

Trastornos del apetito: anorexia e hiperfagia

Steiner, H.

Pérdida del apetito o anorexia.

El apetito es el deseo de comer y beber, específicamente de sustancias nutritivas preferidas. El apetito está basado en una simple hambre pero va más allá de ésta, conteniendo mental y social elementos que elaboran y determinan el manejo básico de la comida (hoeberl y Novin, 1982). La valoración del apetito de los niños debe ser obtenido durante toda entrevista psiquiátrica, como esta área puede contener algunos de los más sucintos e importantes indicadores de la presencia de desarrollos patológicos. Los trastornos del apetito pueden tomar muchas formas. La anorexia - pérdida del apetito- es la más común de los trastornos del apetito en la infancia, pero algunas variantes de este trastorno, tal como la anorexia nerviosa, emerge en el primer tiempo durante la pubertad.

Aspectos del desarrollo de la anorexia.

La comida ingerida en el recién nacido está gobernada solamente por hambre, este hasta aproximadamente 3 meses cuando las preferencias de la comida inician. El apetito se desarrolla en respuesta a y bajo la influencia de múltiples factores sociales y culturales. La comida es uno de los primeros y más importantes maneras de comunicación entre el niño y el que lo cuida. Porque la comida tiene como tal tremendos valores de reforzamiento, los cuales si no se toman a lo largo de la comida y administramos la comida asume muchos significativos excesos, los cuales se recordarán fuertemente y permanentemente irán a la par con el deseo de la comida. Al mismo tiempo muchos procesos biológicos afectan el deseo de la comida de una persona, como bien, especialmente aquellos asociados con la salud. De este modo esta total área de funcionamiento es de primera importancia a aquellos quienes son interesados en valorar el desarrollo del niño.

La anorexia acompaña una amplia variedad de agudas y crónicas enfermedades pediátricas y psiquiátricas a lo largo de la infancia y la adolescencia y debe ser cuidadosamente valorada en términos de diagnóstico diferencial (Tunnessen, 1988, Oski et al., 1990, Yzai, 1983). Debe tomarse en mente que en cualquier edad, hay variedades considerablemente normales en muchos niños en términos de su tendencia a perder su apetito en reacción al estrés o enfermedad. Tales variantes son más probables también constitucionalmente determinadas o aprendidas muy rápido, ellas son a medida de muy difíciles de cambiar. En términos de temperamento, una tendencia a perder uno de los sentidos del apetito aparece mas frecuente en individuos como son aquellos ansiosos, inhibidos, tendiendo a ser tímido y aislarse, y quienes aprecian una fuerte rutina en sus actividades diarias.

Los síndromes más comunes asociados con la pérdida del apetito

La pérdida del apetito es la más frecuente de los trastornos del apetito acompañando la más aguda y crónica enfermedad pediátrica (Green y Richmond, 1986). Además, la anorexia es un lado de los efectos significativos asociados con muchas medicaciones que son rutinariamente prescritas en el tratamiento de estas enfermedades. La pérdida del apetito puede acompañar un amplio rango de problemas psiquiátricos (Steiner, 1996), el más común de los trastornos de afecto y humor, y es comúnmente presente durante el abuso de drogas, muchos de los cuales suprimen el apetito (tales como cocaína y otros estimulantes). Trastornos de ajuste, desorden de estrés post traumáticos, esquizofrenia - especialmente aquellas formas donde las desilusiones sintomáticas envuelven el alimento- los desórdenes de conversión y los trastornos disociativos, todo pueden ser acompañados por algunos grados de anorexia. La pérdida de peso asociada con estos trastornos puede ser dramática y suficiente para la anorexia mimica nerviosa. El trastorno clásico de la comida tales como la anorexia nerviosa hace presente una pérdida de apetito, pero usualmente no para ésta hasta muy tarde en el desarrollo de la pérdida de peso. Rápidamente en el curso de esta condición, el control consciente del hambre y del apetito es mucho más común. No debe ser olvidado, el curso, son las drogas que suprimen el apetito tales como estimulantes y drogas callejeras, las cuales pueden invitar a una pérdida crónica del apetito y pérdida del peso. Para la iatrogénica incluye pérdida de apetito, cualquiera de las medicaciones usadas para tratamiento de enfermedad aguda y crónica de la infancia y ciertos medicamentos psiquiátricos, tales como la recaptación selectiva de la serotonina, inhibidores y estimulantes, debe ser considerado.

Tratamiento y dirección de la anorexia:

Dada la amplia variedad de problemas que pueden aparecer con la pérdida del apetito, es importante de tomar en consideración una lista de diagnóstico diferencial adecuado y proceder con apropiada precaución. Como una larga lista de enfermedades agudas y crónicas que puede afectar el apetito, cualquier pérdida del apetito sería (se extienda sobre severos alimentos y /o primordial pérdida de hidratación y peso) necesario de ser valorado en la consulta con un pediatra. En general, bases biológicas de la pérdida del apetito tiende a decidir más bien dicho, de una manera rápida cuando dan al apropiado tratamiento y dirección. La persistencia de los síntomas indica una necesidad de reconsiderar la etiología y quizás enfocar más en los aspectos psicosociales de la vida del niño. Desde que la principal y persistente pérdida del apetito puede tener profundo e inmediato impacto en el peso, así como la composición y función del cuerpo y modelos del desarrollo; tales trastornos deben ser tratados conjuntamente con el pediatra. Las evaluaciones pediátricas en marcha del estatus nutricional, los modelos de comida, desarrollan curvas y la función endocrinológica es esencial para cualquier niño, pero durante el tiempo de los trastornos del crucial proceso de la comida por energía-suplida; la vigilancia debe ser intensificada semanalmente o también cada dos semanas estar en

contacto. En la mayoría de los casos un apropiado tratamiento de los trastornos subrayados dirige la normalización de la comida en todas las edades y es el modo referido de acción. Solamente muy raramente es la medicación indicada como un estimulante selectivo (tales agentes como las fenotiacidas o cyproheptadine) o inhibidores (supresores del apetito) del apetito. Solo los medicamentos usualmente son insuficientes para corregir el trastorno del apetito, los síndromes más subrayados llaman a una cuidadosa coordinación aproximando prescripciones nutricionales y supervisión. La intervención del comportamiento en el hogar o en la escuela y la familia y el tratamiento del individuo (Steiner, 1996, Steiner, 1997y, 1997b).

Hambre constante o Hiperfagia

Los trastornos del apetito pueden existir una hiper o poli-fagia. El comer en exceso puede ser continuamente o episódicamente (binge eating). Bajo la influencia de un hambre descontrolada, el individuo consume grandes cantidades de comida en una sentada y no para la ingestión hasta después de señales internas de saciedad. Los problemas de este niño pueden asumir proporciones grotescas, tales como cuando cantidades en exceso de decenas o miles de calorías son consumidas; muy frecuentemente estos problemas son complicados con formas secundarias de patología, tales como „comer substancias no nutritivas, varias formas de purgantes y clandestina y patológico comportamiento necesitando conservar el hábito- el husmeo y robo de comida- (Steiner, 1996).

Aspectos desarrollados de Hiperfagia

Una pérdida del apetito, hiperfagia aparece en el contexto de múltiples agudas y crónicas enfermedades psiquiátricas y pediátricas a través de la infancia y de la adolescencia y requiere cuidadoso diagnóstico diferencial (oski et al., 1990; Ziai, 1983), Hiperfagia es más común en el contexto de ciertos desórdenes específicos que pueden aparecer en ambos extremos del espectro desarrollado - durante la edad de la primaria y en adolescencia. Hiperfagia en los años de la escuela primaria más frecuentemente dirige la obesidad y acompaña ciertas formas de retraso mental. La hiperfagia típica la bulimia nerviosa típicamente inicia en los primeros momentos de la pubertad. En un momento dado, pensaríamos que la hiperfagia podría ser incluida también por enfermedad pediátrica crónica o aguda o iatrogénicamente, por la administración de régimen por tratamiento o medicaciones que inducen a aumentar el apetito.

Los síndromes más comunes asociados con la Hiperfagia:

La hiperfagia es más comúnmente asociada con el seguimiento de diagnósticos pediátricos, la obesidad, retraso mental (tal como Prader-Willi), hipertiroidismo, diabetes mellitus, fibrosis quística, Sx de Kleine-Levine , lesiones en el hipotálamo, debido a tumores en la pituitaria, craneofaringiomas, leucemia en el sistema nervioso central, encefalitis, el síndrome deLaurence-Moon-Biedl , pinealomas y porencefali. El síndrome

psiquiátrico más común acompañando a la hiperfagia son bulimia nerviosa, abuso de drogas psicoactivas (tales como marihuana o rebound después del uso de estimulantes y cocaínas), la depresión atípica, síndrome premenstrual y enanismo psicossocial lo que es esto importante para recordar que hay algunas formas de bulimias no purgantes que usualmente resulta en obesidad. Algunas alimentaciones raras pueden acompañar profundamente trastorno del desarrollo, pero este hecho es raro. Las hiperfagias iniciadas iatrogénicamente son variadas y necesitan ser descartadas. Estas pueden también ser el resultado de regimenes de tratamiento que requieren los pacientes, comer grandes cantidades de comida para mantener su salud, tales como una fibrosis cística o en el resultado de los quemados estas son directamente el resultado de algunas medicaciones necesarias para un tratamiento, tales como insulina, medicación toroidea, fenotiacidas, tricíclicos o algunos medicamentos antialérgicos tales como ciproheptadine, por nombrar tan solo algunos de los más comunes.

Tratamiento y dirección de la Hiperfagia:

Como en el tratamiento de pérdida de apetito, es importante tomar en consideración una lista adecuada de diagnóstico diferencial y proceder con apropiada precaución. Además, la valoración de hiperfagia requiere una cerca colaboración con el pediatra del niño para descartar complejas causas del problema. Hiperfagia usualmente conlleva a una ganancia de peso, y en términos de estabilidad médica, no presenta todos los problemas de inmediato de la pérdida del apetito. Pero esto es posible que algún de los que comen en exceso deje problemas secundarios tales como el purgarse, el cual puede rápidamente involucrarse en un problemas médicos agudo tal como secreción esofágicos (?) Tears-, deshidratación y hipocalemia. De este modo, siempre después de la evaluación de un diagnóstico adecuado que ha sido demostrado por el pediatra y psiquiatra del niño, debe de esperarse que una apropiada supervisión pediátrica en marcha de el niño será necesaria para determinar los patrones del problema y valorar el progreso. En contradicción a la pérdida del apetito, tratamiento oportuno de los problemas de hiperfagia es mucho más difícil. Las intervenciones del comportamiento y dirección de psicofarmacológica ambas deben ser consideradas activamente pero, en muchos de los casos, ninguna es curativa y las tasas de las recaídas después del tratamiento permanecen elevadas.