

RELACIÓN ENTRE EL IMC, LA AMENORREA Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN ADOLESCENTES CON ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS

INTRODUCCIÓN

La *American Psychiatric Association* describe en el DSM-5 (DSM vigente) (American Psychiatric Association, 2013) que el Índice de Masa Corporal (IMC) es el indicador de gravedad con un valor pronóstico más elevado en los pacientes con TCA, fundamentalmente en los afectos de Anorexia Nerviosa, puesto que una pérdida relevante de peso con la consecuente reducción del IMC, se relaciona con la restricción y el ayuno y se traduce en alteraciones físicas y psíquicas importantes que favorecen la aparición de complicaciones y peor evolución (Docx y cols., 2015; Federico y cols., 2017).

→ **Objetivo:** Evaluar la relación entre el IMC, la amenorrea y el tiempo de evolución del trastorno en chicas adolescentes diagnosticadas de AN o BN.

MÉTODOS

Muestra inicial de 542 pacientes, de ambos géneros, con edades entre 5 y 18 años, atendidos en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid entre 2013 y 2016. Se realizó un análisis de edad, género y diagnóstico mediante tablas de contingencia. El estudio principal reveló un claro predominio del género femenino, la edad adolescente y el diagnóstico de AN y BN. Por ello **para el presente trabajo fueron seleccionadas 169 pacientes en edad adolescente (12 – 18 años), género femenino y diagnóstico de AN o BN.**

Se estudiaron las variables peso y talla en la primera visita por sospecha de TCA, se trabajó con el IMC de dichas pacientes. Los datos sobre talla, peso e IMC de los sujetos de la muestra se analizan mediante las Curvas de Crecimiento de Orbegozo y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (tablas 1 y 2). Se utilizan estas curvas puesto que son una herramienta útil para la valoración del crecimiento en los niños y adolescentes. Se trabaja con los percentiles para analizar en qué lugar se encuentra cada paciente con respecto a otras adolescentes de la misma edad y así identificar aquellas pacientes que presentan un IMC bajo y, por consiguiente, desnutrición.

Análisis estadístico: Se evaluó la relación entre el IMC, la amenorrea y el tiempo de evolución de la enfermedad mediante tablas de contingencia y Prueba exacta de Fisher. Diferencias significativas para valores de $p < 0.05$. Paquete estadístico utilizado: SPSS versión 23.

RESULTADOS

En el análisis de IMC algunas pacientes mostraron un valor inferior al normal (inferior al percentil 15). De éste modo del total de 169 pacientes el 27,2% presentaron un IMC por debajo o igual al percentil 10 y el 28,4% un IMC superior al percentil 10 pero inferior al 15 según edad y género y según las curvas de crecimiento de Orbegozo y de la OMS (Tabla 1 y 2)

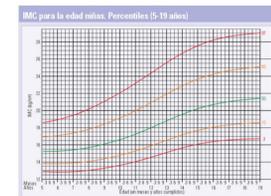


Tabla 1: Tabla percentiles OMS

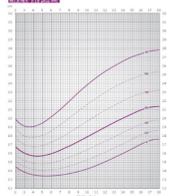


Tabla 2: Tabla F. Orbegozo

IMC Y AMENORREA

Por lo que se refiere a la relación del IMC con el resto de indicadores de gravedad (amenorrea y tiempo de evolución), la amenorrea fue significativamente característica de las pacientes con un IMC inferior al normal (IMC inferior al percentil 15). Por otro lado, la ausencia de amenorrea se relacionó significativamente con los casos que presentaron un IMC superior al percentil 25 (Tabla 3).

AMENORREA	CHICAS ADOLESCENTES AMENORREA				χ ²	FISHER
	IMC					
	<= P 10	> P 10 y <= P15	> P 15 y <= P25	> P 25		
SI	46,8	41,9	6,5	4,8	p=0,000	p=0,000
NO	15,5	18,4	15,5	50,5		
PRIMARIA	33,3	66,7				

P 10: percentil 10, P 15: percentil 15, P 25: percentil 25.

Tabla 3. Análisis de IMC y amenorrea

IMC Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

En cuanto al tiempo de evolución no se observaron diferencias significativas entre tiempos de evolución ($p=0,362$). Así todos los percentiles de IMC presentaron el mayor número de casos en el primer año de evolución y descendieron bruscamente a partir del segundo año de evolución. El percentil que presentó los mayores tiempos de evolución fue el más bajo (<P10), llegando hasta los 6-7 años de evolución, seguido por el extremo contrario (<P25) que presentó casos hasta el 5-6 año de evolución del trastorno (Tabla 31).

T. EVOLUCIÓN	CHICAS ADOLESCENTES T. EVOLUCIÓN				χ ²	FISHER
	IMC					
	<= P 10	> P 10 y <= P15	> P 15 y <= P25	> P 25		
< 1 AÑO	63	72,3	65	52,7	p=0,345	p=0,362
de 1 a 2 AÑOS	28,3	21,3	20	27,3		
de 3 a 4 AÑOS	2,2	6,4	15	10,9		
de 4 a 5 AÑOS	4,3			5,5		
de 5 a 6 AÑOS				3,6		
de 6 a 7 AÑOS	2,2					

P 10: percentil 10, P 15: percentil 15, P 25: percentil 25.

Tabla 4. Análisis de IMC y tiempo de evolución de la enfermedad

DISCUSIÓN

El estudio del IMC, en el presente trabajo, reveló casos con IMC inferior al normal (inferior al percentil 15) indicando desnutrición pero en la exploración de las pacientes el cálculo del IMC debe ir acompañado de anamnesis, historia dietética, antecedentes de desarrollo pondoestatural (por ejemplo obesidad) y otras pruebas complementarias, además de la valoración de los cambios del peso a lo largo del tiempo ya que su registro aislado puede dar, en éstos casos, una información insuficiente (Martínez Costa y cols., 2010). Los casos que presentaron un IMC inferior al normal se relacionaron de forma significativa, con la presencia de **amenorrea secundaria** revelando que dichas pacientes presentaban alteraciones más graves que las que presentaron un IMC normal (American Psychiatric Association, 2013). Por lo que refiere **al tiempo de evolución**, otros autores afirman que hay una relación directa entre el tiempo de evolución del trastorno y la alteración del IMC (Cockfield y cols., 2009; Sim y cols., 2010). En el presente estudio, pese a que no se observan diferencias significativas, las pacientes que presentaron un IMC inferior al percentil 10 computaron, en general, tiempos de evolución superiores, exhibiendo tiempos que abarcaban desde un año hasta los 7 años de evolución.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. (5a ed.) Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Cockfield, A. y Philpot, U. (2009). Feeding Size 0: The Challenges of Anorexia Nervosa. Managing Anorexia from a Dietitian's Perspective. The Proceedings of the Nutrition Society, 68(3), 281-288.
- Cruz, S. y Maganto, M. (2002). Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. Revista de Psicología General Aplicada, 55(1), 455-473.
- Docx, M., Weyler, F. J., Simons, A., Ramet, J. y Mertens, L. (2015). Ferritin and Body Mass Index Predict Cardiac Dysfunction in Female Adolescents with Anorexia of the Restrictive Type. Acta Cardiologica, 70(4), 395-399.
- Federico, F., Benedetta, D., Maffoni, C., Apicella, E., Leonardi, V. y Mendolicchio, L. (2017). A Disconnection between Nutritional Status (in Terms of Body Mass Index and Phase Angle) and Psychopathology in Anorexia Nervosa. Psychiatry Research, 252, 196-200.
- Martínez Costa, C. y Pedrón Giner, C. (2010). Valoración del estado nutricional. En Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP, (pp 313-18). Ergon.
- Sim, L. A., McAlpine, D. E., Grothe, K. B., Himes, S. M., Cockerill, R. G. y Clark, M. M. (2010). Identification and Treatment of Eating Disorders in the Primary Care Setting. Mayo Clinic Proceedings, 85(8), 746-751.
- Swenne, I. (2001). Changes in Body Weight and Body Mass Index (BMI) in Teenage Girls prior to the Onset and Diagnosis of an Eating Disorder. Acta Paediatrica, 90(6), 677-681.

