostrosky, 1996). Sobre todo, si se considera que el comportamiento alimentario representa una forma de intercambio del individuo con su entorno, ya que el hombre aprende a alimentarse a partir del contacto con otras personas.

Por ejemplo, Gold (1976) clasificó en tres mecanismos el patrón alimentario en su asociación con el ajuste emocional:

- a) La actividad oral funciona como un mecanismo de ajuste ante la presencia de signos de ansiedad, tensión, tristeza o frustración.
- b) El hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía o ira.
- c) La comida actúa como una droga para hacer frente a la carencia de ajuste social. (1)

Los principales trastornos de alimentación en adolescentes son:

1. Anorexia nerviosa (AN).
2. Bulimia nerviosa (BN).
3. Trastornos de la alimentación no especificados con otro nombre.
4. Trastornos alimentarios compulsivos.

La palabra bulimia proviene del griego y significa “hambre de buey”, se ha descrito también el trastorno conocido como ingestión compulsiva. La AN se conoce desde hace aproximadamente tres siglos. En 1889 Morton la describió como “consumo nervioso” en los adolescentes y más tarde se definió como anorexia nerviosa; en 1936 Ryle la describe, advierte contra los métodos psicoanalíticos y busca sus motivos en pacientes jóvenes.

Al cambiar las teorías analíticas de psiquiatría en 1940, Deutsch explora el temor de la impregnación oral que maneja las conductas de gente con AN. En 1980, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) publicó criterios para el diagnóstico de anorexia, pero no fue hasta 1987 que la Asociación reconoció a la anorexia y la bulimia como dos entidades clínicas diferentes.(2)

Anorexia Nerviosa.

Definición: Trastorno de la conducta alimentaria que afecta preferencialmente a mujeres jóvenes con marcada pérdida de peso, diversas alteraciones psicológicas y trastornos menstruales.(3)

La AN se caracteriza por incapacidad de mantener el peso corporal normal para la edad y talla, o falla para ganar peso durante el crecimiento lo que se acompaña de un intenso miedo de ganar peso o convertirse en obeso, en ocasiones por alteración en la percepción del peso y forma del cuerpo. La palabra “anorexia” proviene de los vocablos griegos an. privativa. y orexis. apetito, sin embargo el término es equivoco por que es rara la pérdida del apetito.

Se pueden diferenciar dos subtipos dentro de la anorexia nerviosa: uno es el llamado tipo restrictivo, en el cual la pérdida de peso se acompaña de dieta, ayuno o ejercicio excesivo. Durante estos episodios el individuo no realiza purgas ni come compulsivamente. (ingestión compulsiva se define como: el consumo de una cantidad de alimento muy grande comparado con la que ingeriría la mayoría de los individuos en las mismas circunstancias); el segundo tipo de anorexia nerviosa es el compulsión-purga. Muchas de las pacientes con anorexia nerviosa luego de consumir grandes cantidades de alimento, utilizan purgantes, diuréticos, laxantes o enemas. En este subtipo se incluyen además, aquellos pacientes que regularmente se purgan luego de ingerir una pequeña cantidad de comida, como mínimo una vez al mes. (4)

Bulimia Nerviosa.

Definición: Es un trastorno crónico con episodios recurrentes de compulsión por comer seguidos por conductas compensatorias (por ejemplo, vómito, uso de laxantes, ejercicio, restricción de alimentos), después de dicha compulsión. La crisis consiste en ingerir mucho en un periodo corto de tiempo que fluctúa entre dos y cuatro horas. Menciona el DSM IV que el criterio diagnóstico para considerar patológica está compulsión por comer es que se

presente al menos dos veces por semana durante un periodo de tres meses. Estos individuos también sufren de un intenso miedo de ganar peso o ser obesos, o de una alteración de la imagen corporal. (2,5)

Esta enfermedad también tiene dos subtipos:

- 1) Bulimia nerviosa tipo purgativo , en la cual el paciente que sufre el episodio de bulimia regularmente usa laxantes, diuréticos o vomita.
- 2) Bulimia nerviosa tipo no purgativo, en el cual el paciente con bulimia utiliza regularmente conductas compensatorias inapropiadas, como ayuno o excesivo ejercicio, pero no se autoinduce el vomito ni usa laxantes, enemas o diuréticos.

Trastornos alimentarios no específicos con otro nombre.

Se engloban en esta clasificación todos aquellos trastornos alimentarios cuyas características no coinciden con los criterios antes descritos para anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

Entrarían en esta categoría los casos que enseguida se mencionan:

1. Toda mujer con todos los criterios para anorexia nerviosa, pero que conserva el ciclo menstrual.
2. Cuando en una paciente se cumplen los criterios de anorexia nerviosa, pero que a pesar de una importante pérdida de peso aún se mantiene en un intervalo normal de peso según su talla y edad.
3. Cuando una paciente tiene todos los datos que correspondan a los criterios para bulimia nerviosa, pero los episodios de compulsión y vómito son menos frecuentes (dos veces a la semana o con una duración menor de tres meses).
4. La autoinducción del vomito luego de una pequeña ingesta en una persona con peso corporal normal.
5. Toda persona que luego de masticar, escupe la comida y no traga grandes porciones de alimento.
6. Episodios repetidos de ingestión voraz de alimentos, los cuales no son seguidos de conductas compensatorias inapropiadas.

Trastornos alimentarios compulsivos.

Estos se caracterizan por lo siguiente:

1. Episodios de alimentación compulsiva.

2. Los episodios de ingestión compulsiva se acompañan de otras conductas, como comer más rápido que lo normal; comer hasta sentir una sensación de “llenado” desagradable; ingerir grandes cantidades de comida cuando no se tiene hambre; comer y avergonzarse de las cantidades de alimentos que se ingieren, y sensación de culpa, enojo o depresión, luego de una ingestión compulsiva.
3. La frecuencia de estos episodios son de dos veces por semana por un lapso de seis meses. (4,6)

EPIDEMIOLOGIA

La AN y la BN son enfermedades graves y crónicas, asociadas con altos niveles de morbilidad psicológica y pobre calidad de vida. Su frecuencia va en aumento en el caso de la AN la edad pico de inicio es entre 12 y 14 años, con prevalencia de 1% a 2% ; es la tercera causa de enfermedad crónica en niñas adolescentes después de la obesidad y el asma y su recuperación varía entre 23% y 50% con recaídas desde 4% a 27%. Se estima que la mortalidad es de 5% a 20%. En México se considera que la edad promedio de inicio es de 14 años. (2)

Mientras que en otros países como Europa y Estados Unidos puede iniciarse en niñas entre 9 y 12 años de edad.(7)

La BN generalmente se inicia en la etapa final de la adolescencia con un pico de edad de inicio es de 16 años + - 2 con un tiempo de evolución poco mayor de cinco años.(4)

La prevalencia de 1 a 5% de la población, afecta casi a 3% de mujeres jóvenes y raramente a un adolescente varón.(2)

ETIOPATOGENIA

Aunque se desconoce la etiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), probablemente se asocian a factores biológicos, psicosociales y sociales. El trauma en la niñez en particular el abuso sexual, fue promovido en las décadas de 1980 y 1990 como causa importante. Con el advenimiento de nuevas biotecnologías (biología molecular, neuroimagen) se revive el interés de explorar factores biológicos, en particular genéticos, como origen de estos trastornos.(2)

Tanto la anorexia nerviosa como la bulimia nerviosa han tenido con el paso del tiempo mejor estudio de los casos y una modificación en las causas de la etiopatogenia. En un

principio estas enfermedades se consideraron unifactoriales. La causa fue cambiando con el transcurso del tiempo: en la Edad Media se hablaba de la anorexia nerviosa como “consumición nerviosa”; luego a estas causas se le sumaron las hipotalámicas y las endocrinas, hasta que finalmente en la actualidad se acepta como una enfermedad multifactorial, constituida por factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes.

Factores predisponentes

Se clasifican en personales, predisposición genética, familiares y culturales.

1. Factores personales. Las características de estas personas son (Neinstein , 1992):

- A. Ser mujer y adolescente.
- B. Presentar ligero sobrepeso.
- C. Personalidad obsesiva.
- D. Baja autoestima.
- E. Marcada dificultad para establecer su funcionamiento autónomo, establecer su identidad y acceder a la separación.
- F. Conductas depresivas, las cuales al igual que los trastornos de la imagen corporal , aún no se ha establecido si son factores causales o aparecen como consecuencia del cuadro ya establecido.

2. Predisposición genética. Este planteamiento aparece por la alta correlación de esta enfermedad en mellizas monocigóticas en comparación con mellizas dicigóticas (APA, 1994)

3. Factores familiares. La clásica descripción de Salvador Minuchin de familia psicósomática, en la que quedaría encuadrada la familia del paciente anoréxico, y que habla de pautas de interacción: aglutinación, sobreprotección, rigidez (dificultad para realizar los cambios necesarios ante las crisis evolutivas normales), falta de solución de conflictos, participación del paciente en los conflictos conyugales. Si bien muchas familias no responden a este perfil, la mayoría presenta alguna de estas características (Méndez y col., 1993). En la vida cotidiana estas familias tienen tendencias a comprar grandes cantidades de alimentos, realizar dietas, estar pendientes de la apariencia física, el peso y realizar deportes (Neinstein, 1992; APA, 1994).

4.-Factores culturales. Discriminación de las personas obesas porque la delgadez se considera un factor de belleza. La presión de los medios de comunicación (frecuentemente

consumidos por los adolescentes), en los que se promueven dietas, modelos sumamente delgadas y tipo de vestimenta para cuerpos muy delgados. Todo el discurso publicitario tiende de manera explícita o implícita a mostrar que la “autoestima” se sustenta en la imagen corporal (Neistein 1992).

Factores desencadenantes

Son aquéllos que estimulan el cuadro patológico. Dentro de este grupo de factores se pueden destacar los que están relacionados con la “autoexigencia” y presión externa; por ejemplo: situaciones de examen, competir como atleta solo o en bailarinas. El efecto de la anorexia nerviosa se encuentra más en deportes que demandan un gran gasto de energía y en atletas nulíparas menores de 25 años de edad (Golden y col., 1992).

Las situaciones de separación pueden estimular la enfermedad, como el alejamiento del hogar por estudio y trabajo, separación de la pareja, entrar a la vida religiosa o a la vida militar, etcétera (Goleen y col. 1992).

Factores perpetuantes

Son aquéllos capaces de mantener la enfermedad una vez instalada. Estos factores incluyen los factores familiares, culturales y personales.

En el caso de la bulimia nerviosa, se ha encontrado un grupo familiar muy alterado, con rasgos infantiles y con padres incapaces de cumplir su papel cuando tienen hijos adolescentes. Hay con frecuencia trastornos psiquiátricos en los padres (De la parra y col. 1992), quienes son impulsivos, con mayor intolerancia a las frustraciones, insatisfechos en la relación intrafamiliar y con madres depresivas y hostiles.

Kasser (1989) reportó mayor incidencia de trastornos afectivos y de la alimentación relacionados con alcoholismo (40% de la primera generación de pacientes bulimicoanoréxicas, cuyo padecimiento tenía una base genética)(De la Parra y col.,1992).

Las características personales de estas pacientes comprenden vida social activa escasa y tendencia al aislamiento para ocultar su físico por el sobrepeso o los signos clínicos que lo acompañan. Por lo general, ellas comparten pocas veces la mesa familiar y se alimentan a escondidas . Garfinkel y colaboradores (1992) observaron que 48% de estas jóvenes presenta alteraciones de la vida social con aislamiento, dificultades laborales y alteración de la relación familiar y escolar, y pueden estar implicadas en robos. El consumo de drogas y

alcohol se encuentra entre las características de estas pacientes. En el ámbito de la sexualidad, se ha observado que el promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales es de 20.18+- 3.07 años, a diferencia de la paciente con anorexia, que se aísla y frecuentemente no ha iniciado relaciones sexuales.(4)

MANIFESACIONES CLINICAS:

Las características físicas incluyen pelo lanugo sobre la cara y tronco, pelo descuidado, quebradizo, cianosis de manos y pies y piel seca. Los cambios cardiovasculares incluyen bradicardia (menos de 60 pulsaciones por minuto), hipotensión (presión sistólica de menos de 90 mmhg), e hipotensión ortostática. Las complicaciones cardiovasculares se asocian a muerte en pacientes anoréxicos. La anorexia tiene repercusión en el tracto gastrointestinal y la masa cerebral de estos individuos. Se encuentran evidencias de anormalidades de la estructura cerebral (pérdida de tejido) con inanición prolongada de aparición temprana. La inanición se asocia también a retraso en el vaciamiento gástrico, disminución de la motilidad gastrointestinal y constipación severa. La amenorrea es una característica de la anorexia, se asocia a disfunción hipotalámica, pérdida de peso, disminución de la grasa corporal, estrés y ejercicio excesivo; parece ser causada por una alteración en la regulación de la hormona liberadora de gonadotropina.(2)

Los síntomas primordiales de esta enfermedad multifactorial son: amenorrea, pérdida de peso y anorexia. Se sabe actualmente que la amenorrea en la anorexia nerviosa se acompaña de la triada: disfunción hipotalámica, pérdida de peso y estrés emocional. (4)

La osteopenia y osteoporosis, son complicaciones médicas serias posiblemente irreversibles de AN que pueden provocar compresión vertebral y fracturas. (8)

Las manifestaciones clínicas de BN en adolescentes se describen en pocos reportes, son muy variadas y dependen del nivel de ansiedad y angustia; muchas niñas refieren conflictos emocionales vinculados particularmente a la figura materna en sus funciones de relación, afecto y autoridad. Estas pacientes tienen la cultura de tener un cuerpo espléndido, practican múltiples actividades donde el aspecto físico es importante

(danza, modelaje, etc.) y toman conciencia de su sobrepeso. Al no lograr reducir peso mediante formas tradicionales, se someten a modalidades drásticas y la pérdida de peso no parece satisfacerlas. Desean recuperar su silueta anterior, ya que con la nueva figura adquirida por medio de dietas pierden autoestima y aparecen sentimientos de culpa, estados

depresivos e insatisfacción. Comen compulsivamente para reponer el poco peso perdido. El carácter de las pacientes con bulimia tiende a ser histriónico, no tan depresivo, suelen ser jóvenes conflictivas, muchas relatan historia de vida en banda, farmacodependencia, fugas de casa, cleptomanía, alcoholismo ocasional y otras formas de conducta antisocial. (2)

Los síntomas más comunes incluyen: distensión o sensación de plenitud abdominal, náusea, dolor de garganta, dolor abdominal o torácico asociado con frecuencias a esofagitis, hematemesis leve, fatiga, debilidad, somnolencia, irritabilidad, hemorragia conjuntival y, algunas veces, sensación de retención de agua en manos, pies o ambos. (7)

Las complicaciones gastrointestinales serias incluyen síndrome de Mallory-Weiss, dilatación gástrica aguda o ruptura gástrica. Las consecuencias de abuso de laxantes son deshidratación, elevación de los niveles de aldosterona y vasopresina sérica, sangrado rectal, atonía intestinal y dolor abdominal. El abuso de diuréticos puede condicionar deshidratación e hipokalemia, y en el vomito crónico se presenta además alcalosis. Se presentan arritmias cardiacas secundarias a desequilibrio ácido-base y alteraciones de electrólitos, causados por vomito puede haber evidencia clínica de : a) cicatrices en el dorso de la mano usada para estimular el reflejo de náusea, conocido como signo de Rusell: b) crecimiento de la glándula parótida: y c) erosión del esmalte dental con incremento en la caries dental. Las pacientes bulímicas raramente tienen alteraciones en su ciclo menstrual o amenorrea. (2,4)

DIAGNOSTICO

Todos los pacientes en categorías de alto riesgo para trastorno alimentario deben ser seleccionados durante consultas de rutina. El diagnostico de anorexia y bulimia no solo se basa en la ausencia de un origen orgánico definido si no en la presencia de ciertas características descritas en los criterios diagnósticos publicados por la APA en 1994.(2)

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Conocer las características de los adolescentes con trastornos de la alimentación que acuden para su atención al Hospital Infantil del Estado de Sonora.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Conocer la frecuencia de los trastornos de la alimentación en la adolescencia.

Cuales son las manifestaciones clínicas en los trastornos de la alimentación en la adolescencia.

Complicaciones de los trastornos de la alimentación en la adolescencia

MATERIAL Y METODOS

Se realizara un estudio retrospectivo, transversal, observacional descriptivo en el periodo comprendido de enero del 2000 a junio del 2005.

Para realizar el estudio se sacó un listado de los expedientes de los archivos de Medicina del Adolescente y se seleccionaron aquellos en los que se confirmó el diagnóstico de Anorexia y Bulimia.

Se analizó la siguiente información: Edad, sexo, factores socioculturales, factores de riesgo individuales y familiares, cuadro clínico, hallazgos a la exploración física, diagnóstico, tratamiento, complicaciones, seguimiento, evaluación por especialidades y sucesos de vida en los casos que se evaluaron.

Sucesos de vida (versión para adolescentes) es un instrumento que se diseñó para el uso de adolescentes de 13 a 18 años de edad, es un autoinforme compuesto por 129 reactivos y una pregunta abierta que permiten evaluar siete áreas: Familiar, Social, Personal, Problema de conducta, Logros y fracasos, Salud y Escolar. Los reactivos se puntúan mediante cuatro respuestas a) Cuando me sucedió y fue bueno, b) Cuando sucedió fue malo; c) Cuando sucedió y fue indiferente y d) Cuando no sucedió. Los eventos corresponden a eventos experimentados por el adolescente en un periodo no mayor de año.

La prueba de sucesos de vida es de fácil aplicación, tomando precauciones en el momento en que los adolescentes empiezan a llenar las hojas de respuestas. Normalmente el tiempo de aplicación es de 40 minutos.

Para la evaluación cuantitativa se hace tomando en cuenta cuantos reactivos que contestó el adolescente en cada una de las áreas y cual es el peso que tiene de acuerdo a los siguientes criterios el suceso es normativo positivo, tiene una calificación de uno, el suceso es no normativo positivo tiene una calificación de dos, si el suceso es normativo negativo tiene una calificación de tres. Si el suceso es no normativo negativo tiene una calificación de cinco. La calificación es manual con un juego de siete platillas, una para cada área. Se obtiene el número correspondiente a la puntuación natural (suma de los reactivos positivos de con su calificación), primero para área familiar que aparece al inicio del perfil. Se grafica mediante una marca en la serie numérica pertinente, para si obtener la puntuación T adecuada, después se sigue el mismo procedimiento para los reactivos negativos del área

familiar. Así mismo e sigue el mismo procedimiento para el área Socia y sucesivamente, asta terminar con la última área que es la escolar. El área de Problemas de conducta no tiene sucesos positivos.

Una vez obtenida una grafica hay que observar si entre los sucesos negativos hay alguna área cuya puntuación esté entre T65 y T69, lo cual indicara que el joven se encontrado expuesto a más sucesos estresares de lo esperado y por lo tanto pudiera estar en riesgo de presentar alguna alteración emocional. Si puntuación T es superior a 69, la probabilidad de presentar alteración aumenta.

Una vez concluido el proceso cuantitativo, se lleva a cabo la calificación cuantitativa, en donde hay que revisar cómo evalúa el sujeto los sucesos negativos en particular de las áreas que están por arriba del rango esperado de puntuación T (70 o más) (25) (14)

La información se captura en una hoja de cálculo Excel versión XP y el análisis estadístico se realizó en el programa JMP versión 5.12 utilizándose las pruebas de Chi cuadrada y T de student.

Las variables que se analizaron:

- Edad
- Sexo
- Medio socioeconómico
- Estado civil
- Factores de riesgo individuales y familiares (sucesos de vida)
- Cuadro clínico: dolor abdominal, vómitos y otros.
- Hallazgos a la exploración física: peso, talla, masa grasa, pelo quebradizo, piel seca, palidez de tegumentos y otras.
- Diagnostico
- Tratamiento: medico, nutricional, psicológico, psiquiátrico
- Complicaciones: depresión, intento de suicidio, desnutrición, desequilibrio hidroelectrolíticas y otras.
- Seguimiento
- Evaluación por especialidad: ginecológica, nutricional, psicológica, psiquiatría, social y otras.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se atendieron 3574 consultas correspondieron a primera vez 1614 eran del sexo femenino 984 y masculinos 630 de los cuales tenían el diagnostico de trastorno de la alimentación 28 adolescentes con una incidencia de 5.8%.

El numero de casos por año fue el siguiente en el años 2000 tres casos 10.7%, 2001 cinco casos 17.9%, en el 2003 dos casos 7.1%, en el 2004 nueve casos 32.1%, en el 2005 nueve casos 32.1%.No se presentaron casos en el 2002. **Cuadro 1**

Cuadro 1
Numero de casos por año
N=28

Año	N	%
2000	3	10.7
2001	5	17.9
2002	0	0.0
2003	2	7.1
2004	9	32.1
Jun-05	9	32.1
total	28	100.0

Fueron dos hombres y 26 mujeres, con una relación 13:1; la edad de presentación fue a los 12 años en un caso 3.6%, 13 años 4 casos 14.3%, 14 años 4 casos 14.3%, 15 años 4 casos 14.3%, 16 años 7 casos 25%, 17 años 7 casos 25% y 18 años un caso 3.6%. El promedio de edad fue de 15.3 años. **Cuadro 2**

Cuadro 2
Edad de presentación
N=28

Edad	Masculino	Femenina	Total	%
12		1	1	3.6
13		4	4	14.3
14	1	3	4	14.3
15	1	3	4	14.3
16		7	7	25.0
17		7	7	25.0
18		1	1	3.6
total	2	26	28	100.0

Promedio de edad: 15.3 años

Lugar de procedencia de mayor incidencia fue hermosillo con 19 casos, le sigue Miguel Alemán con dos casos 7.1%, en un caso en Caborca, Empalme, Guaymas, Navojoa, Nogales, Pesquera y Cananea. **Cuadro 3.**

Cuadro 3
Lugar de procedencia

N=28

Item	n	%
Hermosillo	19	67.9
Miguel Alemán	2	7.1
Caborca	1	3.6
Empalme	1	3.6
Guaymas	1	3.6
Navojoa	1	3.6
Nogales	1	3.6
Pesqueira	1	3.6
Cananea	1	3.6
total	28	100.0

En relación a la escolaridad eran analfabetas 2 casos 7.1%, habían realizados estudios de secundaria 10casos 35.7% y preparatoria 16 casos 5.1%.

El estado civil eran solteras en 25 casos 89.3%, unión libre en dos casos 7.1% y un caso 3.6 casada. El medio socioeconómico fue bajo en 16 casos 57.1 y medio en 12 caso 42.9%.

Cuadro 4.

Cuadro 4
Características socioculturales

N=28

ítem	n	%
Escolaridad		
Analfabeta	2	7.1
Secundaria	10	35.7
Preparatoria	16	57.1
Estado Civil		
Soltera	25	89.3
Unión Libre	2	7.1
Casada	1	3.6
Medio Socioeconómico		
Bajo	16	57.1
Medio	12	42.9

Dentro de los antecedentes personales en nuestro estudio encontramos antecedentes de pérdida de peso mayor de 9 kilogramos en 11 casos 39.3%, actividad deportiva 9 casos 32.1%, vida sexual activa en 6 casos 21.4%, peso normal 5 casos 17.9%, sobrepeso 5 casos 17.9%, ansiedad 5 casos 17.9, ideación suicida 4 casos 14.3%, intento de suicidio en 4 casos 14.3%, abuso sexual 3 casos 10.7%, depresión mayor 3 casos 10.7% y obesidad previa en 2 casos 7.1%, tabaco un caso 3.6%, uso de drogas un caso 3.6% y ayuno prolongado en un caso 3.6%. **Cuadro 5**

Cuadro 5
Antecedentes personales

N=28

Item	n	%
Perdida de peso*	15	39.3
Actividad deportiva	9	32.1
Vida sexual activa	6	21.4
Peso normal	5	17.9
Sobrepeso	5	17.9
Ansiedad	5	17.9
Ideación suicida	4	14.3
Intento de suicidio**	4	14.3
Abuso sexual	3	10.7
Depresión mayor	3	10.7
Obesidad previa	2	7.1
tabaco	1	3.6
Drogas	1	3.6
Ayuno prolongado	1	3.6

* pérdida de peso mayor de 9 kg. en 11 casos, rango de 9Kg a 60 kg

**en un caso dos intentos y en otro cuatro

El cuadro clínico que presentaron nuestros pacientes fue vómitos en 27 casos 96.4%, dolor abdominal en 26 casos 9.6%, alimentación inadecuada 24 casos 85.7%, depresión en 24 casos 85.7%, pérdida de peso 15 casos 56.6%, estreñimiento 14 casos 50%, plenitud

gástrica 11 casos 39.3%, imagen corporal distorsionada 10 casos 35.7%, cefalea 7 casos 25%, amenorrea 5 casos 17.9%, trastornos del sueño 4 casos 14.3% vértigo 3 casos 10.7%, intolerancia al frío 2 casos, hiporexia 2 casos, lipotimia 2 casos, astenia 2 casos, adinamia 2 casos, alteraciones visuales un caso 3.6%, fatiga un caso 3.6%, onicofagia un caso 3.6%, hipoglucemia un caso 3.6%, leucorrea un caso 3.6%. Irritabilidad un caso 3.6%, baja autoestima un caso 3.6%, dificultad de la deglución un caso 3.6%, impulsividad un caso 3.6%, constipación intestinal un caso 3.6% y otros 9 casos 32.1% **Cuadro 6.**

Cuadro 6
Cuadro clínico
 N=28

Item	N	%
Vómitos	27	96.4
Dolor abdominal	26	92.9
Alimentación inadecuada	24	85.7
Depresión	24	85.7
Perdida de peso*	15	53.6
Estreñimiento	14	50.0
Plenitud gástrica	11	39.3
Imagen corporal distorsionada	10	35.7
Cefalea	7	25.0
Amenorrea	7	25.0
Trastornos del sueño	4	14.3
Vértigo	3	10.7
Intolerancia al frío	2	7.1
Hiporexia	2	7.1
Lipotimia	2	7.1
Astenia	2	7.1
Adinamia	2	7.1
Alteraciones visuales	1	3.6
Fatiga	1	3.6
Onicofagia	1	3.6
Hipoglucemia	1	3.6
Leucorrea	1	3.6
Irritabilidad	1	3.6

Baja autoestima	1	3.6
Dificulta de la deglución	1	3.6
Impulsividad	1	3.6
Constipación intestinal	1	3.6
Otros	9	32.1

Los hallazgos a la exploración física encontrados fueron pelo seco 5 casos 17.8%, palidez 5 casos 17.8%, caries dental en 5 casos 17.8% y ropa holgada 3 casos 10.7%. **Cuadro 7.**

Cuadro 7

Hallazgos a la exploración física.

Item	n	%
Pelo seso	5/28	17.8
Palidez	5/28	17.8
Caries	5/28	17.8
Ropa Holgada	3/28	10.7

En relación al peso se encantaban por debajo de la percentil 25 trece adolescentes y por arriba de percentil 97 tres casos **Cuadro 8**

Cuadro 8

Exploración física

N=28

Peso		
<25	13	46.4
25	2	7.1
50	10	35.7
>97	3	10.7
Talla*		
<25	5	17.8
25	7	25
50	1	50
75	2	7.1

***No especificado en 8**

La masa grasa se tomo en 4 casos se encontró baja en un caso y alta en un caso. La madurez sexual se evaluó por tanner en 10 casos correspondió a etapa de tanner mamario

1V en seis casos y etapa V en cuatro. Correspondió a etapa de tanner de vello pubico 111 en tres casos, etapa 1V en cinco y etapa V en dos.

De los exámenes realizados se encontraron los siguientes hallazgos hemoglobina baja en 6 casos, leucopenia en 9 casos, glicemia baja en 2 casos, alta en un caso; colesterol alto en un caso, triglicéridos alto en 2 casos, potasio alto en un caso, perfil tiroideo en con aumento TSH en un caso, T3 aumentada en 3 casos, un urocultivo que confirmo diagnostico de IVU por la presencia de mas de 100 000 col. **Cuadro 9**

Cuadro 9

Exámenes de laboratorio en 28 adolescentes

Examen	Bajo	Normal	Alto
Hemoglobina	6	22	
Leucocitos	9	19	
Plaquetas		28	
VSG		2	3
Glucosa	2	18	1
Cretina		8	
Urea		2	
Colesterol		2	1
Triglicéridos		17	2
HDL		3	
LDL		3	
Ácido úrico		4	
Proteínas T y F		7	
Na		14	
K	1	13	
Cloro		3	
Calcio		2	
Fósforo		1	
Magnesio		1	
TGO		11	1
TGP		12	
TSH		14	1
T3		13	2
T4		15	

EGO		6	
Urocultivo*			1

*Mas de 100 000 colonias

Se realizaron estudios de laboratorio especiales como parte del diagnostico integral encontrado amilasa alta en un caso, en una paciente con pancreatitis. Los otros estudios realizados se encontraron normales. **Cuadro 10**

Cuadro 10
Exámenes de laboratorio en 28 adolescentes

Examen	Bajo	Normal	Alto
Hierro		1	
Saturación de Transferrina		1	
Fibrinogeno			
TP		2	
TPT		3	
Ac. Antihelicobacter		2	
Prueba de la ureasa		2	
Bilirribinas T y F		3	
Amilasa		3	1
Lipasa		2	
DHL		4	
Fosfatasa alcalina		3	
PCR		2	
Inmunoglobulina G y M		1	
Inmunoglobulina E		1	
Fracción Beta		2	
VDRL		3	

Ag. HB		1	
VIH		3	
CPS		7	
Amiba en fresco		2	
Frotis de moco fecal		1	
Graham		1	

Se realizo Frotis de sangre periférica en 6 casos, normal en dos casos, con anormalidades en cuatro casos. Las alteraciones en la serie roja se presentaron en dos casos, en la serie blanca en 3 casos y plaquetas en dos casos. Los hallazgos encontrados se muestran en el **Cuadro 11**

Cuadro 11
Frotis de sangre periférica en 6/28 adolescentes

N caso	Hallazgo
9	serie blanca y plaquetas normales, serie roja células en cigarro, reticulocitos 1%
10	normal
11	normal
24	neutropenia, neutrofilia, anisocitosis
25	Blanca ecrofilia, roja anisocitosis, macrvalacitos +, ovalocitos +, plaquetas disminuidas, poiquilocitosis +
27	neutrofilia, monolitos vacuolados 3%, anisocitosis, ovalocitos, microcitosis,

Se realizaron estudios especiales en cuatro casos, radiografía de tórax en un caso normal; radiografía de abdomen en dos casos normal; ultrasonido pélvico 4 casos con alteraciones 3 casos; Serie esófago gastroduodenal 3 casos, alteradas en un caso; ultrasonido abdominal 2 casos alterado un caso; ultrasonido de hígado y vías biliares un caso, alterado; colon por enema un caso, normal; urografía excretora un caso, normal; transito intestinal un caso, alterado, biopsia de mucosa intestinal un caso, alterado; endoscopia en dos casos, alteradas;

Tomografía Axial Computarizada de cráneo (TAC) un caso, normal; ecografía un caso, alterado y electrocardiograma un caso, alterado.

Cuadro 12

Los hallazgos en los estudios especiales se realizaron en cuatro pacientes en la primera paciente e realizo serie esófago gastroduodenal que mostró obstrucción duodenal y endoscopia con erosión superficial de esófago en tercio superior y medio, estomago retencionista; en la segunda paciente el sonograma de abdomen mostró pancreatitis edematosa con datos de necrosis en su parénquima. En la tercera paciente un sonograma de hígado y vías biliares datos en relación a colestasis lodo biliar, control con pancreatitis crónica agudizada, la endoscopia mostró gastritis crónica, incompetencia del esfínter esófago superior; cuarta paciente se realizo electrocardiograma que mostró alteración de repolarizacion y ecocardiograma derrame pericardico; otros hallazgos se muestran en el

Cuadro 13

Cuadro 12

Exámenes especiales en 28 adolescentes

Examen	Normal	alterada	total
Radiografía de tórax (11)	1		1
Radiografía de abdomen (9,15)	2		2
Ultrasonido pélvico (6)	1	3	4
Serie Esófago Gastroduodenal (14,15)	2	1	3
Ultrasonido abdominal (15)	1	1	2
Ultrasonido de hígado y vías biliares (14)		1	1
Colon por enema (14)	1		1
Urografía excretora (14)	1		1
Transito intestinal (9)		1	1
Biopsia de mucosa gástrica (14)		1	1
Endoscopia (9,14)		2	2
TAC de cráneo (9)	1		1
Ecocardiograma (9)		1	1
Electrocardiograma (9)		1	1

Cuadro 13

Exámenes especiales en 4/28 adolescentes

Examen	Hallazgo
Ultrasonido pélvico (10)	Imágenes onicogenicas, que corresponde a ovarios poliquisticos
Ultrasonido pélvico (15)	Quiste foliculares derechos
Ultrasonido pélvico (2)	Ovarios aumento de volumen, múltiples quistes foliculares de 2 a 3 mm control Normal
Serie esofago gastroduodenal (9)	Obstrucción duodenal
Ultrasonido abdomen superior (15)	Pancreatitis edematosa con datos de necrosis en su parenquima
Ultrasonido hígado y vías biliares (14)	Datos en relación a colestasis lodo biliar
Ultrasonido hígado y vías biliares (14)	Un año después pancreatitis crónica agudizada
Ultrasonido vías biliares (14)	Colesterolisis/colecistitis leve
Ultrasonido renal (14)	Aumento de la ecogenicidad del riñon izquierdo, leve irregularidad en sus contornos
Biopsia mucosa gástrica (14)	Gastritis crónica mínima
Endoscopia (9)	Erosiones superficial esófago tercio superior y medio, estomago retencionista
Endoscopia (14)	Esofagitis, hernia hiatal, discreta incompetencia del esfínter esofágico inferior
Electrocardiograma (9)	Alteración de repolarizacion
Ecocardiograma (9)	Derrame pericardico

La evolución fue realizada por las siguientes especialidades nutrición 28 casos 100%, psicología 28 casos 100%, ginecología 28 casos 100%, psiquiatría 18 casos 64.3%, oftalmología 9 casos 32.%, medicina interna en 7 casos 25%, estomatología en 5 casos 17.9%, cardiología en 3 casos 10.7% y cirugía en 2 casos 7.1%. **Cuadro 14.**

Cuadro 14

Evolución por especialidades.

N=28

Especialidad	N	%
Nutrición	28	100
Psicología	28	100
Ginecología	28	100
Psiquiatría	18	64.3
Oftalmología	9	32.1
Medicina Interna	7	25.0
Estomatología	5	17.9
Cardiología	3	10.7

Cirugía	2	7.1
---------	---	-----

En 7 pacientes a hubo recaídas.ameritaron hospitalización en 4 pacientes, en un caso dos ocasiones y en otro 3 el resto una. Fueron atendidas en múltiples ocasiones en urgencias dos de ellas

Los motivos de hospitalización fueron entre las causas de sus asistencia fue por hipoglicemia, IVU, Derrame pericardico, hipoclacemia, crisis convulsivas

De las 4 adolescentes hospitalizadas, su alta fue por mejoría, un promedio estancia de 7 días. **Cuadro 15**

Cuadro 15

Hospitalización en 4/28 adolescentes

Item	n
Hospitalización	.4/28
Alta por mejoría	.4/28
Promedio de estancia	7

Se realizó la relación de sucesos de vida en 14 adolescentes en ellas se consideraron el numero de sucesos buenos, malos e indiferentes. En los sucesos buenos el rango fue de 3 a 18, en los malos un rango de 3 a 39 e indiferentes un rango de uno a 14. **Cuadro 16**

Cuadro 16

Sucesos de vida en 14/28 adolescentes

N caso	Sucesos buenos	Sucesos malos	Sucesos Indiferentes	total
1	15	24	4	43
2	15	15	11	41
3	17	25	12	54
4	6	25	2	33
5	3	15	0	18
6	4	39	14	57
7	18	11	4	33
8	15	27	10	52
9	10	3	4	17
10	14	24	7	45

12	1*		1*	1	1			4
13				1	1			2
14	1*		1		1		1*	4
total	7	4	8	8	4	4	3	

*Puntuación > de 70

De los catorce casos en los que se evaluó sucesos de vida, los sucesos positivos tuvieron una puntuación mayor de 65 en el área familiar 8 casos, social en 4 casos, personal en 5 casos, logros y fracasos en 4 casos, salud 6 casos y escolar 3 casos. **Cuadro 18**

Cuadro 18
Sucesos de vida positivos en 14/28 adolescentes

N caso	Familiar	Social	Personal	Logros y fracasos	Salud	Escolar	total
1	1						1
2	1		1	1			3
3	1		1				2
4							0
5							0
6	1		1	1	1		4
7	1		1	1			3
8	1	1			1	1	4
9	1				1	1	3
10		1		1			2
11					1		1
12					1		1
13		1					1
14	1	1	1		1	1	5
total	8	4	5	4	6	3	

En el área familiar los sucesos malos fueron el divorcio de los padres en 8 casos, el no permitirle salir con sus amigos en 8 casos, disminución de ingresos familiares en 7 casos, los problemas de los padres 7 casos y desacuerdos con los padres en 7 casos y otros .

Cuadro 19

Cuadro 19
Sucesos de vida negativos “Área Familiar”

N=14/28

item	Familiar	n
49	Mis padres se separaron o divorciaron	8

109	No me dan permiso de salir con mis amigos(as)	8
21	Disminuyeron los ingresos de mi familia	7
87	Los pleitos entre mis papás empeoraron	7
102	Tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá) o ambos	7
8	Algún hermano(a) se fue de la casa	5
17	Mi padre se fue de la casa	5
83	Muerte de algún abuelo(a)	4
110	Empecé a realizar un actividad que no me gustaba, solo por darle gusto a mis papás	4
112	Fui golpeado por algún miembro de mi familia	4
56	Mi papá se casó de nuevo	3
126	Me castigaron injustamente	3
5	Mi papá perdió su trabajo	2
13	Mi mamá perdió su trabajo	2
40	Mi mamá empezó a trabajar fuera de casa	2
80	Mi mamá se casó de nuevo	2
106	Mi papá tuvo un problema emocional que requirió tratamiento	2
113	Mi mascota se enfermó	2
115	Una hermana soltera se embarazó o un hermano soltero embarazó a una chica	2
124	Se murió mi mascota	2
1	Nacimiento de un hermano	1
24	Mi madre se fue de la casa	1
32	El trabajó de mi papá cambió y esta mas tiempo fuera de casa	1
63	Ei hermano(a) fue encarcelado(a)	1
77	Mis abuelos vinieron a vivir a mi casa	1
82	Un miembro de la familia tiene una enfermedad grave	1
89	Murió mi papá	1
99	Murió un hermano(a)	1
104	Mis papás, que estaban separados, se volvieron a casar o volvieron a vivir juntos	1
107	Me corrieron de la casa	1
108	Mi papá o (mamá) fue hospitalizado(a) por una enfermedad seria	1
118	Mi mamá tuvo un problema emocional que requirió tratamiento	1
122	Me fui de la casa	1

En el área social los sucesos de vida malos fueron por orden de frecuencia el dejar de ver a sus amigos en 9 casos, romper con su novio(a), irse su mejor amigo, muerte de amigo 5 casos, empeorar relaciones con novio 5 casos y otros. **Cuadro 20**

Cuadro 20

Sucesos de vida negativos “Área social”

N=14/28

ítem	Social	n
114	Dejé de ver algunos amigos(as)	9
50	Rompí con mi novio(a)	7
79	Se fue mi mejor amigo(a) (se cambió)	6
10	Murió un(a) amigo(a) cercano(a)	5
96	Empeoraron las relaciones con mi novio(a)	5
116	Me empecé a juntar con malas compañías	2
121	Mejoraron las relaciones con mi novio(a)	2
3	Mejoraron mis relaciones con otras personas	1
26	Comparto mas tiempo con mis amigos(as) o compañeros(as)	1
42	Empecé a tener novio(a)	1
111	Empeoraron la relaciones con mis amigos(as)	1

En el área personal los sucesos malos fueron depresión 12 casos, cambios negativos en la forma de ser 8 casos, no tener dinero 7 casos, desilusión amorosa 6 casos, no dormir suficiente 5 casos, pensar en matarse 5 casos y otros. **Cuadro 21**

Cuadro 21

Sucesos de vida negativos “Área Personal”

N=14/28

ítem	Personal	n
91	Me deprimí	12
61	Tuve cambios negativos en mi forma de ser	8
45	No tengo dinero	7
20	Tuve una desilusión amorosa	6
35	No duermo lo suficiente	5
76	He pensado en matarme	5
59	Empiezo a cambiar físicamente	4
68	Siento el rechazo de algunos maestros	4
23	Casi no tengo tiempo libre	3
27	Tuve relaciones sexuales por primera vez	3
69	La curiosidad sexual me llevó a mi primera relación sexual	3
51	Menstrué por primera vez	2
67	Soy lastimado(a) o alguien abusa de mí físicamente	2
11	Abusaron sexualmente de mí o fui violada(o)	1
34	Tuve un contacto sexual con persona de mi mismo sexo	1
117	Tengo mas responsabilidades	1
120	Tengo más libertades	1

En el área de Problemas de conducta lo sorprendieron haciendo trampa 3 casos, se fue de pinta 3 casos, pidió la cama haciendo daño 3 casos y otros. **Cuadro 22**

Cuadro 22

Sucesos de vida negativos “Problemas de conducta”

ítem	Problemas de conducta	n
7	Me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo en la escuela	3
57	Me fui de pinta	3
72	Perdí la calma y le hice daño a alguien	3
15	Robé algo valioso	1
18	Me expulsaron de la escuela o de algún curso	1
38	Tomé drogas	1
41	Me suspendieron de la escuela	1
54	Me peleé en la escuela	1
97	Provoqué un accidente	1

En el área de de logros y fracasos los sucesos malos fueron tener un fracaso 9 casos, n conseguir lo que quería 8 casos, perder algo querido 5 casos y otros **Cuadro 23**

Cuadro 23

Sucesos de vida negativos “Área de Logros y Fracasos”

ítem	Logros y fracasos	n
12	Tuve un fracaso (en la escuela, deportes o alguna otra actividad)	9
95	No he podido conseguir lo que he querido	8
62	Perdí algo muy preciado	5
36	Conseguí mi primer empleo de tiempo completo	1
78	Saqué mi certificado	1
123	Salí de vacaciones	1

En el área de salud los sucesos malos fueron subir mucho de peso 7 casos, bajar de peso 4 casos, tener accidente 3 casos, abusar del alcohol 2 casos y otros. **Cuadro 24**

Cuadro 24

Sucesos de vida negativos “Area Salud”

ítem	Salud	n
30	Subí mucho de peso	7
37	Bajé mucho de peso	4
46	Tuve un accidente	3
47	Abusé del alcohol	2
14	Me enviaron con un psicólogo o terapeuta	1
53	Me enfermé seriamente y pasé un tiempo en el hospital	1
70	Empecé a consumir drogas	1
85	Me hospitalizaron por sobredosis	1
98	Mis amigos(as) me indujeron a las drogas	1

En el área escolar los sucesos malos fueron el reprobar un examen 6 casos, tener problemas con algún maestro 5 casos, reprobar o repetir año 4 casos y otros. **Cuadro 25**

Cuadro 25

Sucesos de vida negativos “Area Escolar”

ítem	Escolar	n
39	Reprobé un examen o un curso importante	6
25	Tuve problemas en la escuela con algún(os) maestro(s)	5
33	Reprobé o repetí un año escolar	4
84	Abandoné la escuela	3
2	Cambié de escuela	2
9	Empecé la secundaria o la preparatoria	1

El diagnóstico de Anorexia nervosa se estableció con los criterios establecidos en el DSMIV en 21 adolescentes, rechazo a mantener peso en 21 casos, miedo intenso al aumento de peso 21 casos, alteración en la mantener en que vive el peso en 21 casos, en mujeres que presentaron la menarquia aparición de amenorrea en 7 casos. En los 21 casos de anorexia nervosa fueron de tipo restrictivo. **Cuadro 26**

Cuadro 26
CRITERIOS DIAGNOSTICOS DSM IV
Anorexia nerviosa

	Criterio	N
A	Rechazo a mantener peso corporal a un nivel igual o superior al peso normal correspondiente a edad y altura.(perdida peso inferior al esperado 85% o menos)	21
B	Miedo Intenso al aumento de peso o a ponerse obesa aun cuando el peso es bajo.	21
C	Alteración de la manera en que se vive el peso, tamaño o forma corporal; influencia excesiva del peso o forma corporal sobre la autovaloración o negación de la gravedad del peso corporal bajo.	21
D	En mujeres que han tenido menarquía, la aparición de amenorrea (Perdida de por lo menos tres periodos menstruales consecutivos).	7
	La AN tiene dos subtipos	
1	Tipo restrictivo: La perdida de peso se consigue con dieta o ejercicio intensos y sin que se recurra a atracones ni purgas	21
2	Tipo compulsivo/purgativo: Se recurre regularmente a excesos en el comer y a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida	

*** Dos de ellas eran con diagnostico de Anorexia- Bulimia.**

El diagnostico de Bulimia Nervosa se estableció con los criterios diagnósticos DSMIV en 7 adolescentes. Presentaron episodios de compulsivos por comer 7 casos, conductas compensatorias para prevenir peso 7 casos, compulsión por comer y conductas compensatorias 7 casos, autoevaluación 7casos y desórdenes que no ocurren exclusivamente durante los episodios de anorexia nervosa 7 casos En los casos de Bulimia Nervosa los siete casos fueron de tipo purgante. **Cuadro 27**

Cuadro 27
CRITERIOS DIAGNOSTICOS DSM IV
Bulimia Nerviosa (BN)

	Criterio	N
A	Episodios recurrentes de compulsión por comer.	7
B	Conductas compensatorias inadecuadas para prevenir la ganancia de peso.	7
C	La compulsión por comer y las conductas compensatorias inadecuadas ocurren en un promedio de al menos 2 veces por Semana por 3 meses.	7
D	Autoevaluación indebidamente influenciada por la forma del cuerpo y peso	7
	Desórdenes que no ocurren exclusivamente durante los episodios de AN.	7
1	Tipo purgante: Durante un episodio común de BN, la persona regularmente está ocupada en autoinducir el vómito o el abuso de laxantes, diuréticos o enemas.	7
2	Tipo no purgante. Durante el episodio común de BN, la persona ha usado otras conductas compensatorias inadecuadas, tales como ayuno excesivo, no se autoinduce regularmente el vómito abusa de laxantes, diuréticos o enemas	

DISCUSIÓN

En nuestro estudio se encontró de acuerdo al sexo una presentación de 26 femeninas y dos masculinos encontrando una relación de 13:1 en la literatura mundial se reporta una incidencia de 3-4 casos por cada 10,000 habitantes, con una relación de un varón por cada 8 mujeres. (2,5)

La edad de presentación promedio fue de 15.3 años, similar a lo que encontramos en la literatura. En el caso de la AN la edad pico de inicio es entre 12 y 14 años, con prevalencia de 1 a 2% es la tercera causa de enfermedad crónica en niñas adolescentes después de la obesidad y el asma, su recuperación varía entre 23% y 50% con recaídas de 4% a 27%. Se estima que la mortalidad es de 5% a 20%. En México se considera que la edad promedio de inicio es de 14 años mientras que en otros países de Europa y Estados Unidos puede iniciarse en niñas entre 9 y 12 años de edad .

La BN generalmente se inicia en la etapa final de la adolescencia con un pico de edad de inicio entre 15.7 años y 18.1 años, con prevalencia de 1 a 5% de la población, afecta casi a 3% de mujeres jóvenes y raramente a un adolescente varón: El síndrome completo es raro. (2)

La mayoría de las adolescentes se encontraban realizando sus estudios de nivel medio superior 16(57%), esto concuerda con el estudio realizado de trastornos alimentarios y

obesidad en el cual se realizó una investigación con modificaciones como fueron ampliación del tamaño de la muestra 960 adolescentes incluyendo en ella jóvenes estudiantes del sexo femenino de dos diferentes niveles de enseñanza (bachillerato versus profesional) así como dos tipos de instituciones (públicas versus privadas); se incluyeron algunos otros factores psicológicos no considerados en otros estudios multicentricos. Los resultados arrojaron que el 17.5% presentó trastorno alimentario, siendo significativamente mayor en las instituciones privadas que en las publicas sin embargo fue la misma a nivel licenciatura y de bachillerato; respecto a los subtipos de trastorno, se detectaron significativamente más bulímicas que anoréxicas. (1)

Con respecto al medio socioeconómico eran de medios socioeconómico bajo 16(57.1%) difiere de lo descrito por algunos autores (Viniegra & Salinas 1984; Killen, Taylor, Telch, Saylor, Maron & Robinson, 1986; Welch, Nidiffer, Zager & Lyeria, 1992), ya que en los últimos años se ha ido incrementando el número de personas en riesgo de desarrollar anorexia y bulimia nerviosas, demostrándose que estos trastornos no son exclusivos de los países desarrollados o de los niveles sociales con alto poder adquisitivo como antes se suponía (kaplan & sadock, 1994). (7)

Realizaban actividad deportiva 9(32.1%) esto tiene importancia por la relación que tienen los estilos de vida el desarrollo de los trastornos de alimentación.

Lo anterior ha sido mencionado en la literatura ya que elevado número de horas que los adolescentes destinan a mirar televisión, las actividades sedentarias y la escasa practica de deportes, son factores que influyen en la aparición de la obesidad y por otra parte el querer tener una figura esbelta ocasiona la necesidad de acudir a técnicas como la provocación de vomito, uso de laxantes para conseguir una figura esbelta. (6)

De acuerdo al análisis se estableció que los antecedentes personales como intento de suicidio 4(14.3%), sobrepeso 5 (17.9%) y ansiedad 5(17.9%) si tienen relación con respecto a la salud de nuestros adolescentes. (2,5)

Presentaban imagen corporal distorsionada 10(35.7%) y depresión 24 (85.7%); datos similares encontramos en la literatura en donde se describe que las complicaciones psicosociales, incluidas la alteración de la imagen corporal, las malas relaciones contribuyen a aumentar las dificultades para alcanzar un desarrollo adolescente normal y puede inducir baja autoestima; así como se a encontrado que las mujeres se muestran insatisfechas con el peso que alcanzan; tanto el estrés como a la obesidad puede desencadenar un trastorno en la alimentación. Por otro lado al evaluar la asociación entre la presión social sobre el modelo de imagen corporal y el trastorno de la imagen corporal respecto a la presencia de trastorno alimentario, los resultados arrojaron que los participantes con trastorno alimentario mostraron significativamente mayor susceptibilidad a la influencia y a la presión social conforme al modelo de imagen corporal (delgadez), así como una mayor insatisfacción corporal (Alvarez, Román, Manríquez & Mancilla, 1996). (2,10)

Otro estudio en 1987, pliner y colaboradores encontraron que la autoestima se incrementa con la edad, mientras que la importancia de la apariencia disminuye con la misma. Sin embargo, los factores culturales desempeñan un importante papel en la determinación de la apariencia, el peso corporal y el cuerpo ideal ya que influyen en la autoestima de quien se encuentra expuesto a este tipo de problemas alimenticios. (15,16)

El cuadro clínico encontrado en nuestro estudio mas frecuentemente fue vómitos 27(96.4%), dolor abdominal 26(92.8%), alimentación inadecuada 24(85.7%), depresión

24(85.7%), pérdida de peso 15 (56.6%), estreñimiento 14(50%), plenitud gástrica 11 (39.3%), amorrea 5(17.9%) y otros.

Las manifestaciones clínicas encontradas en estudios de diversos artículos encontramos que en la AN además de la amenorrea, intolerancia a algunos alimentos, estreñimiento, sensación de plenitud posprandial , intolerancia al frío. Esta enfermedad llevada a la cronicidad puede afectar los distintos sistemas y aparatos, pérdida de masa y fuerza muscular, bradicardia, hipotensión. (3, 8,17)

En pacientes con BN tienden a ser jóvenes muy conflictivas, pero en la mayoría, la actitud para perder peso no es obsesiva como en la anorexia nervosa. (18)

A la inspección la cara se nota la inflamación de las glándulas submaxilares y parótidas. La cara y el cuello pueden presentar petequias por la fuerza que realizan las enfermas para vomitar. En las manos hay marcas causadas por los dientes (signo de Rosell), debido a la maniobra para inducir la autoestimulación del vómito, otras manifestaciones frecuentes son gastritis, esofagitis y dolor abdominal. Es posible hallar estreñimiento crónico, así como sangrado rectal (sociedad Argentina de Pediatría, 1995). Además se ha reportado que dos neuropéptidos: el Y y YY están aumentados en las pacientes bulímicas y éstos estimulan la ingestión de alimentos (Basignore, 1993). (8,10)

Rara vez se hará diagnóstico diferencial en la bulimia nerviosa, pero se sugiere considerar enfermedades psiquiátricas, úlcera gástrica o acalasia esofágica.(19)

Los hallazgos a la exploración física en nuestro estudio nos mostraron alteraciones como pelo seco 5(17.8%), palidez 5(17.8%) y caries 5(17.8%)

Esto es similar a lo que nos muestra la literatura que además de lo antes mencionado se describe pelo lanugo sobre la cara y tronco, pelo descuidado, quebradizo, cianosis de manos y pies y piel seca. (2,4,10,11)

Los valores de laboratorio se encontró anemia en 6, leucopenia en 9, hipercolesterolemia en un caso, triglicéridos aumentados en dos casos, VSG aumentada en dos casos, TGO aumentado en un caso, hipokalemia un caso, alteraciones en EGO un caso. En la literatura se menciona leucopenia ocasional con linfocitosis, hemoglobina normal o descendida en los casos de anemia, eritrosedimentación alterada, fibrinógeno descendido, ligera trombocitopenia, menor capacidad bactericida de los granulocitos, hipocomplementemia, colesterol sérico siempre aumentado, fosforo descendido, transaminasas elevadas, alcalosis metabólica, filtración glomerular disminuida al igual que la capacidad de concentración (orinas de densidad baja por la ingesta excesiva de líquidos para pesar más).

Dentro de los hallazgos hormonales encontramos TSH normal, T4 normal o ligeramente descendida, T3 generalmente baja o normal, hormona de crecimiento normal o elevado, prolactina normal, estrógenos descendidos, testosterona descendida, cortisol elevado. (3,2,9,11)

En nuestro estudio se hizo el diagnóstico de trastornos en la alimentación (Anorexia nervosa y Bulimia) de acuerdo al DSMIV

Se diagnóstico de AN de tipo restrictivo se estableció en 21 adolescentes, todas presentaron los tres primeros criterios y referían el cuarto criterio (amenorrea) presente 7 casos. El diagnóstico BN de tipo purgativo se estableció en 7 adolescentes, se encontraron presentes todos los criterios.

En la literatura actualmente todos los pacientes en categorías de alto riesgo para Trastornos alimentarios deben ser seleccionados durante consultas de rutina. El diagnóstico de anorexia y bulimia no solo se basa en la ausencia de un origen orgánico definido sino en la presencia de ciertas características descritas en los criterios diagnósticos publicados por la APA en 1994 (DSMIV). (2,20)

Los adolescentes con anorexia usan la restricción calórica o el ejercicio excesivo para controlar la necesidad emocional o el dolor, y tienen terror del sobrepeso. Los adolescentes con bulimia de tipo no purgante también pueden restringir mucho sus calorías o ejercitarse excesivamente para perder peso pero no llenan los criterios de diagnóstico de anorexia. (2)

En nuestro estudio las complicaciones encontradas fueron hipoglucemia, infección de vías urinarias, derrame pericárdico, deshidratación, pancreatitis, hipokalemia, crisis convulsivas

Se describen en la literatura dentro de las complicaciones cardiovasculares se mencionan hipotensión, arritmias, muerte súbita (probablemente por arritmia), alteraciones de la musculatura cardíaca secundaria al abuso de ipeca.

En las renales se describen urea aumentada, tasa de filtración glomerular descendida, litiasis renal, edemas, hipokalemia secundaria al abuso de diuréticos.

En las renales se describen retardo en el vaciamiento gástrico, estreñimiento, enzimas hepáticas elevadas, pancreatitis, hipertrofia parótida, esofagitis, hipokalemia, colon irritable (como consecuencia del uso de laxantes).

En las hematológicas anemia, leucopenia, trombocitopenia.

En las endocrinas y metabólicas colesterol aumentado, amenorrea, osteoporosis, baja talla, diabetes insípida parcial, mala regulación térmica, hipokalemia, alcalosis metabólica, hiponatremia, hipomagnesemia (espasmos musculares, debilidad).

En las neurológicas convulsiones secundarias a alteraciones metabólicas.

En las odontológicas erosiones dentarias y del esmalte por los vómitos, caries y patología periodontal.

La enfermedad cardiovascular (ateroesclerosis) es la más importante causa de muerte en todo el mundo. La aterosclerosis comienza en la infancia y se acelera en la adolescencia. El riesgo está aumentado cuando se produce una elevación del colesterol y de la fracción LDL. Los sujetos con fracción de HDL baja también tienden a tener tasas de enfermedad cardíaca aterosclerótica mayor. (21)

En las pulmonares neumonías por aspiración de vómitos, neumomediastino secundario al vómito. Miopatías secundarias al abuso de ipecacuana. (3,22)

Una de nuestro paciente reingreso al hospital por hipokalemia En una revisión realizada recientemente se encontró que adolescentes que reingresaban por anorexia nerviosa presentaron hipocalcemia peligrosa debido a hiperaldosteronismo secundario. (23)

En base a lo anterior es preciso tener en cuenta que la anorexia nerviosa puede ser una enfermedad mortal. Maillot y colaboradores analizaron 15 series con un total de 993 pacientes, y se presentaron 51 defunciones. Con vigilancia prolongada la tasa de mortalidad notificada llega a 18%. En 1978 Crisp indica que en las estadísticas se debe tener en cuenta la duración del periodo ulterior a la aparición de la enfermedad, ya que la tasa de defunción alcanza su punto máximo después de cinco años de evolución de la misma. Además es probable que en la evaluación posterior se excluyan pacientes en quienes la causa de defunción se registró erróneamente, atribuyéndola a otros trastornos (insuficiencia cardíaca, neumonía, sepsis), sin mencionar la anorexia nerviosa de base.

La muerte causada por anorexia nerviosa se atribuye a inanición, suicidio, desequilibrio electrolítico y muerte repentina. Menos comunes pero igualmente fatales pueden ser otros trastornos, como infecciones, colapso gastrointestinal e insuficiencia cardíaca. (24)

Los sucesos vitales malos predominantes fueron los familiares de ellos se refería el divorcio de los padres y el no permitirle salir con sus amigos en 8 casos; las características familiares de las chicas con bulimia nerviosa son bastante distintas de las de las chicas con anorexia nerviosa. En las bulímicas generalmente las relaciones familiares son caóticas, imprevisibles y conflictivas. Son comunes las explosiones emocionales y las comunicaciones contradictorias entre los miembros de la familia. También son frecuentes otros problemas familiares serios como el alcoholismo, el abuso de drogas, la depresión. Un

número importante de pacientes adultos han revelado en las sesiones de terapia haber sido víctimas de abuso sexual en la niñez o adolescencia. (25)

Mientras mas problemas tenga que enfrentar una persona , existirán mas indicadores de de estrés; sin embargo esta teoría va más allá, pues estima que el adolescente es un agente de su propio desarrollo, encarando en un momento cada cuestión cuando esto sea `posible. Los adolescentes en la actualidad crecen en un mundo incierto, en los que los valores son pocos claros, las culturas están cambiando y la estructura familiar se está alterando. Esta circunstancias necesariamente afectan la transición del adolescente a la etapa adulta.(14)

DISCUSIÓN

En nuestro estudio se encontró de acuerdo al sexo una presentación de 26 femeninas y dos masculinos encontrando una relación de 13:1 en la literatura mundial se reporta una incidencia de 3-4 casos por cada 10,000 habitantes, con una relación de un varón por cada 8 mujeres. (2,5)

La edad de presentación promedio fue de 15.3 años, similar a lo que encontramos en la literatura. En el caso de la AN la edad pico de inicio es entre 12 y 14 años, con prevalencia de 1 a 2% es la tercera causa de enfermedad crónica en niñas adolescentes después de la obesidad y el asma, su recuperación varía entre 23% y 50% con recaídas de 4% a 27%. Se estima que la mortalidad es de 5% a 20%. En México se considera que la edad promedio de inicio es de 14 años mientras que en otros países de Europa y Estados Unidos puede iniciarse en niñas entre 9 y 12 años de edad .

La BN generalmente se inicia en la etapa final de la adolescencia con un pico de edad de inicio entre 15.7 años y 18.1 años, con prevalencia de 1 a 5% de la población, afecta casi a 3% de mujeres jóvenes y raramente a un adolescente varón: El síndrome completo es raro. (2)

La mayoría de las adolescentes se encontraban realizando sus estudios de nivel medio superior 16(57%), esto concuerda con el estudio realizado de trastornos alimentarios y obesidad en el cual se realizó una investigación con modificaciones como fueron ampliación del tamaño de la muestra 960 adolescentes incluyendo en ella jóvenes estudiantes del sexo femenino de dos diferentes niveles de enseñanza (bachillerato versus profesional) así como dos tipos de instituciones (públicas versus privadas); se incluyeron algunos otros factores psicológicos no considerados en otros estudios multicéntricos. Los

resultados arrojaron que el 17.5% presentó trastorno alimentario, siendo significativamente mayor en las instituciones privadas que en las públicas sin embargo fue la misma a nivel licenciatura y de bachillerato; respecto a los subtipos de trastorno, se detectaron significativamente más bulímicas que anoréxicas. (1)

Con respecto al medio socioeconómico eran de medios socioeconómico bajo 16(57.1%) difiere de lo descrito por algunos autores (Viniegra & Salinas 1984; Killen, Taylor, Telch, Saylor, Maron & Robinson, 1986; Welch, Nidiffer, Zager & Lyeria, 1992), ya que en los últimos años se ha ido incrementando el número de personas en riesgo de desarrollar anorexia y bulimia nerviosas, demostrándose que estos trastornos no son exclusivos de los países desarrollados o de los niveles sociales con alto poder adquisitivo como antes se suponía (Kaplan & Sadock, 1994). (7)

Realizaban actividad deportiva 9(32.1%) esto tiene importancia por la relación que tienen los estilos de vida el desarrollo de los trastornos de alimentación.

Lo anterior ha sido mencionado en la literatura ya que elevado número de horas que los adolescentes destinan a mirar televisión, las actividades sedentarias y la escasa práctica de deportes, son factores que influyen en la aparición de la obesidad y por otra parte el querer tener una figura esbelta ocasiona la necesidad de acudir a técnicas como la provocación de vomito, uso de laxantes para conseguir una figura esbelta. (6)

De acuerdo al análisis se estableció que los antecedentes personales como intento de suicidio 4(14.3%), sobrepeso 5 (17.9%) y ansiedad 5(17.9%) si tienen relación con respecto a la salud de nuestros adolescentes. (2,5)

Presentaban imagen corporal distorsionada 10(35.7%) y depresión 24 (85.7%); datos similares encontramos en la literatura en donde se describe que las complicaciones psicosociales, incluidas la alteración de la imagen corporal, las malas relaciones

contribuyen a aumentar las dificultades para alcanzar un desarrollo adolescente normal y puede inducir baja autoestima; así como se ha encontrado que las mujeres se muestran insatisfechas con el peso que alcanzan; tanto el estrés como la obesidad puede desencadenar un trastorno en la alimentación. Por otro lado al evaluar la asociación entre la presión social sobre el modelo de imagen corporal y el trastorno de la imagen corporal respecto a la presencia de trastorno alimentario, los resultados arrojaron que los participantes con trastorno alimentario mostraron significativamente mayor susceptibilidad a la influencia y a la presión social conforme al modelo de imagen corporal (delgadez), así como una mayor insatisfacción corporal (Alvarez, Román, Manríquez & Mancilla, 1996). (2,10)

Otro estudio en 1987, Pliner y colaboradores encontraron que la autoestima se incrementa con la edad, mientras que la importancia de la apariencia disminuye con la misma. Sin embargo, los factores culturales desempeñan un importante papel en la determinación de la apariencia, el peso corporal y el cuerpo ideal ya que influyen en la autoestima de quien se encuentra expuesto a este tipo de problemas alimenticios. (15,16)

El cuadro clínico encontrado en nuestro estudio más frecuentemente fue vómitos 27(96.4%), dolor abdominal 26(92.8%), alimentación inadecuada 24(85.7%), depresión 24(85.7%), pérdida de peso 15 (56.6%), estreñimiento 14(50%), plenitud gástrica 11 39.3%), amorrea 5(17.9%) y otros.

Las manifestaciones clínicas encontradas en estudios de diversos artículos encontramos que en la AN además de la amenorrea, intolerancia a algunos alimentos, estreñimiento, sensación de plenitud posprandial, intolerancia al frío. Esta enfermedad llevada a la cronicidad puede afectar los distintos sistemas y aparatos, pérdida de masa y fuerza muscular, bradicardia, hipotensión. (3, 8,17)

En pacientes con BN tienden a ser jóvenes muy conflictivas, pero en la mayoría, la actitud para perder peso no es obsesiva como en la anorexia nervosa. (18)

A la inspección la cara se nota la inflamación de las glándulas submaxilares y parótidas. La cara y el cuello pueden presentar petequias por la fuerza que realizan las enfermas para vomitar. En las manos hay marcas causadas por los dientes (signo de Rosell), debido a la maniobra para inducir la autoestimulación del vómito, otras manifestaciones frecuentes son gastritis, esofagitis y dolor abdominal. Es posible hallar estreñimiento crónico, así como sangrado rectal (sociedad Argentina de Pediatría, 1995). Además se ha reportado que dos neuropéptidos: el Y y YY están aumentados en las pacientes bulímicas y éstos estimulan la ingestión de alimentos (Basignore, 1993). (8,10)

Rara vez se hará diagnóstico diferencial en la bulimia nerviosa, pero se sugiere considerar enfermedades psiquiátricas, úlcera gástrica o acalasia esofágica.(19)

Los hallazgos a la exploración física en nuestro estudio nos mostraron alteraciones como pelo seco 5(17.8%), palidez 5(17.8%) y caries 5(17.8%)

Esto es similar a lo que nos muestra la literatura que además de lo antes mencionado se describe pelo lanugo sobre la cara y tronco, pelo descuidado, quebradizo, cianosis de manos y pies y piel seca. (2,4,10,11)

Los valores de laboratorio se encontró anemia en 6, leucopenia en 9, hipercolesterolemia en un caso, triglicéridos aumentados en dos casos, VSG aumentada en dos casos, TGO aumentado en un caso, hipokalemia un caso, alteraciones en EGO un caso. En la literatura se menciona leucopenia ocasional con linfocitosis, hemoglobina normal o descendida en los casos de anemia, eritrosedimentación alterada, fibrinógeno descendido, ligera trombocitopenia, menor capacidad bactericida de los granulocitos, hipocomplementemia, colesterol sérico siempre aumentado, fosforo descendido, transaminasas elevadas, alcalosis

metabólica, filtración glomerular disminuida al igual que la capacidad de concentración (orinas de densidad baja por la ingesta excesiva de líquidos para pesar más).

Dentro de los hallazgos hormonales encontramos TSH normal, T4 normal o ligeramente descendida, T3 generalmente baja o normal, hormona de crecimiento normal o elevado, prolactina normal, estrógenos descendidos, testosterona descendida, cortisol elevado. (3,2,9,11)

En nuestro estudio se hizo el diagnóstico de trastornos en la alimentación (Anorexia nervosa y Bulimia) de acuerdo al DSMIV

Se diagnóstico de AN de tipo restrictivo se estableció en 21 adolescentes, todas presentaron los tres primeros criterios y referían el cuarto criterio (amenorrea) presente 7 casos. El diagnóstico BN de tipo purgativo se estableció en 7 adolescentes, se encontraron presentes todos los criterios.

En la literatura actualmente todos los pacientes en categorías de alto riesgo para Trastornos alimentarios deben ser seleccionados durante consultas de rutina. El diagnóstico de anorexia y bulimia no solo se basa en la ausencia de un origen orgánico definido sino en la presencia de ciertas características descritas en los criterios diagnósticos publicados por la APA en 1994 (DSMIV). (2,20)

Los adolescentes con anorexia usan la restricción calórica o el ejercicio excesivo para controlar la necesidad emocional o el dolor, y tienen terror del sobrepeso. Los adolescentes con bulimia de tipo no purgante también pueden restringir mucho sus calorías o ejercitarse excesivamente para perder peso pero no llenan los criterios de diagnóstico de anorexia. (2)

En nuestro estudio las complicaciones encontradas fueron hipoglucemia, infección de vías urinarias, derrame pericárdico, deshidratación, pancreatitis, hipokalemia, crisis convulsivas

Se describen en la literatura dentro de las complicaciones cardiovasculares se mencionan hipotensión, arritmias, muerte súbita (probablemente por arritmia), alteraciones de la musculatura cardíaca secundaria al abuso de ipeca.

En las renales se describen urea aumentada, tasa de filtración glomerular descendida, litiasis renal, edemas, hipokalemia secundaria al abuso de diuréticos.

En las renales se describen retardo en el vaciamiento gástrico, estreñimiento, enzimas hepáticas elevadas, pancreatitis, hipertrofia parótida, esofagitis, hipokalemia, colon irritable (como consecuencia del uso de laxantes).

En las hematológicas anemia, leucopenia, trombocitopenia.

En las endocrinas y metabólicas colesterol aumentado, amenorrea, osteoporosis, baja talla, diabetes insípida parcial, mala regulación térmica, hipokalemia, alcalosis metabólica, hiponatremia, hipomagnesemia (espasmos musculares, debilidad).

En las neurológicas convulsiones secundarias a alteraciones metabólicas.

En las odontológicas erosiones dentarias y del esmalte por los vómitos, caries y patología periodontal.

La enfermedad cardiovascular (ateroesclerosis) es la más importante causa de muerte en todo el mundo. La aterosclerosis comienza en la infancia y se acelera en la adolescencia. El riesgo está aumentado cuando se produce una elevación del colesterol y de la fracción LDL. Los sujetos con fracción de HDL baja también tienden a tener tasas de enfermedad cardíaca aterosclerótica mayor. (21)

En las pulmonares neumonías por aspiración de vómitos, neumomediastino secundario al vómito. Miopatías secundarias al abuso de ipecacuana. (3,22)

Una de nuestro paciente reingreso al hospital por hipokalema En una revisión realizada recientemente se encontró que adolescentes que reingresaban por anorexia nerviosa presentaron hipocalemia peligrosa debido a hiperaldosteronismo secundario. (23)

En base a lo anterior es preciso tener en cuenta que la anorexia nerviosa puede ser una enfermedad mortal. Maillot y colaboradores analizaron 15 series con un total de 993 pacientes, y se presentaron 51 defunciones. Con vigilancia prolongada la tasa de mortalidad notificada llega a 18%. En 1978 Crisp indica que en las estadísticas se debe tener en cuenta la duración del periodo ulterior a la aparición de la enfermedad, ya que la tasa de defunción alcanza su punto máximo después de cinco años de evolución de la misma. Además es probable que en la evaluación posterior se excluyan pacientes en quienes la causa de defunción se registró erróneamente, atribuyéndola a otros trastornos (insuficiencia cardiaca, neumonía, sepsis), sin mencionar la anorexia nerviosa de base.

La muerte causada por anorexia nerviosa se atribuye a inanición, suicidio, desequilibrio electrolítico y muerte repentina. Menos comunes pero igualmente fatales pueden ser otros trastornos, como infecciones, colapso gastrointestinal e insuficiencia cardiaca. (24)

Los sucesos vitales malos predominantes fueron los familiares de ellos se refería el divorcio de los padres y el no permitirle salir con sus amigos en 8 casos; las características familiares de las chicas con bulimia nerviosa son bastante distintas de las de las chicas con anorexia nerviosa. En las bulímicas generalmente las relaciones familiares son caóticas, imprevisibles y conflictivas. Son comunes las explosiones emocionales y las comunicaciones contradictorias entre los miembros de la familia. También son frecuentes otros problemas familiares serios como el alcoholismo, el abuso de drogas, la depresión. Un número importante de pacientes adultos han revelado en las sesiones de terapia haber sido víctimas de abuso sexual en la niñez o adolescencia. (25)

Mientras mas problemas tenga que enfrentar una persona , existirán mas indicadores de de estrés; sin embargo esta teoría va más allá, pues estima que el adolescente es un agente de su propio desarrollo, encarando en un momento cada cuestión cuando esto sea ` posible. Los adolescentes en la actualidad crecen en un mundo incierto, en los que los valores son pocos claros, las culturas están cambiando y la estructura familiar se está alterando. Esta circunstancias necesariamente afectan la transición del adolescente a la etapa adulta.(14)

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Álvarez G. y Cols: Trastornos alimentarios y obesidad: avances de investigación en una población mexicana. Revista psicología contemporánea. Edo. México. 2005; (5) 1 : 72-79.
- 2.-Velasco L.R. Tratamiento Nutricio. Temas Selectos. Sistema de actualización médica en nutrición pediátrica. Editora Intersistemas. 2005: 222-233
- 3.-Trastornos de la conducta alimentaría. Medicina Ambulatoria de adolescentes. Guía practica de diagnostico y tratamiento. Buenos Aires. FUSA/2000 EDITORA. Fundación para la salud del adolescente del año 2000 fundación W.K. KELLOC. 1992:91-104.
- 4.-Frega V, Ukaski M, Domínguez E, Giurgiovichc A, Méndez RJ. Amenorrea por trastornos de la conducta alimentaría. En: Dulanto GE. El adolescente. Asociación Mexicana de Pediatría. México. Mc Graw-Hill Interamericano. 2000:502-505.
- 5.-Sauceda GU, Maldonado DM, Trastornos de la alimentación en el escolar y el adolescente: El papel del pediatra en: Sauceda GS, Maldonado DM. Psiquiatría. Asociación Mexicana de Pediatría. A.C. 1997: 86-91.
- 6.-Sanfilippo J. Anorexia nervosa and bulimia. En: Popkin, Peddle L.J. Womens Health Today. Perspectives on Current Research and Clinical Practice. The proceedings of the XIV World Congress of the Gynecology and Obstetrics. Montreal. The Parthenon Publishing Group. 1994: 95-99.
- 7.-Harper G. Eating Disorders in adolescence. Pediatrics in Review. 1994; (15)2: 72-77.
- 8.-Vázquez y Cols: Alteración en la masa ósea en pacientes con anorexia nerviosa. Revista Sociedad Argentina de Ginecología Infantil y Juvenil. Buenos Aires.1998:96-98.
- 9.-Arellano PM. Anorexia Nerviosa y bulimia. En Arellano PM y cols. Crisis en la infancia y la adolescencia. Confederación Nacional de Pediatría de México, A.C. México. 2000: 115-133.
- 10.-Cabasés S. Etiología psicógena y biológica y manejo de los trastornos alimentarios en la infancia: a propósito de cuatro casos. Revista Española Pediátrica. 1999; (2)55: 134-142.
- 11.-Shomento S. y Cols: Menstruation and Fertility Folowing Anorexia Nervosa. Adolescent and Pediatric Gynecology. New York. 1994: 142-146.

- 12.- Tomas J. Eating Disorders and Health Insurance. *Pediatrics in Review*. 1994; (148): 785-788.
- 13.-Lozano JC. Anorexia simple en la infancia. Etiopatogenia y actitud terapéutica. En: Hernandez RM. Alimentación infantil. 1993: 183-187.
- 14.-.-Lucio GM, DuranPC. Sucesos de vida. Manual Moderno. 2003: 1-52
- 15- Rodríguez PE. Hacer dieta ¿ Será la solución ? (La cultura como factor indispensable de la alimentación) En: Dulanto GE. El adolescente. México Macgraw-Hill. Interametrica. 2000:120-123.
- 16.-Silber T.J. Anorexia Nerviosa. En: Dulanto GE. El adolescente. México Macgraw-Hill. Interamericana. 2000: 127-134.
- 17-Ruiz P. Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaría en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria. *Atención Primaria*. 2001; (27)6: 428-431.
- 18.-Dulanto GE. Bulimia. En: Dulanto GE. El adolescente. México. Mac Graw-Hill Interamericana. 2000: 124-126.
- 19.Bravo M., Pérez A., Plana R. Anorexia Nerviosa: Características y Síntomas. *Revista cubana de pediatría*. Cuba. 2000. (4): 300-5
- 20.-Wicks- Nelson R, Allen CI. Trastornos de las funciones corporales. En: Wicks- Nelson R. allen CI. *Psicopatología del niño y del adolescente*. México. Preactice Hall. 2001: 334-362.
- 21.-Jacobson M. y Cols: Aspectos nutricionales en la adolescencia Latinoamericana. 1998: 75-83.
- 22.-Rivas T, Bersabé R, Castro S. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaría en adolescentes de Málaga (España). En Dulanto. *Salud Mental*. México. Abril 2001. (24) 2: 25-3
- 23.-Tomas J.S. Eating Disorders and Health Insurance. En: Dulanto GE. El adolescente. Washington. Agosto 1994. (148): 785-788.
- 24.-González L, Unikel C, Cruz C, Caballero A. Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*. México. Junio 2003. (26) 3, 1-8.
- 25.-Grave Cf. La alimentación y sus trastornos. En: Castell P, Silber TJ. *Guía práctica de la salud y psicología del adolescente*. Barcelona España. Editorial planeta. 1998: 201-228.

ANEXO 1

Hoja de recolección de datos

Trastornos Alimenticios en la Adolescencia

Fecha.....

Nombre..... Edad.....Expediente.....

Dirección.....Tel

Procedencia.....Medio Socioeconómico.....

Escolaridad.....Estudia actualmente.....

Ocupación.....Motivo de consulta.....

ANTECEDENTES FAMILIARES.

Obesidad.....Madre.....Padre.....Hermano.....Abuelos.....

Educación.....

Trastornos nutricionales algún familiar.....

Trastornos psicológicos algún familiar.....

ANTECEDENTES PERSONALES.

Peso nacer.....Lactancia materna.....Ablactación.....

Edad de inicio de la obesidad (ant. 9 meses,1-4^a,5-9a,10-14^a,15-19

.....

Tabaco..... Alcohol.....Drogas.....VSA.....

Edad inicio primera cambio puberal.....

Edad de la menarca.....Amenorrea si.....no.....

Tiempo de amenorrea (1 mes, 2 meses, 3 meses, 4 m. o +).....

Preocupación por alimento: si.....no.....

Plenitud gástrica :si.....no.....Aparece a consulta con ropa

holgada: si.....no.....Traído por sus padres si.....no.....

Imagen corporal.....alteraciones sueño.....

Equivalentes y/o depresión.....
Problemas por su obesidad (padres, familiares, maestros, amigos)
.....
Intolerancia al frío si.....no.....
Intentos previos de perdida de peso.....# veces.....
Perdida de peso si.....no.....cuantos kilos.....
Estreñimiento si.....no.....dolor abdominal si.....no.....
Actividad deportiva escolar.....Extraescolar.....
Alimentación.....
Vómitos al día No.....A la semana No.días.....
Mes No.....Año No.

EXPLORACION FISICA.

Peso.....Talla.....T/A.....FC.....FR.....Tem.....
% masa grasa.....P.A.....S.I.....S.S.....PA.....
Tanner Vello pubico.....Tanner mamario.....
Aparece a consulta con ropa holgada: si.....no.....
Pelo.....Piel:.....Edema:si.....no.....
Sialorrea:si.....no..... Caries si..... no.....
Nudillos con callosidades si..... no.....

LABORATORIO Y/O GABINETE.

Hb.....Leucocitos...VSG.....plaquetas.....
Fibrinogeno.....Glucosa.....urea.....
creatinina.....Na.....K.....Fósforo.....
Colesterol.....Triglicéridos.....HDL.....LDL.....
TGO.....TGP.....Proteínas totales y fracciones.....

TSH.....T3.....T4..... EGO(densidad).....
Rx torax.....Rx de silla turca.....
Evaluación: Psicológica.....Psiquiátrica.....Nutricional.....
Trabajo social.....ginecológica.....otras.....
Diagnostico.....
Tratamiento medico.....
Tratamiento psiquiátrico.....
Evolución.....

ANEXO 1

Hoja de recolección de datos

Trastornos Alimenticios en la Adolescencia

Fecha.....

Nombre..... Edad.....Expediente.....

Dirección.....Tel

Procedencia.....Medio Socioeconómico.....

Escolaridad.....Estudia actualmente.....

Ocupación.....Motivo de consulta.....

ANTECEDENTES FAMILIARES.

Obesidad.....Madre.....Padre.....Hermano.....Abuelos.....

Educación.....

Trastornos nutricionales algún familiar.....

Trastornos psicológicos algún familiar.....

ANTECEDENTES PERSONALES.

Peso nacer.....Lactancia materna.....Ablactación.....

Edad de inicio de la obesidad (ant. 9 meses,1-4^a,5-9a,10-14^a,15-19

.....

Tabaco..... Alcohol.....Drogas.....VSA.....

Edad inicio primera cambio puberal.....

Edad de la menarca.....Amenorrea si.....no.....

Tiempo de amenorrea (1 mes, 2 meses, 3 meses, 4 m. o +).....

Preocupación por alimento: si.....no.....

Plenitud gástrica :si.....no.....Aparece a consulta con ropa

holgada: si.....no.....Traído por sus padres si.....no.....

Imagen corporal.....alteraciones sueño.....

Equivalentes y/o depresión.....
Problemas por su obesidad (padres, familiares, maestros, amigos)
.....
Intolerancia al frío si.....no.....
Intentos previos de perdida de peso.....# veces.....
Perdida de peso si.....no.....cuantos kilos.....
Estreñimiento si.....no.....dolor abdominal si.....no.....
Actividad deportiva escolar.....Extraescolar.....
Alimentación.....
Vómitos al día No.....A la semana No.días.....
Mes No.....Año No.

EXPLORACION FISICA.

Peso.....Talla.....T/A.....FC.....FR.....Tem.....
% masa grasa.....P.A.....S.I.....S.S.....PA.....
Tanner Vello pubico.....Tanner mamario.....
Aparece a consulta con ropa holgada: si.....no.....
Pelo.....Piel:.....Edema:si.....no.....
Sialorrea:si.....no..... Caries si..... no.....
Nudillos con callosidades si..... no.....

LABORATORIO Y/O GABINETE.

Hb.....Leucocitos...VSG.....plaquetas.....
Fibrinogeno.....Glucosa.....urea.....
creatinina.....Na.....K.....Fósforo.....
Colesterol.....Triglicéridos.....HDL.....LDL.....
TGO.....TGP.....Proteínas totales y fracciones.....

TSH.....T3.....T4..... EGO(densidad).....
Rx torax.....Rx de silla turca.....
Evaluación: Psicológica.....Psiquiátrica.....Nutricional.....
Trabajo social.....ginecológica.....otras.....
Diagnostico.....
Tratamiento medico.....
Tratamiento psiquiátrico.....
Evolución.....