

Conference Paper

Manejo farmacológico de los Trastornos de Conducta Alimentaria

González-Torres, Andrés^{1*}; Domínguez-Ortiz, Michelle Alejandra^{1#}.

¹Servicio de Psiquiatría, Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE.

*Correspondencia: andresgt.med@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-4327-6428>

Correspondencia: michelle.dominguezortiz@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3425-9165>

PALABRAS CLAVE: trastornos de la conducta alimentaria, TCA, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, psicofarmacología.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son afecciones que involucran patrones anormales de comportamiento alimentario, así como una preocupación excesiva por el peso y/o la imagen corporal. A pesar de que los TCA son de las afecciones psiquiátricas con mayor prevalencia, existe poca investigación respecto al manejo farmacológico de estos, en parte, debido a los aspectos bioéticos y la poca cooperación de los pacientes para participar en estudios.

OBJETIVO

El objetivo de este artículo es proporcionar una visión general actualizada del manejo farmacológico en los trastornos de la conducta alimentaria, específicamente de la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Además de enfatizar la importancia de un enfoque integral del tratamiento, que incluya intervenciones psicológicas, psiquiátricas y nutricionales.

DISCUSIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria se clasifican en anorexia nerviosa (AN) (siendo esta la afección con la tasa de mortalidad más alta que cualquier trastorno psiquiátrico), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón (TPA), trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos y trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE). Cada uno de ellos con características específicas y diferentes estados de gravedad.

El manejo integral es la clave para evitar complicaciones graves. El tratamiento debe ser multidisciplinario, involucrando principalmente la psicoterapia, el apoyo familiar, soporte nutricional, la medicación y el manejo de comorbilidades. Se ha observado buena respuesta con diferentes tipos de psicoterapia, siendo la de mayor evidencia la terapia cognitivo-conductual (TCC), pero también se han visto avances con la terapia familiar, terapia interpersonal, terapia de aceptación y compromiso, terapia psicodinámica y terapia de grupo. El apoyo nutricional está enfocado en la evaluación del estado nutricional, el establecimiento de metas, la educación nutrimental, la creación de planes individualizados, el monitoreo y la prevención de recaídas. La medicación, por su parte, se enfoca en tratar las comorbilidades psiquiátricas, el control de impulsos y las conductas compulsivas. Dentro del manejo médico integral se incluye principalmente la desnutrición, el desequilibrio hidroelectrolítico y las probabilidades de desarrollar problemas cardíacos, gastrointestinales y osteoporosis.



Cita: González-Torres A, Domínguez-Ortiz, MD, Manejo farmacológico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, Inno J, 2023, 1(1).

Publicado: Octubre 2023

Los objetivos específicos del tratamiento varían según el tipo de TCA. Para la AN, los principales objetivos son la estabilización del peso en caso de ser necesario, prevención de recaídas, cambios en la conducta alimentaria y la reducción de síntomas asociados. Para la BN y el TPA, los objetivos principales se enfocan en la disminución de la frecuencia y cantidad de los atracones, así como de las conductas compensatorias. El manejo de los síntomas y complicaciones asociadas y la disminución de la preocupación acerca de las consecuencias de la acción de comer. Para el TPA también será importante evaluar la necesidad de pérdida de peso, considerando la alta comorbilidad con obesidad y sobrepeso.

Algunos de los fármacos utilizados para los TCA son los antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, los antipsicóticos y antihistamínicos. Sin embargo, no todos los fármacos son efectivos para todos los pacientes y algunos tienen efectos secundarios graves; por ejemplo, el riesgo de desarrollar síndrome metabólico con algunos antipsicóticos y la prolongación del intervalo QT, lo que puede llevar a arritmias cardíacas.

Para la AN se recomienda inicialmente una entrevista motivacional y negociación con el paciente para aceptar la medicación. Es necesario tomar en cuenta la presencia de comorbilidades y siempre iniciar con dosis bajas, ya que, al haber depleción de proteína sérica, será mayor la cantidad de fármaco libre y si hay disminución del porcentaje de grasa corporal, será menor el volumen de distribución. Para la AN los antidepresivos no han mostrado mejoría en cuanto a la ganancia de peso, pero sí para las comorbilidades existentes. Los estudios con Risperidona, Aripiprazol, Sulpiride y Quetiapina no son concluyentes y otras opciones como la Ciproheptadina, Cannabinoides, Litio, Zinc, Omega 3 y Testosterona no han demostrado ser mejores que placebo. El único fármaco que tiene evidencia suficiente es la Olanzapina (dosis de 2.5 a 10 mg/día) para ganancia ponderal, así como mejoría de pensamientos obsesivos, síntomas afectivos asociados y alteraciones en la percepción corporal.

Para la BN se puede considerar un psicofármaco de primera instancia, si el paciente no tiene las capacidades de llevar un seguimiento psicoterapéutico estrecho o no lo desea. Se considera adecuado si se logran disminuir las cantidades y frecuencia de atracones/purgas en un 75%. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), el Bupropion, Topiramato y Trazodona son algunos de los fármacos utilizados, siendo la Fluoxetina el único aprobado por la FDA, pero también se ha observado buena respuesta con Sertralina, Escitalopram y Fluvoxamina a dosis altas.

En el TPA se recomienda el uso de ISRS como primera línea de tratamiento, seguido de Topiramato si el paciente tiene sobrepeso u obesidad. Sin embargo, la lisdexanfetamina es el único fármaco aprobado por la FDA y ha demostrado eficacia en la disminución de la frecuencia de atracones, pero debido a los efectos adversos se prefiere iniciar con otro tipo de fármacos. Otra opción terapéutica son los análogos de GLP-1, como el Semaglutide, ya que se ha visto disminución de la cantidad de atracones y regulación del apetito.

Dentro de las comorbilidades a destacar está el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), principalmente con TPA. Se ha identificado un pobre control inhibitorio en ambas patologías relacionado con disminución de niveles de dopamina. Es importante la correcta identificación y manejo de estas comorbilidades para lograr una mejoría significativa.

CONCLUSIÓN

El manejo integral de los trastornos de la conducta alimentaria es la mejor forma de obtener una respuesta positiva a largo plazo, siendo los pilares principales el manejo farmacológico, la



Cita: González-Torres A, Domínguez-Ortiz, MD, Manejo farmacológico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, Inno J, 2023, 1(1).

Publicado: Octubre 2023

psicoterapia y el apoyo nutricional. Se debe crear un enfoque personalizado del tratamiento, teniendo en cuenta las necesidades específicas y la presencia de comorbilidades de cada paciente. El tratamiento farmacológico de los TCA es complejo y debe ser siempre individualizado, enfocándose en tratar las comorbilidades psiquiátricas, el control de impulsos y las conductas compulsivas, siempre considerando los posibles efectos secundarios e interacciones medicamentosas.

REFERENCIAS

1. Aigner, M., Treasure, J., Kaye, W., Kasper, S., & The WFSBP Task Force on Eating Disorders. (2011). World federation of societies of biological psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 12(6), 400–443. <https://doi.org/10.3109/15622975.2011.602720>
2. Crow, S. J. (2019). Pharmacologic Treatment of Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 253-262. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.007>
3. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet*. 2020 Mar 14;395(10227):899-911. doi:10.1016/S0140-6736(20)30059-3. PMID: 32171414.
4. Monteleone, A. M., Pellegrino, F., Croatto, G., Carfagno, M., Hilbert, A., Treasure, J., Wade, T., Bulik, C. M., Zipfel, S., Hay, P., Schmidt, U., Castellini, G., Favaro, A., Fernandez-Aranda, F., Il Shin, J., Voderholzer, U., Ricca, V., Moretti, D., Busatta, D., Solmi, M. (2022). Treatment of eating disorders: A systematic meta-review of meta-analyses and network meta-analyses. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 142(104857), 104857. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104857>
5. Grave, R. D., Sartirana, M., Sermattei, S., & Calugi, S. (2020). Treatment of eating disorders in adults versus adolescents: Similarities and differences. *Clinical Therapeutics*, 43(1), 70–84. https://www.academia.edu/44561335/Treatment_of_Eating_Disorders_in_Adults_Versus_Adolescents_Similarities_and_Differences
6. Fornaro, M., Mondin, A. M., Billeci, M., Fusco, A., De Prisco, M., Caiazza, C., Micanti, F., Calati, R., Carvalho, A. F., & de Bartolomeis, A. (2023). Psychopharmacology of eating disorders: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 338, 526–545. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.06.068>
7. Villa, F. M., Crippa, A., Rosi, E., Nobile, M., Brambilla, P., & Delvecchio, G. (2023). ADHD and eating disorders in childhood and adolescence: An updated minireview. *Journal of Affective Disorders*, 321, 265–271. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.10.016>



Cita: González-Torres A, Domínguez-Ortiz, MD, Manejo farmacológico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, *Inno J*, 2023, 1(1).

Publicado: Octubre 2023