

II

ALTERACIONES DE LA ENERGÍA

Pilar García Peris

TABLAS Y FIGURAS DE LOS CAPÍTULOS 7 A 10

CAPÍTULO 7 TRATAMIENTO DIETÉTICO DE LA OBESIDAD

TABLA 7.1. Objetivos y tratamientos de la obesidad (Consenso SEEDO).

IMC (kg/m ²)	PÉRDIDA DE PESO	CONSEJO DIETÉTICO	DIETA HIPOCALÓRICA	VLCD	EJERCICIO	FÁRMACOS	CIRUGÍA
25-26,9		Si grasa abdominal o FRCV			Sí		
27-29,9	5-10%		Sí		Sí	Si fracaso de dieta	
30-34,9	10%		Sí			Si fracaso de dieta	
35-39,9	>10%			Si co-morbilidades y fracaso de dieta	Sí	Sí	Si co-morbilidades y fracaso de dieta
>40	>20%			Si fracaso de dieta	Sí	Sí	Si fracaso de dieta

IMC: Índice de Masa Corporal.

FRCV: factores de riesgo cardiovascular.

VLCD: Dietas de muy bajo contenido calórico.

TABLA 7.2. Indicaciones y contraindicaciones de las VLCD

INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes entre 18 y 65 años • Obesidad: IMC >30 kg/m² <ul style="list-style-type: none"> – Fracaso en intentos previos de pérdida de peso con dietas moderadamente hipocalóricas y alta motivación. – Riesgos para la salud derivados de la obesidad que hacen imperativa la pérdida de peso. – Pacientes que precisen una pérdida de peso rápida por cirugía. • Sobrepeso grado II (IMC> 27) con comorbilidades mayores (apnea del sueño, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, artrosis). 	<ul style="list-style-type: none"> • Infarto de miocardio reciente • Trastorno de conducción cardíaca • Antecedentes de enfermedad cerebrovascular, renal, o hepática • Diabetes mellitus tipo 1 • Trastornos psiquiátricos mayores • Colelitiasis • Alcoholismo • Cáncer • Infección • Abuso de sustancias • Anorexia/Bulimia

TABLA 7.3. Efectos metabólicos de las DBHC y dietas bajas en grasa^(23, 25)

PARÁMETRO	DHBC	BAJAS EN GRASA
Colesterol Total	= / +	–
LDL	= / +	–
HDL	+	= / +
Triglicéridos	–	–
Tensión arterial	–	–
Glucosa	–	–

(=) Sin cambios

(+) Incremento

(–) Disminución

TABLA 7.4. Índice glucémico de diferentes alimentos⁽²⁸⁾

ALIMENTO	ÍNDICE GLUCÉMICO (RESPECTO A PAN BLANCO)
Bebidas:	
– Refresco de cola	90
– Zumo de manzana sin azúcar	55
– Chocolate soluble en leche	59
Pan:	
– Baguette	136
– Pan de trigo	74
Cereales de desayuno:	
– Cereales integrales	43
– Cereales con chocolate	120
Lácteos:	
– Helado italiano	114
– Leche entera	15
– Yogur	51
Fruta:	
– Manzana	40
– Plátano	83
Pasta italiana:	
– Espaguetis cocidos 5 minutos	54
– Espaguetis cocidos 10 minutos	83
Vegetales:	
– Zanahoria cruda	23
– Zanahoria cocida	70
– Patata cocida	121
– Patata asada	144
– Puré de patatas	122
Cereales y legumbres:	
– Arroz blanco cocido	91
– Garbanzos cocidos	39

TABLA 7.5. Factores de la estructura de la dieta relacionados con la ganancia de peso⁽⁴⁸⁾

-
- Aumento de la variedad de alimentos.
 - Consumo de alimentos líquidos.
 - Aumento del tamaño de las raciones.
 - Aumento de la palatabilidad de los alimentos.
 - Consumo de aperitivos.
 - Comidas fuera de casa: fast-food, restaurantes.
-

TABLA 7.6. Ejemplo de menús de diferentes tipos de dieta

TIPO DE DIETA	BAJA EN GRASA	MEDITERRANEA	HIPERPROTEICA	DBHC
Menú	<p>DESAYUNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leche desnatada (200 ml) • Cereales de desayuno (30 g) • Mandarina (100 g) <p>MEDIA MAÑANA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pera (150 g) <p>COMIDA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coliflor (150 g) con patata (150) al ajo arriero 2. Bistec de ternera (100 g) con pimientos asados (50 g) 3. Manzana (200 g) 4. Pan blanco (25 g) 5. Aceite de oliva (10 g) <p>MERIENDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plátano (200 g) <p>CENA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ensalada de lechuga (30 g), tomate (100 g) 2. Salmón a la plancha (100 g) con espárragos (50 g) 3. Naranja (200 g) 4. Pan blanco (25 g) 5. Aceite de oliva (10 g) 	<p>DESAYUNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leche desnatada (200 ml) • Pan blanco (30 g) con tomate (30 g) y aceite de oliva (10 g) • Mandarina (100 g) <p>MEDIA MAÑANA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yogur desnatado con fruta (125 g) <p>COMIDA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lentejas (60 g) rehogadas con zanahoria (50 g) y cebolla (20 g) 2. Berenjena a la plancha (150 g) 3. Naranja (200 g) 4. Pan blanco (30 g) 5. Aceite de oliva (13 g) <p>MERIENDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Almendras (30 g) <p>CENA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ensalada de lechuga (30 g), tomate (100 g) 2. Gallo a la plancha (100 g) 3. Manzana (200 g) 4. Pan blanco (30 g) 5. Aceite de oliva (13 g) 	<p>DESAYUNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leche desnatada (200 ml) • Pan blanco (20 g) • Mandarina (100 g) <p>MEDIA MAÑANA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leche desnatada (200ml) <p>COMIDA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lentejas (80 g) rehogadas con zanahoria (50) y cebolla (20 g) 2. Pechuga de pollo (150 g) con tomate (50 g) 3. Manzana (200 g) 4. Pan blanco (20 g) 5. Aceite de oliva (10 g) <p>MERIENDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Queso de Burgos (35 g) • Jamón cocido (15 g) <p>CENA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Crema de calabacín (200 g) con queso en porciones (30 g) 2. Merluza a la plancha (150 g) 3. Pera (150 g) 4. Pan blanco (20 g) 5. Aceite de oliva (10 g) 	<p>DESAYUNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leche entera (250 ml) • Queso de Burgos (35 g) • Jamón cocido (25 g) <p>MEDIA MAÑANA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yogur griego (125 g) <p>COMIDA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Crema de calabacín (200 g) con nata (50 g) 2. Bistec de ternera (150 g) con pimientos asados (25 g) 3. Mandarina (100 g) 4. Aceite de oliva (10 g) <p>MERIENDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leche entera (200ml) <p>CENA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ensalada de lechuga (20 g), tomate (30 g) y atún en aceite (40 g) 2. Salmón a la plancha (150 g) 3. Queso de Burgos (35 g) 4. Aceite de oliva (10 g)
Energía	1.566,4 kcal	1.522,5 kcal	1.582,5 kcal	1.565,3 kcal
Macro-nutrientes	HCO 56% Proteínas 16% Lípidos 27% Fibra 30,4 g	HCO 50% Proteínas 16% Lípidos 34% Fibra 27,5 g	HCO 44% Proteínas 29% Lípidos 27% Fibra 19,7 g	HCO 14% Proteínas 26% Lípidos 60% Fibra 5,6 g
Perfil lipídico	AGS 5,3% AGM 14,1% AGP 3,0% Colesterol 140 mg	AGS 3,9% AGM 21,8% AGP 4,0% Colesterol 50 mg	AGS 7,2% AGM 13,0% AGP 2,5% Colesterol 280,7 mg	AGS 24,7% AGM 23,1% AGP 5,6% Colesterol 450,7 mg

HCO: Hidratos de Carbono; AGS: Ácidos grasos saturados.

AGM: Ácidos grasos monoinsaturados.

AGP: Ácidos grasos poliinsaturados.

TABLA 8.1. Efectos adicionales del orlistat más allá de la pérdida de peso

-
- Disminución de las concentraciones de colesterol total y el ligado a las LDL (efecto hipolipemiante *per se*).
 - Disminución del flujo de ácidos grasos libres.
 - Disminución del contenido de grasa visceral.
 - Disminución del contenido de grasa intramiocelular en tejido muscular.
 - Mejoría de la sensibilidad a la insulina.
 - Disminución de la acumulación de grasa en hígado.
 - Aumento de las concentraciones de GLP-1.
 - Disminución de citocinas (TNF, Interleucina-6).
 - Disminución de la lipemia postprandial.
 - Mejoría de variables asociadas al síndrome metabólico (aumento de adiponectina, disminución de proteína C reactiva).
 - Mejoría de síntomas asociados al síndrome de ovarios poliquísticos.
-

TABLA 8.2. Ejemplos de agentes antiobesidad en desarrollo

Agentes del sistema nervioso central que afectan a los neurotransmisores o canales iónicos

- Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y dopamina (Bupropion).
- Inhibidores de la recaptación de noradrenalina (GW320659).
- Agonistas selectivos del receptor de serotonina 5HT 2c (Lorcaserina).
- Fármacos antiepilépticos (topiramato, zonisamida).
- Algunos antagonistas dopaminérgicos (Ecopipam).

Agentes que actúan sobre la señalización de leptina/insulina/centros hipotalámicos del apetito

- Análogos de leptina.
- Promotores del transporte y/o receptores de leptina.
- Factor neurotrófico ciliar (Axokine).
- Antagonistas NPY.
- Antagonistas AgRP.
- Promotores POMC.
- Promotores CART.
- Análogos de α -MSH.
- Agonistas receptor MC4.
- Agentes que afectan al metabolismo/actividad insulina [inhibidores PTP-1B, antagonistas receptores PPAR- γ , bromocriptina de acción corta (ergoset), agonistas de somatostatina (octreotide) y adiponectina/Acrp30 (Famoxin or Fatty Acid Metabolic Oxidation Inducer)].

Agentes gastrointestinales

- Agentes que incrementen la actividad de CCK y PYY.
- Agentes que incrementen la actividad de GLP-1 exenatide, liraglutide).
- Agentes que disminuyan la actividad de la ghrelin.
- Amilina (pramlintida).

Agentes que puedan incrementar el gasto energético basal

- Agonistas selectivos β -3.
- Homólogos de UCPs.
- Agonistas del receptor tiroideo.

Otros agentes

- Antagonistas MCH.
 - Análogos de fitostanol.
 - Aceites funcionales.
 - P57 (agente anorexígeno derivado del cactus africano *Hoodia gordonii*).
 - Inhibidores amilasa.
 - Fragmentos de hormona de crecimiento.
 - Análogos sintéticos de la DHEAS (fluasterona).
 - Antagonistas de la actividad adipocitaria de la 11 β -hidroxiesteroide deshidrogenasa tipo 1.
 - Agonistas CRH.
 - Inhibidores de la carboxipeptidasa.
 - Inhibidores de la síntesis de ácidos grasos (cerulenina y C75).
 - Indanonas/indanoles.
 - Aminosteroides (trofusquemina/trodulamina).
 - Otros inhibidores de la lipasa gastrointestinal (Cetilistat).
 - Oleoil-estrona.
-

NPY, neuropeptido Y; AgRP, agouti-related peptide; POMC, proopiomelanocortina; CART, cocaine and amphetamine regulated transcript; α -MSH, alpha-melanocyte-stimulating hormone; MC4R, melanocortin-4 receptor; PTP, protein-tyrosine phosphatase; PPAR, peroxisome proliferators activated receptors; Acrp30, adipocyte complement-related protein de 30kDa; CCK-A, Colecistocinina-A; GLP-1, glucagon-like peptide-1; PYY, péptido YY3-36; DPP, dipeptidil peptidasa; UCP, uncoupling protein; MCH, melanin concentrating hormone; DHEAS, dehidroepiandrosterona sulfate; CRH, corticotropin releasing hormone.

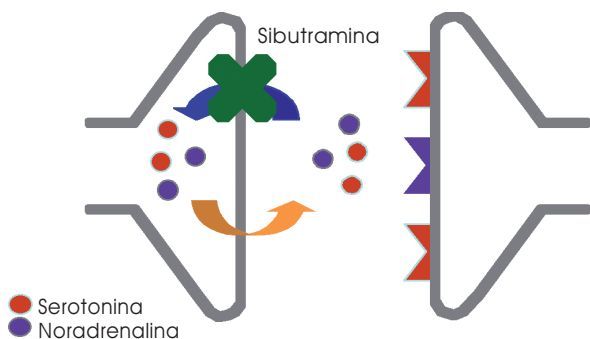


FIGURA 8.1. Mecanismo de acción de la sibutramina.

Los neurotransmisores serotonina y noradrenalina, una vez liberados al espacio sináptico, se acoplan a sus receptores y parte son recaptados de nuevo por las terminaciones nerviosas. La sibutramina impide la recaptación de estos neurotransmisores, permitiendo que actúen durante más tiempo.

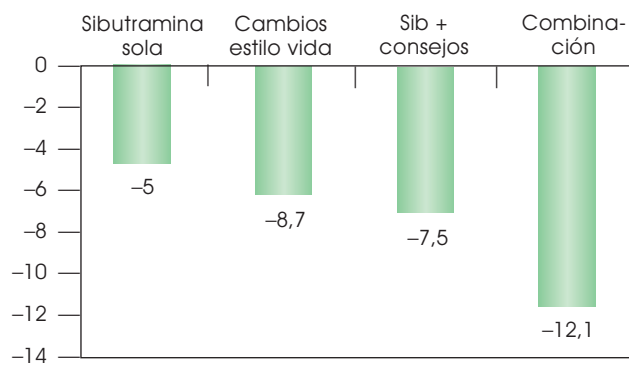


FIGURA 8.2. Resultados de pérdida de peso, en función del tratamiento elegido: sibutramina sola, en asociación a unos simples consejos o con tratamiento conductual intensivo: 30 sesiones grupales de 90 minutos en un año, junto a visitas individualizadas (Modificado de Wadden TA, *et al.* *New Engl J Med* 2005; 353).

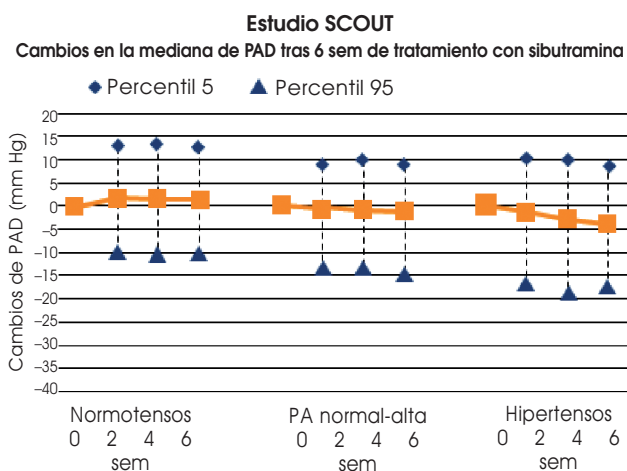


FIGURA 8.3. Efecto de la administración de sibutramina sobre la presión arterial sistólica y diastólica, en 10.742 pacientes con diferentes factores de riesgo cardiovascular (Estudio SCOUT)⁽¹²⁾.

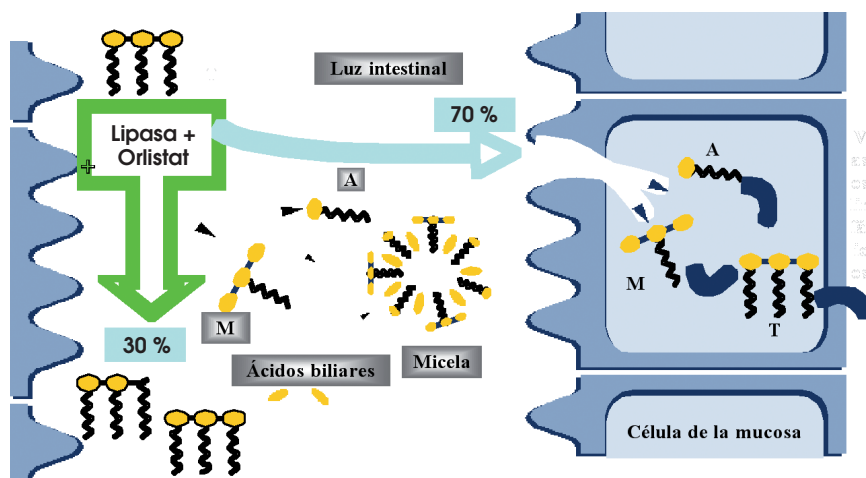


FIGURA 8.4. Mecanismo de acción del orlistat.

En condiciones normales, la lipasa pancreática hidroliza en la luz intestinal la totalidad de los triglicéridos en ácidos grasos (AG) y monoglicéridos (M) que posteriormente se incorporan a la micela para absorberse a través del borde en cepillo del enterocito. En el interior del mismo, se vuelven a sintetizar triglicéridos (TG) para pasar a la circulación unidas a lipoproteínas. La acción del orlistat bloquea parcialmente la acción de la lipasa pancreática, evitando la hidrólisis del 30% de los triglicéridos ingeridos.

TABLA 9.1. Tipos de cirugía bariátrica

- 1. Técnicas malabsortivas (ya no se utilizan)**
 - Bypass yeyunoileal
- 2. Técnicas restrictivas:**
 - Gastroplastia: vertical anillada, en banda
 - Banda gástrica ajustable
 - Gastrectomía tubular, manga gástrica, sleeve gástrico
- 3. Técnicas mixtas:**
 - De predominio restrictivo
 - bypass gástrico
 - De predominio malabsortivo
 - derivación biliopancreática:
 - Clásica: Scopinaro
 - Técnica de Larrad
 - Cruce duodenal (Marceau-Baltasar)
- 4. Cirugía metabólica**
 - Bypass duodenoyeyunal, transposición ileal

TABLA 9.2. Indicaciones de la cirugía bariátrica

- BMI >40 Kg/m² o BMI > 35 asociado a patología importante.
- Edad entre 18-60 años.
- Fracaso previo del tratamiento médico.
- Ausencia de contraindicación para la cirugía.
- Ausencia de patología psiquiátrica grave.

TABLA 9.3. Contraindicaciones de la cirugía bariátrica

- Enfermedad hepática o renal avanzada.
- Alcoholismo, ingesta de drogas.
- Enfermedades psiquiátricas:
 - esquizofrenia, estados psicóticos, bulimia nerviosa, síndrome depresivo grave.
- Retraso mental moderado o profundo.
- Contraindicación para la cirugía.
 - Situación cardiorrespiratoria comprometida.
 - Cuestiones técnicas (cirugías previas, etc.).

TABLA 9.4. Protocolo de evaluación preoperatoria

- Historia clínica.
- Exploración física.
- Determinaciones bioquímicas:
 - Hemograma, coagulación.
 - Bioquímica general que incluya glucosa, ácido úrico, pruebas de función hepática y renal, estudio lipídico, hemoglobina glicosilada, proteínas viscerales, sobrecarga oral de glucosa.
 - Estudio de minerales y micronutrientes: Na, K Calcio, fósforo, magnesio, zinc, folato, B₁₂, vitaminas liposolubles.
 - Estudio hormonal (insulina, PTH, función tiroidea y gonadal...).
- Rx tórax, ECG.
- Pruebas de función respiratoria, oximetría nocturna o estudio polisomnográfico.
- Estudio radiológico gastroduodenal, ecografía abdominal.
- Valoración psicológica.
- Valoración anestésica.
- Otros: densitometría ósea, ecocardiograma, estudio genético, etc.
- Consentimiento informado.

TABLA 9.5. Cronograma de seguimiento tras la cirugía bariátrica

	1 m	3 m	6 m	12 m	18 m	24 m	3 a	4 a	5 a
Evaluación clínica	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Hemograma bioquímica, Fe, Ca, P, Mg	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Vitaminas, oligoelementos			x	x		x	x	x	x
Densitometría ósea				x		x			x
Ecografía abdominal					x				x

TABLA 9.6. Seguimiento en el postoperatorio inmediato

- Movilización precoz del paciente.
- Fisioterapia respiratoria.
- Anticoagulación profiláctica.
- Vigilancia clínica estrecha de posibles complicaciones de la cirugía.
- Inicio precoz de la tolerancia oral.

TABLA 9.7. Recomendaciones dietéticas generales tras la cirugía bariátrica

- Coma lentamente, masticando bien y sin distracciones.
- Ajuste el volumen de cada ingesta al tamaño del remanente gástrico.
- Deje de comer si nota sensación importante de plenitud.
- Evitar tumbarse inmediatamente después de comer.
- Ingiera 1-1,5 litros de líquidos a lo largo del día, preferentemente separados de la ingesta de alimentos sólidos o semisólidos.
- Realice una dieta variada.
- Asegure la ingesta de alimentos ricos en proteínas.
- Evite los alimentos con elevada densidad calórica.
- Evite las bebidas con gas y los alimentos flatulentos.
- Evite bebidas azucaradas.
- Evite la ingesta de alcohol.
- Evitar la ingesta de alimentos que puedan producir obstrucción de la salida del estómago, como piel o huesos de frutas, etc.
- Si es posible, debe tomar los medicamentos en forma líquida o triturados. No todas las formulaciones se puede triturar; consulte al respecto.
- Si presenta vómitos persistentes, se pondrá en contacto con el equipo clínico lo antes posible.

TABLA 9.8. Evaluación pérdida de peso.

	PSP	IMC
Excelente	>75%	<30 kg/m ²
Bueno	50-75%	30-35 kg/m ²
Malo	<50%	>35 kg/m ²

TABLA 9.9. Datos de Buchward, JAMA 2004; 292:1724-1737

	DIABETES		HIPERTENSIÓN		SAOS	
	RESOLUCIÓN	MEJORÍA O RESOLUCIÓN	RESOLUCIÓN	MEJORÍA O RESOLUCIÓN	RESOLUCIÓN	MEJORÍA O RESOLUCIÓN
Bandeleta gástrica	47,9 (29,1-66,7)	80,8 (72,2-89,4)	43,2 (30,4-55,9)	70,8 (61,9-79,6)	95,0 (88,8-100)	68,0 (26,2-100)
Gastroplastia	71,6 (55,1-88,1)	90,8 (76,2-100)	69,0 (58,4-76,5)	85,4 (74,1-96,7)	78,2 (55,6-100)	90,7 (78,5-100)
Bypass gástrico	83,7 (77,3-90,1)	93,2 (79,3-100)	67,5 (58,4-76,5)	87,2 (78,4-95,9)	80,4 (68,5-92,3)	94,8 (91,5-98,1)
DBP	98,9 (96,8-100)	76,7 (42,2-100)	83,4 (73,2-93,6)	75,1 (44,7-100,0)	91,9 (81,9-100)	72,2 (34,5-100)
TOTAL	76,8 (70,7-82,9)	86,0 (78,4-93,7)	61,7 (55,6-67,8)	78,5 (70,8-86,1)	85,6 (79,2-92,2)	83,6 (71,8-95,4)



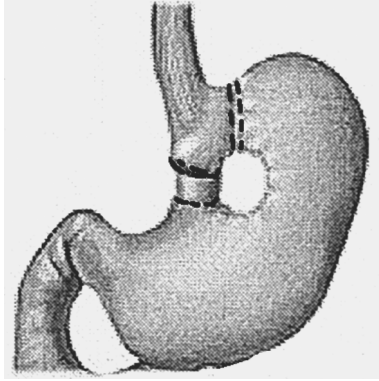


FIGURA 9.1. Gastroplastia vertical en banda

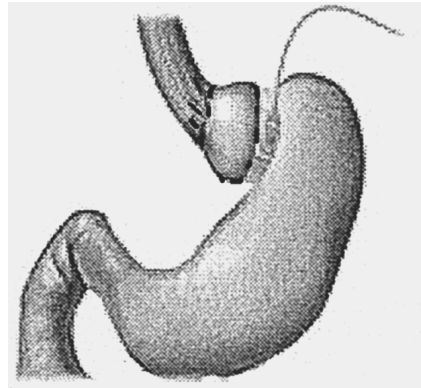


FIGURA 9.2. Bandeleta gástrica ajustable.

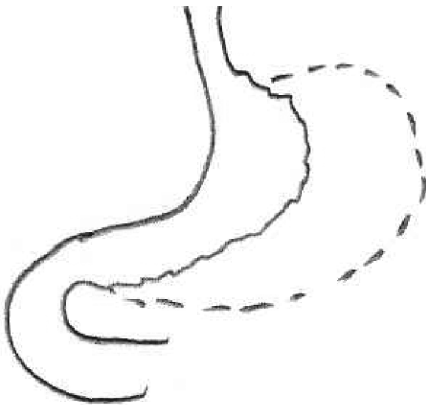


FIGURA 9.3. Gastrectomía tubular.

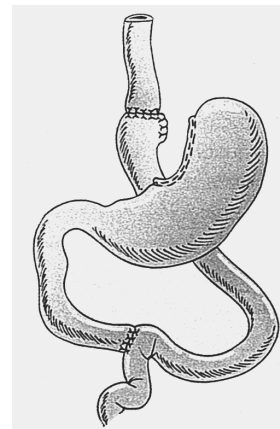


FIGURA 9.4. Bypass gástrico.

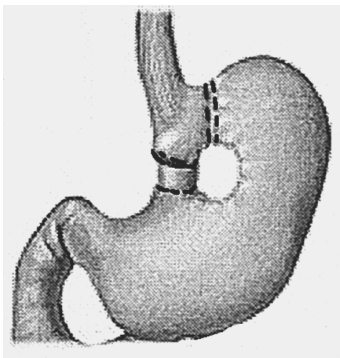


FIGURA 9.5. Derivación biliopancreática.

TABLA 10.1. Criterios diagnósticos de los TCA

Anorexia nerviosa

- Negativa a mantener un peso normal para la talla conduciendo a un peso inferior al 85% del peso esperado. Puede deberse a pérdida de peso o a que no se llegue a alcanzar la ganancia de peso esperada para ese periodo de crecimiento (Ej. estirón puberal).
- Miedo intenso a ganar peso y engordar a pesar de que el paciente esté obviamente delgado.
- Alteración de la percepción del peso corporal, tamaño, forma.
- En mujeres después de la menarquia: la presencia de amenorrea secundaria durante tres ciclos menstruales consecutivos.
- Se describen dos subtipos de AN: el restrictivo y el purgativo o con atracones.

Bulimia nerviosa

- Episodios recurrentes de atracones, caracterizados por ingesta de grandes cantidades de alimentos en un corto periodo de tiempo con sensación de falta de control sobre la ingesta.
- Conductas compensatorias inapropiadas y recurrentes para impedir la ganancia de peso, como los vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos o ejercicio intenso.
- Los episodios de atracones y purgas deben ocurrir al menos 2 veces/semana durante 3 meses.
- Preocupación excesiva por el peso y la forma corporal.
- Se describen dos subtipos de BN: el purgativo descrito previamente y el no purgativo que utiliza el ayuno y el ejercicio intenso como medida compensatoria.

TCA no especificado

- Pacientes con TCA que no cumplen todos los criterios de AN ni BN.

Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4.ª edición.

TABLA 10.2. Diagnóstico diferencial de los TCA

Enfermedades endocrinológicas

- Enfermedad de Addison.
- Hipotiroidismo/hipertiroidismo.
- Hipopituitarismo.
- *Diabetes mellitus*.

Enfermedades gastrointestinales

- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Síndromes de malabsorción: celiakía, etc.
- Enfermedad ulcerosa péptica.
- Reflujo gastroesofágico.
- Esofagitis.
- Acalasia.
- Gastroparesia.

Enfermedades neurológicas

- Hipertensión intracraneal como consecuencia de una masa intracraneal o pseudotumor cerebri.

Neoplasias. Enfermedades infecciosas

- Tuberculosis.
- Infección por VIH.

Conectivopatías

- Lupus eritematoso sistémico.
- Artritis reumatoide.
- Otras conectivopatías.

Otras enfermedades psiquiátricas

- Depresión.
- Trastorno de ansiedad.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastornos del pensamiento.

TABLA 10.3. Pruebas recomendadas en el estudio de pacientes con TCA

Valoración inicial

- Hemograma (considerar VSG).
- Glucemia, proteínas viscerales, estudio lipídico.
- Gasometría venosa y electrolitos incluyendo calcio, fósforo y magnesio.
- Tests de función renal, incluyendo urea/BUN, creatinina, ácido úrico.
- Tests de función hepática.
- Hormonas tiroideas.
- Análisis elemental de orina.
- Electrocardiograma y radiografía de tórax.

Pruebas a considerar en una valoración posterior

- Hierro sérico, ferritina, zinc, cobre, niveles de vitaminas.
- Hormonas: estradiol, LH, FSH, testosterona, prolactina.
- Amilasa sérica.
- Estudios del tracto gastrointestinal, tránsito gastrointestinal, endoscopia.
- Densitometría ósea.
- TAC craneal o RMN.
- Ecocardiograma.

TABLA 10.4. Criterios de hospitalización en los TCA

Adultos
<div><div></div><div>— Bradicardia < 40 lpm o taquicardia > 110 lpm.</div><div>— Presión arterial < 90/ 60 mmHg.</div><div>— Hipoglucemia sintomática.</div><div>— Hipopotasemia < 3 mmol/l.</div><div>— Hipotermia < 36,1 °C.</div><div>— Deshidratación.</div><div>— Vómitos o conductas purgativas no controladas.</div><div>— Peso < 75% del peso ideal.</div><div>— Pérdida rápida de peso (varios kilos en una semana).</div><div>— Falta de mejoría o empeoramiento con el tratamiento ambulatorio.</div></div>
Niños y adolescentes
<div><div></div><div>— Bradicardia < 50 lpm.</div><div>— Hipotensión ortostática (aumento de > 20 lpm en la frecuencia cardiaca o caída de la presión arterial > 10-20 mmHg con el ortostatismo).</div><div>— Presión arterial < 80/50 mmHg.</div><div>— Hipopotasemia o hipofosfatemia.</div><div>— Pérdida rápida de peso incluso si el peso es > 75% del peso ideal.</div><div>— Hipoglucemia sintomática.</div><div>— Falta de mejoría o empeoramiento con el tratamiento ambulatorio.</div></div>

Indicaciones psiquiátricas

- Ideación suicida.
- Enfermedad psiquiátrica concomitante grave.
- Imposibilidad para comer independientemente o necesidad de nutrición enteral por sonda.
- Ambiente familiar poco favorable.
- Falta de cooperación con el tratamiento ambulatorio.

TABLA 10.5. Grados de recomendación en el tratamiento de los TCA (tomado de referencia⁵⁵)

RECOMENDACIÓN CLÍNICA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
• La psicoterapia cognitivo conductual o interpersonal debería ofrecerse a los pacientes con bulimia nerviosa y en el trastorno por atracón.	A
• Se podría utilizar un programa de autoayuda como primer paso en el tratamiento de la bulimia nerviosa y en el trastorno por atracón.	B
• La mayoría de pacientes con anorexia nerviosa deberían ser tratados ambulatoriamente en centros terciarios por un equipo multidisciplinario.	C
• Los antidepresivos pueden utilizarse como tratamiento primario o en combinación con psicoterapia en pacientes con bulimia nerviosa.	D

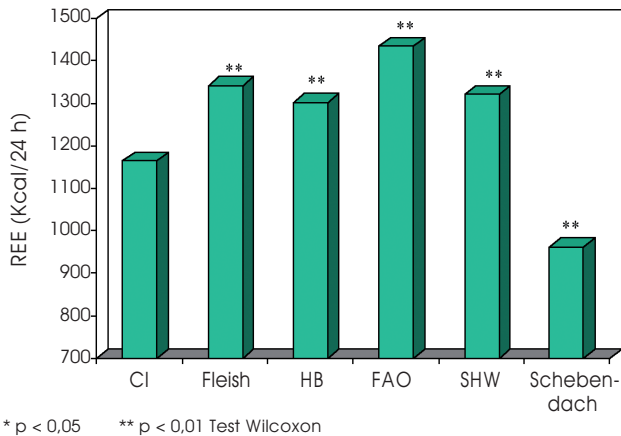


FIGURA 10.1. Comparación del GER medido por CI con el estimado con distintas ecuaciones predictivas.

