



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

GRADO EN MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO

MORBI-MORTALIDAD MÉDICA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS
SANITARIOS NO PSIQUIÁTRICOS EN PERSONAS CON UN PRIMER
EPISODIO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA).
ESTUDIO LONGITUDINAL A 10 AÑOS

MEDICAL MORBI-MORTALITY AND USE OF NON-PSYCHIATRIC HEALTH
RESOURCES IN PEOPLE WITH A FIRST EPISODE OF EATING DISORDER
(ED).
10-YEAR LONGITUDINAL STUDY

Autor/a: Beatriz Cuevas Martínez

Director/es: José Andrés Gómez del Barrio

Santander, 23 de Mayo de 2022

ÍNDICE

1. Resumen.	3
Abstract	4
2. Introducción	5
3. Hipótesis	10
4. Objetivos	10
5. Metodología	11
6. Resultados	13
6.1 Atención Primaria	15
6.2 Atención Especializada	16
6.3 Urgencias	16
6.4 Ingresos	17
6.5 Intervenciones Quirúrgicas	19
6.6 Mortalidad	20
6.7 Análisis específico por patologías	20
6.8 Análisis entre el grupo de los pacientes	21
7. Discusión	24
Limitaciones	26
8. Conclusiones	27
9. Bibliografía	28
10. Agradecimientos	31

MORBI-MORTALIDAD MÉDICA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS NO PSIQUIÁTRICOS EN PERSONAS CON UN PRIMER EPISODIO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA). ESTUDIO LONGITUDINAL A 10 AÑOS.

1. RESUMEN:

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria constituyen un destacable grupo de enfermedades psiquiátricas con elevadas tasas de morbi-mortalidad. De no ser tratadas precozmente, existe una alta probabilidad de desarrollar complicaciones psicológicas y somáticas e incluso cronificarse.

El **objetivo** de este trabajo fue estudiar retrospectivamente la evolución clínica de 199 pacientes con un TCA que contactaron por primera vez con una unidad especializada. Se estudiaron el número y tipo de asistencia sanitaria solicitada durante los últimos 10 años y los comparamos con una muestra pareada de 204 controles sanos.

Los pacientes requirieron significativamente más ingresos, y consultas de atención primaria, especializada y urgencias. También fueron más frecuentes las cirugías, especialmente ginecológicas, digestivas y traumatológicas.

En función del perfil psicopatológico (restrictivo/impulsivo) de los pacientes, encontramos que el perfil impulsivo demandó más cirugías, visitas a urgencias y a especializada, además de situarse el 100% por encima del normopeso, lo que evidencia una clara tendencia a la obesidad.

Concluimos que cualquier tipo de TCA solicitó una mayor asistencia sanitaria a lo largo de 10 años tras su primer contacto con una unidad asistencial.

La detección y tratamiento precoz pudiera conducir a una reducción de los costes sociosanitarios y mejorar la calidad de vida de dichos pacientes.

Palabras clave: *TCA, unidad asistencial, costes sociosanitarios.*

ABSTRACT:

Eating disorders (ED) are defined as prevalent psychiatric illnesses leading to high morbimortality. If they are not treated early, there is a high probability of developing psychological and somatic complications and even becoming chronic.

The **purpose** of this work was to study retrospectively clinical course of 199 patients with ED who contacted for the first time with a medical specialist unit. We discuss the numbers and types of health care needed for the last 10 years and we compared them with a matched sample of 204 healthy controls.

We found that patients need more hospitalization, primary cares, specialist attention and emergency services. Furthermore, patients receive more surgeries, especially gynaecological, digestive and traumatological surgery.

On the psychopathological profile (restrictive/impulsive) of patients, we noticed that impulsive behaviours have more frequent visits to the E.R. (emergency room), specialist attention and surgeries. Furthermore, 100% of them are above normal weight that supposes a clear trend towards obesity.

We concluded that any type of ED patient requires more health care than a healthy person over 10 years after their first contact with a care unit.

The focus on early detection and treatment could lead to a reduction in the personal and economic costs besides improve the quality of life.

Key words: *ED, medical unit, healthcare costs.*

2. INTRODUCCIÓN:

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades cada vez más prevalentes en nuestra sociedad. Están relacionadas con una pérdida sustancial de la calidad de vida que afecta a la salud y el bienestar de las personas que los padecen ^[1], además de estar asociados a altas tasas de morbilidad y mortalidad ^[2].

Se reconocen como cuatro trastornos bien definidos, reclasificados como Trastornos de la Ingesta y la Alimentación (Feeding and Eating Disorders - FEDs) en la 5ª revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Dentro de estos trastornos destacamos la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos ^[3] aunque también se incluyen la pica, el trastorno de rumiación y el síndrome de alimentación nocturna.

Uno de cada ocho jóvenes puede tener al menos un trastorno alimentario a los veinte años de edad ^[4]. La prevalencia de TCA en países desarrollados se ha estimado en torno al 1-3% en la población adolescente y joven de ambos sexos, y en torno al 4-5% en mujeres jóvenes y adolescentes ^[5]. Actualmente, se sospecha que la prevalencia de los TCA ha aumentado de forma relevante. El aumento de la prevalencia es atribuible al incremento de la incidencia y a la duración y cronicidad de estos cuadros.

El trastorno por atracón compulsivo es considerado actualmente el trastorno más común, siendo el más frecuente entre el género masculino ya que hasta 1/3 de los pacientes son hombres ^[2].

No obstante, la falta de estudios con un resultado estadísticamente significativo hace que debamos ser cautelosos a la hora de interpretar los resultados ya que se han obtenido unos datos muy heterogéneos ^[6], probablemente debido a la variabilidad a la hora de clasificarlos y de definir sus características a lo largo del tiempo ^[4]. A pesar de la discordancia, parece una clara evidencia a que se tratan de trastornos más frecuentes en mujeres y que debutan en la adolescencia ^[6,7].

La mediana de edad de inicio oscila entre 18-21 años, siendo la anorexia la que comienza a una edad más temprana y casi nunca después de los 20, mientras que los trastornos relacionados con atracones pueden aparecer a edades superiores ^[7,8].

A la hora de desencadenar un trastorno alimenticio se encuentran factores de riesgo biológicos y psicosociales, tanto genéticos como ambientales. Exponerse a una dieta restrictiva premórbida en la infancia, sufrir bullying o ciberacoso, obesidad infantil severa o el abuso de sustancias pueden ser factores desencadenantes en una persona con mayor grado de vulnerabilidad individual y ciertos rasgos de personalidad como el interés por lo desconocido y novedoso ^[9].

Factores socioculturales como las preferencias occidentales por la delgadez de las mujeres y la idealización del cuerpo de éstas a través de los medios, supone un condicionante que favorece el aumento de la prevalencia de estos trastornos [2].

Así mismo, se han analizado los efectos de la pandemia por COVID-19. El periodo de cuarentena y aislamiento domiciliario sumado a la preocupación por la salud y la incertidumbre por la pandemia, sin duda se trata de factores estresantes que pueden exacerbar los desencadenantes de un TCA [10].

Las dos patologías más frecuentes dentro de los TCA son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Algunas de las peculiaridades que más aparecen en estos pacientes son [11]:

-Rechazo al peso normal o miedo al aumento de peso ponderal y distorsión de la imagen corporal.

-Irritabilidad, apatía y cambios repentinos de humor.

-Amenorrea

-Obsesión con el ejercicio físico

-Pérdida de control sobre los hábitos alimenticios y conductas de alimentación mal controladas.

-Episodios de atracones, con o sin conductas compensatorias posteriores [12].

No obstante, las personas que padezcan algún tipo de TCA que no cumpla con todas las características necesarias por definición para su diagnóstico, podrán clasificarse como Trastorno Alimentario-Especificado en el DSM-5. De este modo, podemos hablar de anorexia *atípica*, bulimia *subumbral* o síndrome de *alimentación nocturna* y considerarlos y evaluarlos como cualquier otro TCA, pese a no cumplir criterios de duración o conceptualización [3].

Se ha visto que padecer una de las citadas patologías se relaciona con tener más riesgo de otras enfermedades, tanto somáticas como psicológicas. A menudo son comórbidos en los que encontramos aumento de patologías como:

- Trastornos psiquiátricos como depresión, trastorno por ansiedad, ataques de pánico, insomnio o incluso intentos de suicidio. Suelen tener sentimientos de culpa y baja autoestima que los lleva a empobrecer sus relaciones sociales y les genera dificultades en el ámbito laboral. En los episodios de mayor restricción alimenticia, situaciones de mayor estrés o desequilibrio emocional, sufren mayor irritabilidad, apatía, impulsividad y cambios bruscos de comportamiento. De forma más específica, trastornos como la Pica se relacionan con esquizofrenia, trastorno del espectro autista y retraso mental, además

de generarles una conducta obsesiva-compulsiva que pueden ocasionar crisis de ansiedad ante la falta de control.

El insomnio y alteraciones del sueño como sonambulismo o síndrome de las piernas inquietas afectan significativamente a su calidad de vida [13,14].

- Consecuencias somáticas relacionadas con alteraciones cardíacas, desequilibrios hormonales o alteraciones gastrointestinales [13].

Los vómitos autoinducidos, el abuso de laxantes y la restricción de alimentos son las conductas que más frecuentemente encontramos en estos pacientes. Estos comportamientos alteran la motilidad esofágica causando pirosis, regurgitación o disfagias y, por tanto, el riesgo de desarrollar esófago de Barret o cáncer de esófago es mayor.

La sensación de plenitud precoz, náuseas y distensión abdominal pueden facilitar la aparición de gastroparesia, aunque se ha visto que mejora tras la recuperación de peso.

Se han descrito alteraciones en la secreción hormonal relacionada con el apetito, alterando los niveles de grelina e insulina en comparación con personas sin dichos trastornos [14,15]. Se observó una mayor prevalencia de enfermedades autoinmunes como la diabetes tipo 1 y la enfermedad de Crohn entre los pacientes con trastornos alimentarios [16].

El estreñimiento crónico también es un trastorno frecuente y muy agobiante que afecta negativamente a la vida social y la calidad de vida de los pacientes.

Además, los esfuerzos prolongados para la evacuación, el abuso de laxantes purgantes, el ejercicio excesivo y los vómitos forzados repetidos inducen un aumento anormal de la presión intraabdominal que puede provocar daños estructurales en el suelo pélvico, causando atrofia muscular e incluso rabdomiolisis debido a la desnutrición.

La frecuente asociación con obesidad, dislipemia, HTA y diabetes mellitus los hace candidatos a cirugía bariátrica, con el riesgo de las complicaciones que ésta conlleva [15].

Los trastornos alimentarios, en comparación con el resto de trastornos psiquiátricos, muestran relaciones más fuertes tanto con intentos de suicidio como con la necesidad de mayor tratamiento ambulatorio y hospitalario y un mayor deterioro funcional [4].

Una detección precoz supone una reducción del periodo del tiempo sin tratamiento lo que aporta grandes beneficios al paciente ya que puede ser intervenido antes de que la enfermedad se cronifique. Por otro lado, si se adelanta la intervención del sistema desde que se presenta la enfermedad hasta que se detecta, el número de comorbilidades asociadas también se ven disminuidas [17].

La anorexia nerviosa mostró una duración significativamente más corta y una menor persistencia después de 12 meses, así como niveles generales más bajos de comorbilidad, que el trastorno por atracón. La anorexia nerviosa se relaciona con IMC bajo (<18.5) el resto de su vida, aunque sin cumplir el resto de criterios para considerarse patológico.

La bulimia nerviosa tiene mejor pronóstico que la anorexia nerviosa y el trastorno por atracón. En cualquier caso, una duración de más de 6 años con cualquier trastorno implica mayor fracaso en el tratamiento ^[2].

Por otro lado, el trastorno por atracón que en un primer momento se consideró como algo transitorio y, por tanto, con menor gravedad, simula tener una incidencia similar a la anorexia o la bulimia nerviosa, además de estar asociado a un gran número de comorbilidades ya mencionadas y estar fuertemente relacionado con la obesidad severa (IMC>40), incluso después de haberse tratado ^[8].

Hemos encontrado estudios que estiman el número medio de años con anorexia nerviosa en 1,7 años, significativamente menor que para la bulimia nerviosa (8,3), trastorno por atracón (8,1), trastorno por atracón subumbral (7,2), o cualquier otro trastorno por atracón (8,7) ^[8]. Esto nos puede hacer pensar que una conducta restrictiva dentro de los TCA, tendrá una mayor tasa de éxito y curación que una conducta impulsiva compensatoria.

Desde otra perspectiva, el DSM defiende que dos terceras partes de los pacientes con anorexia nerviosa mostraron remisión a los cinco años, y su mortalidad fue de casi seis veces la de la población general, motivada entre otras cosas por el abuso de sustancias, suicidio y desnutrición. También defiende que la bulimia es una condición mucho más frecuente que la anorexia nerviosa pero menos letal que ésta ^[7].

Por una parte, vemos que pacientes con anorexia nerviosa o bulimia nerviosa tienen comorbilidades psiquiátricas de por vida, tales como Trastorno Depresivo Mayor o Trastorno por Ansiedad. También se ha relacionado con el abuso de sustancias como alcohol y otras drogas ^[18].

Por otra parte, el rol social, la vitalidad y la calidad de vida en general de los pacientes con trastornos alimentarios es significativamente menor que la de la población sana, contando con una alta tasa de hospitalizaciones, visitas a urgencias y atención primaria. Sin olvidarnos de que la anorexia nerviosa tiene una alta tasa de suicidio ^[19].

En cuanto a la cronicidad, se ha visto que un 50% de los pacientes con anorexia nerviosa tienen remisión completa, pero hasta un 20% evolucionan hacia la cronicidad incluso con un tratamiento hospitalario intensivo y una amplia variedad de tratamientos durante el tiempo de seguimiento ^[20].

Datos similares de cronicidad y recaídas parciales encontramos para la bulimia nerviosa, aunque la mortalidad es menor que en la anorexia, teniendo un peor pronóstico aquellos que no siguen un tratamiento ^[7,11]. Los trastornos alimentarios no especificados, así como el trastorno por atracón, muestran la necesidad de un tiempo de seguimiento menor, menor tiempo hasta la remisión y mejor pronóstico ^[21].

Es más, se ha visto que no solo se ve afectada la calidad de vida de los propios pacientes, también la de su entorno más cercano. Los hermanos de pacientes que padecen TCA sufren un deterioro en su calidad de vida a largo plazo.

Muchos factores que se relacionaron con este empeoramiento de su calidad de vida serían soportar una mayor carga de trabajo y estar sometidos a un estado continuo de estrés y ansiedad, con episodios de depresión ^[19].

Respecto a la efectividad del tratamiento, la terapia cognitivo conductual ha resultado ser el tratamiento más competente y el que mayor tasa de curación consigue. La etiología multifactorial de estos trastornos hace necesario un abordaje individual a la hora de elegir el enfoque psicosocial más eficaz con cada paciente ^[22]. En cualquier caso, se ha visto que una estancia corta hospitalaria bien planificada, disminuye los reingresos en pacientes con enfermedad mental grave ^[23].

Si analizamos el impacto del coste-efectividad en los trastornos alimentarios, encontramos estudios que examinaron los costes de salud antes y después del diagnóstico de TCA y los compararon con un grupo con depresión y otro grupo sin TCA (de control). Estos costes fueron consistentemente más elevados que el de los pacientes sin TCA ^[14].

Una revisión sistemática de 69 estudios observó una disminución de la calidad de vida y un incremento de la utilización de los servicios sanitarios y de los costes en pacientes con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón. La disminución de la calidad de vida fue similar en los tres grupos, pero los costes fueron mayores en los pacientes con anorexia ^[14].

Realmente el coste y beneficio de los tratamientos no están controlados de forma exhaustiva. En términos económicos, los costes anuales de atención sanitaria oscilan entre 2.993€-55.270€ para pacientes con anorexia nerviosa, 888-18.283€ para pacientes diagnosticados de bulimia nerviosa, y entre 1762-2902€ para otros trastornos alimentarios compulsivos ^[24]. No obstante, se trata de un enfoque multidisciplinar cuyo coste-efectividad no ha podido ser valorado.

Las referencias citadas en relación con las comorbilidades que asocian las personas con TCA resultan importantes a la hora de analizar los resultados de nuestro trabajo ya que hacen evidente que estos pacientes necesitarán, a largo plazo, un mayor seguimiento clínico en diversas especialidades médicas ^[2].

Las complicaciones crónicas más frecuentemente encontradas incluyen: un retraso en el crecimiento y desarrollo, mayor número de complicaciones obstétricas, densidad mineral ósea disminuida con mayor riesgo de fracturas y osteoporosis y mayor riesgo de obesidad y diabetes mellitus tipo 2 ^[2].

La calidad de vida relacionada con la salud se ve afectada en cualquier tipo de trastorno alimentario en comparación con una persona sana ^[18].

Dado todo lo referido anteriormente y, a pesar de que diversos estudios señalan mayores tasas de comorbilidad psiquiátrica y física en los TCA ^[14], así como una tendencia a padecer secuelas físicas graves que amenazan su calidad de vida, aún existen pocos estudios que lo hayan analizado a largo plazo.

3. HIPÓTESIS

- Los TCA en su conjunto tendrán, a lo largo de 10 años tras su primer contacto con una unidad especializada, un mayor número de contactos con los servicios médicos que los controles sanos.
- Los TCA en su conjunto tendrán un número mayor de ingresos médicos y un mayor número de consultas en atención primaria y especializada que los controles sanos.
- Los TCA en su conjunto tendrán un mayor número de intervenciones quirúrgicas que los controles sanos.
- Los TCA en su conjunto tendrán un mayor número de enfermedades crónicas y metabólicas que los controles sanos.

A su vez, esperamos encontrar diferencias significativas en el grupo de pacientes al dividir entre perfil restrictivo y purgativo en todas las variables estudiadas. Nuestras hipótesis en este ámbito son:

- Los pacientes con conductas impulsivas tendrán un IMC significativamente mayor y conductas purgativas que pondrán de manifiesto un mayor número de comorbilidades.
- Encontraremos que dichos pacientes impulsivos en los que asociaremos más comorbilidades, demandarán más asistencia sanitaria.
- Hallaremos diferencias en cuanto a patología metabólica, endocrina y digestiva entre ambos grupos.

4. OBJETIVOS

General

-Estudiar la comorbilidad médica y la utilización de recursos sanitarios a largo plazo (10 años) en una muestra de sujetos con un TCA que acudieron a recibir su primer tratamiento a una unidad especializada comparados con un grupo de controles sanos pareados por sexo y edad.

Como objetivos secundarios, destacaríamos:

-Estudiar el número y tipo de consultas médicas, asistencia a urgencias e ingresos que precisa una persona con un trastorno de la conducta alimentaria comparados con un grupo control sano a lo largo de 10 años.

-Analizar el tipo de enfermedades y cirugías que son más prevalentes en individuos que padecen algún tipo de desorden alimenticio.

-Pretendemos que este estudio sirva de base para estudiar el tipo de perfil que tiene una persona con un trastorno de la conducta alimentaria y las comorbilidades que conlleva asociadas.

5. METODOLOGÍA

Nuestro trabajo se ha basado en realizar una revisión exhaustiva de las historias clínicas de 199 pacientes que acudieron a recibir su primer tratamiento a la unidad de trastornos de la conducta alimentaria del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV), indagando en la frecuencia con la que utilizan el sistema sanitario y el uso que hacen de éste.

Al mismo tiempo, se revisaron los historiales clínicos en una muestra de 204 voluntarios sanos pareados por sexo y edad que fueron evaluados al mismo tiempo que los pacientes.

- Hemos examinado de manera objetiva, cuantitativa y cualitativamente, la utilización del sistema público sanitario en los últimos años por cada persona de nuestra muestra poblacional.
- El periodo de estudio ha sido de aproximadamente 10 años, empezando a valorar los episodios desde 2010 hasta la actualidad.
- Dentro de dicha búsqueda, hemos descrito los principales diagnósticos que se han establecido.
- Los resultados de nuestra investigación se han visto reflejados en una base de datos con el fin de poder comparar, dentro de esa muestra poblacional, el manejo de la asistencia que han dado las personas con un trastorno de la conducta alimentaria, denominados **casos**, con el uso que han hecho de ella las personas sin dicho trastorno, llamados **controles**.
- Para el análisis y comparaciones se utilizó el grupo total de pacientes frente a los controles.

En un análisis posterior, dentro del grupo de TCA diferenciaremos aquellos con perfil impulsivo (Bulimia Nerviosa , trastorno por atracones y otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado con perfil de tipo bulimia nerviosa o trastorno por atracones de baja frecuencia o purgativo) de aquellos con perfil psicopatológico restrictivo (anorexia nerviosa , otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado perfil anorexia nerviosa atípica y Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos) intentando encontrar similitudes y discrepancias a la hora de relacionar comorbilidades con un tipo de trastorno u otro.

- Las variables recogidas para estudio fueron: nombre anonimizado, nuevo código numérico, sexo, edad, tiempo de seguimiento y su IMC. Otras 17 variables agrupadas en:
 - Ingresos, número y motivo.
 - Cirugías y tipos.
 - Atención primaria, número de consultas y diagnósticos.
 - Consultas especializadas, número de veces solicitadas y diagnósticos.
 - Urgencias, número de visitas y diagnósticos.
 - Estado clínico actual.
 - Localización/paradero conocido o no.
 - Mortalidad.

Paralelamente a este estudio observacional descriptivo, hemos completado el trabajo con una revisión bibliográfica de la literatura disponible en **PubMed** en relación con la etiología, prevalencia, clasificación, características y comorbilidades de los TCA. Se trata de un buscador de libre acceso que permite consultar la base de datos MEDLINE que dispone de artículos de investigación biomédica mayoritariamente.

Tanto los pacientes como los controles fueron informados al inicio del primer contacto de las características del estudio y los objetivos a corto y largo plazo que se pretendían. Tanto pacientes y en su caso tutores y controles firmaron un consentimiento informado. El proyecto fue aprobado por el comité ético de investigación de Cantabria ("El estudio controlado y prospectivo de los primeros episodios de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria" (CEIC). BFR 01/10).

Análisis Estadístico

A la hora de analizar los datos obtenidos, se ha utilizado la base del software estadístico SPSS.

Para cada variable se calculó la media y la desviación estándar. Para la diferencia entre las medias: media, error estándar e intervalo de confianza 95%.

Se han realizado tablas de contingencia para referir el significado estadístico de Chi cuadrado, calculando el coeficiente de correlación de Pearson en las variables cualitativas objeto de estudio entre los grupos de control y de pacientes.

Para la comparación de medias entre grupos (pacientes y controles) se aplicó la prueba de T de Student. Utilizamos la prueba de Levene para la igualdad de varianzas ya que nos indica si podemos o no suponer varianzas iguales. Así, si la probabilidad asociada al estadístico Levene es >0.05 : suponemos varianzas iguales. Si es <0.05 , suponemos varianzas distintas.

Por último, para analizar si había diferencias entre los distintos perfiles clínicos dentro del grupo de pacientes (restrictivo/impulsivo) y los controles, utilizamos el análisis de la varianza (ANOVA).

P-valores inferiores a 0,05 indican evidencia estadísticamente significativa.

6. RESULTADOS

La base de datos obtenida contiene información de una muestra poblacional de 403 personas, de los cuales 204 son controles y 199 son pacientes que padecen o han padecido algún desorden de la conducta alimentaria a lo largo de su vida y se han puesto en contacto con el Servicio Cántabro de Salud.

En primer lugar, de acuerdo con la estrategia de emparejamiento que hemos usado para las variables recogidas en la base de datos, compararemos el grupo control con el grupo de pacientes buscando diferencias en edad y sexo, pero gracias al matching, eliminamos el sesgo de confusión de este estudio observacional y minimizamos los desequilibrios iniciales que pueda haber entre los grupos. De esta forma empezamos a estudiar las variables biológicas.

Posteriormente analizaremos los recursos sanitarios clasificados según comentamos en el apartado de metodología. Así, dentro del número de veces que acceden a un tipo de asistencia sanitaria, también valoraremos el motivo por el que acuden y qué tipo de paciente es el más frecuente.

Tabla 1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA MUESTRA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS

		PACIENTES	CONTROLES	Prueba de muestras independientes*
EDAD	N	199	204	t -0.384 p 0.701
	Media	28.23	27.81	
	Desviación típica	11.28	10.79	
SEXO	N	199	204	P 0.762
	Hombres	23	26	
	Mujeres	176	178	
IMC	N	194	200	t -3.78 p 0.000001
	Media	26.25	23.49	
	Desviación típica	9.49	3.76	
Número de ingresos médicos	N	198	197	t -1.691 p 0.092
	Media	0.84	0.62	
	Desviación típica	1.35	1.16	
Consultas Atención Primaria	N	197	197	t -3.551 p 0.000001
	Media	6.38	5.02	
	Desviación típica	4.21	3.31	

Consultas Especializadas	N	194	197	t -6.887 p 0.000001
	Media	3.15	1.75	
	Desviación típica	2.38	1.57	
Visitas a Urgencias	N	198	197	t -6.532 p 0.000001
	Media	4.86	2.61	
	Desviación típica	3.94	2.82	

**Se ha utilizado la prueba t de Student para la igualdad de medias y la prueba de Levene para la igualdad de varianzas.*

Con respecto a las variables demográficas, la media de edad del grupo control es algo menor (27.81) con respecto a los pacientes (28.23) pero sin llegar a haber diferencias significativas ($p=0.701$). La media de IMC de los pacientes (26.25) es algo mayor que la de controles (23.49) pudiendo significar que hay un mayor índice de sobrepeso entre los trastornos alimentarios con conductas compulsivas, aunque lo veremos detenidamente en análisis descritos posteriormente.

Tabla 2. ANÁLISIS DE DIFERENCIAS POR SEXO

SEXO	PACIENTES (%)	CONTROLES (%)	TOTAL MUESTRA (%)
VARONES	23 (11.6%)	26 (12.7%)	49 (12.2%)
MUJERES	176 (88.4%)	178 (87.3%)	354 (87.8%)
TOTAL GRUPO (%)	199 (49.4%)	204 (50.6%)	403 (100%)

En lo referente al sexo, un 12.7% del grupo control son hombres mientras que un 87.3% son mujeres. Un 11.6% de pacientes son hombres y un 88.4% de pacientes son mujeres.

Aunque en términos absolutos, se observa una mayoría aplastante del género femenino (87.8% del total de la muestra), comparando ambos grupos entre sí no hallamos diferencias significativas ($p=0.762$).

A continuación, valoraremos detenidamente los episodios relacionados con la utilización de servicios médicos. Hemos agrupado los resultados en función del tipo de asistencia sanitaria recibida y seguiremos el siguiente orden a la hora de analizarlos:

Tabla 3. DEMANDA DE ASISTENCIA SANITARIA POR TIPOS

		PACIENTES		CONTROLES		Significación Estadística*
		SÍ	NO	SÍ	NO	
ATENCIÓN PRIMARIA	N	178	19	174	23	$\chi^2 = 0.426$ $p=0.312$
	%	90.4	9.6	88.3	11.7	
	%TOTAL	45.2	4.8	44.2	5.8	
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	N	174	24	161	36	$\chi^2 = 2.902$ $p=0.059$
	%	87.9	12.1	81.7	18.3	
	%TOTAL	44.1	6.1	40.8	9.1	
URGENCIAS	N	180	18	152	45	$\chi^2 = 13.930$ $p<0.00001$
	%	90.9	9.1	77.2	22.8	
	%TOTAL	45.6	4.6	38.5	11.4	
INGRESOS	N	89	109	73	124	$\chi^2 = 2.543$ $p=0.068$
	%	44.9	55.1	37.1	62.9	
	%TOTAL	22.5	27.6	18.5	31.4	

*Pruebas de chi cuadrado de pearson. N: número de sujetos.

6.1 Atención Primaria

En la tabla 3, vemos que el 90% de los pacientes y el 88% de los controles han acudido alguna vez a atención primaria. Se trata en cada caso de aproximadamente el 45% del total y, analizándolo estadísticamente, no resulta significativo ($p=0.312$) lo que quiere decir que la población muestreada acude por igual a atención primaria independientemente de si se tratan de pacientes o de población sana.

No obstante, aislamos los valores del número de veces que han acudido a Atención Primaria, recogidos en la tabla 1 y mostrados de un modo más esquemático en la siguiente tabla. De este modo vemos que, aunque no hay diferencias en la demanda, sí las hay en el número de ocasiones que acuden, ya que es estadísticamente significativo que los pacientes requieren más visitas.

Tabla 4. NÚMERO DE VISITAS A ATENCIÓN PRIMARIA

	N	NUMERO DE VISITAS A AP		
		Media	Desviación típica	P valor
PACIENTES	197	6.38	4.21	0.000001
CONTROLES	197	5.02	3.31	

6.2 Consultas Especializadas

También vemos en la Tabla 1 que los pacientes acuden de media a una consulta especializada 3.15 veces ($\sigma=2.38$) frente a 1.75 ($\sigma=1.57$) de los controles. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p<0.00001$).

Cuando analizamos cuántas personas han acudido alguna vez a un especialista, el 87.9% de los pacientes y el 81.7% de los controles lo han hecho. Esta diferencia no resultó estadísticamente significativa, aunque tiende a la significación ($p=0.059$), según queda reflejado en la tabla 3.

6.3 Urgencias

La Tabla 1 muestra una media de 4.86 visitas ($\sigma=3.93$) a urgencias por parte de los pacientes frente a una media de 2.61 veces ($\sigma=2.82$) por parte de los controles. Esta diferencia también resultó significativa ($p<0.00001$).

Estudiando la asistencia a urgencias sin tener en cuenta el número de veces, encontramos que el 90.9% de los pacientes acuden alguna vez a urgencias frente a un 77.2% de los controles sanos. Esta diferencia sí se considera significativa ($p<0.0001$), lo cual queda manifestado en la tabla 3 anterior.

En términos generales, un 54.2% de los pacientes acudieron alguna vez a urgencias mientras que los controles lo hicieron un 45.8% según se evidencia en el siguiente gráfico.

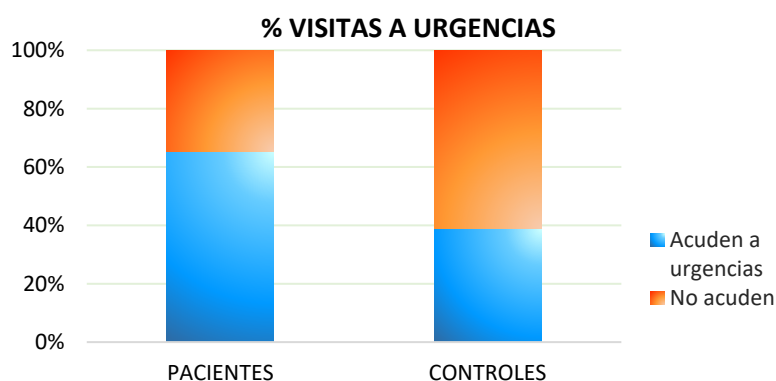


Gráfico 1. DEMANDA DE URGENCIAS (%)

6.4 Ingresos

Como comentamos en nuestras hipótesis de partida, analizamos el número de ingresos y los motivos generales que los desencadenaron. Buscamos así disparidad entre los ingresos requeridos por individuos que padecen algún tipo de TCA y los que no, además del tipo de ingreso que solicitan ya que no conllevarán las mismas consecuencias. Es decir, un ingreso como consecuencia de un parto, no implica las mismas secuelas que un ingreso por neumonía, y tampoco el mismo tipo de seguimiento. De ahí que indagemos en el tipo de ingreso para revelar si hay algún tipo de comorbilidad más frecuente entre pacientes y que dicho patrón necesite más asistencia sanitaria.

Tal y como se observa en la tabla 3, un 44.9% de los pacientes han estado ingresados frente a un 37.1% de los controles. No obstante, esta diferencia no es valorable ($p=0.068$).

Como vimos en la tabla 1, el número de veces que ingresan tampoco fue significativo por lo que no hallamos diferencias en cuanto a ingresos en ambos grupos.

Cuando estudiamos los motivos de ingreso, vemos asiduamente los partos debido a que la amplia mayoría de participantes de la muestra poblacional son mujeres en edad reproductiva. Debido a esto, excluimos los partos como motivo de ingreso para destacar otras patologías que puedan verse con más regularidad en el grupo de pacientes y que, por tanto, sospechamos que los hacen ingresar más a menudo.

Tabla 5. INGRESOS EXCLUYENDO PARTOS COMO MOTIVO.

		PACIENTES		CONTROLES		Significación Estadística*
		Sí	No	Sí	No	
INGRESOS SIN PARTOS	N	63	135	38	159	$\chi^2 = 8.145$ $p=0.003$
	%	31.8	68.2	19.3	80.7	
	%TOTAL	15.9	34.2	9.6	40.3	

En este caso, un 31.8% de pacientes ha sido ingresado frente a un 19.3% de controles. Esta diferencia sí fue significativa al excluir los partos como causa de hospitalización ($p=0.003$). Esto se traduce en que el **número** de ingresos sí es mayor en personas con TCA.

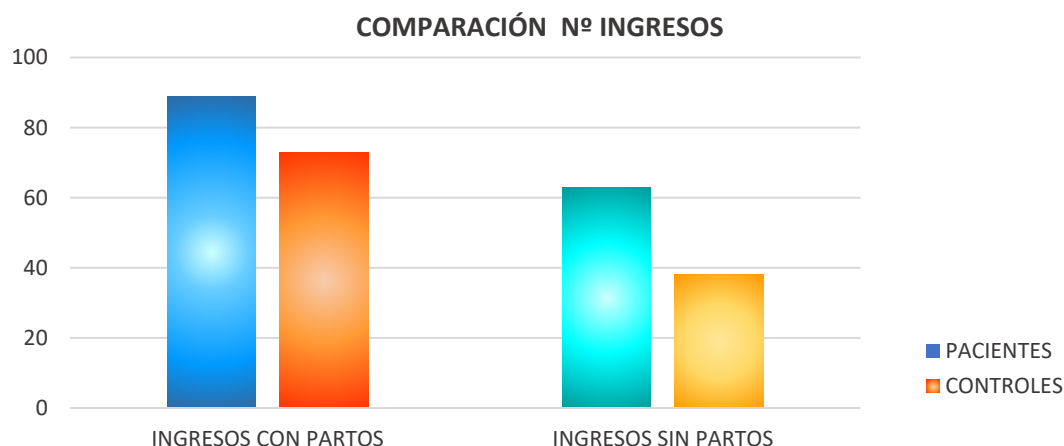


Gráfico 2. COMPARACIÓN INGRESOS PARTOS VS SIN PARTOS.

Desarrollamos todos los **motivos** de ingreso para valorar cuáles son los más habituales, excluyendo las intervenciones quirúrgicas como causa de ingreso ya que las veremos detenidamente más adelante.

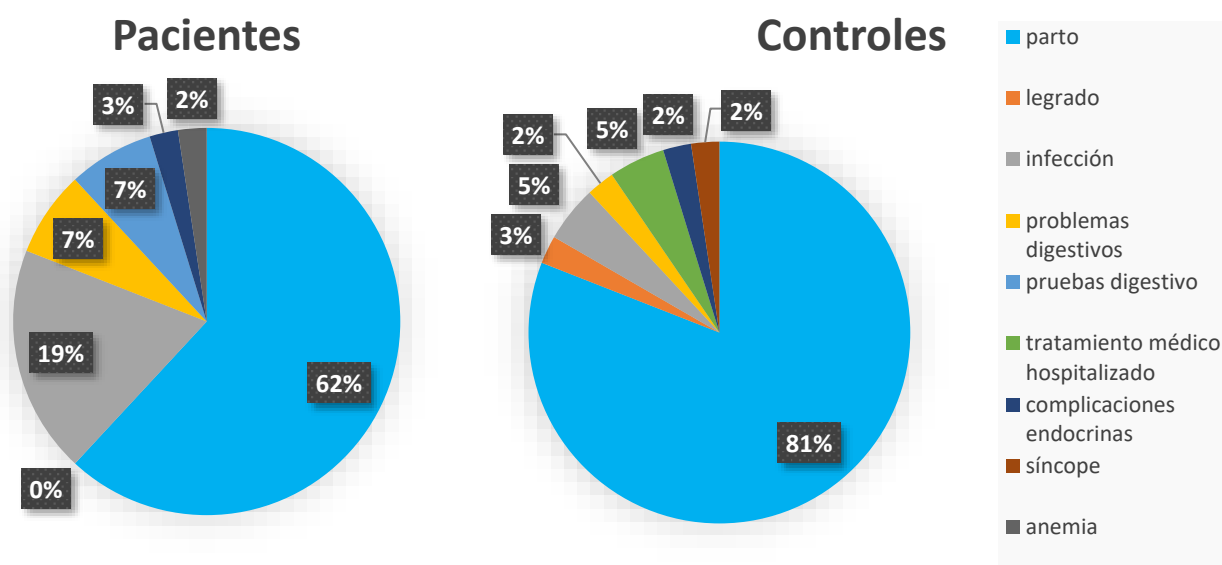


Gráfico 3. MOTIVOS DE INGRESO MÁS FRECUENTES EN PACIENTES VS CONTROLES, SIN CIRUGÍAS.

El parto sigue siendo la razón de ingreso más relevante en ambos grupos. Tras estos, encontramos las infecciones como segunda causa más usual, seguida de los problemas digestivos, todos más frecuente en el grupo de pacientes. Sin embargo, el tratamiento médico hospitalizado, ingresos por legrados o síncope son situaciones que solo se ven en el grupo control.

Observando que, además, el número de partos es de 34 en controles frente a 26 en pacientes, nos planteamos si habría alguna relación entre embarazo y padecer TCA, pero encontramos que esta diferencia no fue significativa ($p=0.155$).

6.5 Intervenciones quirúrgicas

Cuando hablamos de intervenciones quirúrgicas, la tabla número 6 muestra con detalle que se dan con mayor frecuencia entre los pacientes, siendo las más demandadas las de tipo ginecológico, seguidas de cirugías digestivas y traumatológicas.

Todas ellas se demandan más en el grupo de pacientes; estas diferencias sí fueron estadísticamente significativas ($p < 0.0001$).

Tabla 6. NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS		TOTAL
	SI	NO	
PACIENTES	100 50.5%	98 49.5%	198
CONTROLES	69 35%	128 65%	197
TOTAL	169 (42.8%)	226 (57.2%)	395

El 50.5% de los pacientes, es decir, 1 de cada 2 personas con TCA, acaban sometándose a algún tipo de intervención quirúrgica en estos 10 años de seguimiento, frente a un 35% de individuos sin esta patología.

Tabla 7. TIPOS DE CIRUGÍAS REALIZADAS.

TIPOS DE CIRUGÍA	CONTROLES (% en su grupo)	PACIENTES (% en su grupo)	TOTAL
ginecología	8 (11.4%)	22 (22.2%)	30
cesárea	13 (18.6%)	6 (6.1%)	19
abdominal	1 (1.4%)	7 (7.1%)	8
digestivo	10 (14.3%)	20 (20.2%)	30
traumatología	14 (20%)	16 (16.2%)	30
ORL	10 (14.3%)	1 (1%)	11
Maxilofacial	8 (11.4%)	6 (6.1%)	14
urología	1 (1.4%)	3 (3%)	4
vascular	1 (1.4%)	1 (1%)	2
oftalmología	0	4 (2.4%)	4

dermatología	3 (4.3%)	4 (4%)	7
otras	1 (1.4%)	9 (9.1%)	10
TOTAL	70	99	169
	41.4%	58.6%	100%

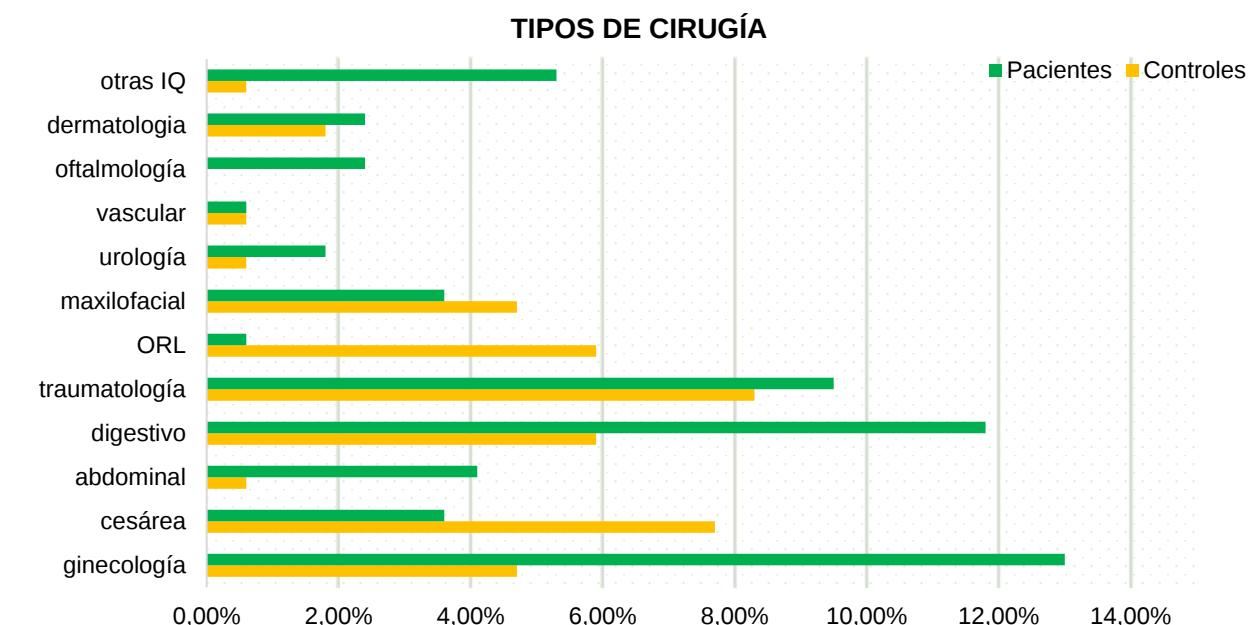


Gráfico 4. COMPARACIÓN TIPOS DE CIRUGÍAS REALIZADAS EN PACIENTES Y CONTROLES.

6.6 Mortalidad

Durante los 10 años de recopilación de datos del estudio, fallecieron 2 personas de las 399 de las que se tiene el seguimiento. 1 persona fallecida fue del grupo control y 1 persona del grupo de pacientes. Estos resultados no tienen significación estadística ($p=0.749$), por lo que, no encontramos diferencias en cuanto a mortalidad se refiere.

6.7 Análisis específico por patologías

Aprovechando las múltiples variables obtenidas en la base de datos, hacemos análisis de la regularidad con la que encontramos patología crónica, metabólica y cáncer.

Tabla 8. FRECUENCIA DE LAS DISTINTAS PATOLOGÍAS.

	CONTROLES	PACIENTES	TOTAL
CÁNCER	5	6	11
PATOLOGÍAS CRÓNICAS	8	8	16
ENFERMEDADES METABÓLICAS	2	12	14

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de pacientes con cáncer y el porcentaje de participantes sanos.

Tampoco encontramos diferencias significativas en patologías crónicas entre ambos grupos.

Sin embargo, sí encontramos diferencias reseñables estadísticamente en cuanto a patología metabólica (Chi cuadrado- estadístico exacto de Fisher: 7,66 $p = 0,006$).

6.8 Análisis entre el grupo de los pacientes.

A continuación, tras valorar en su conjunto al grupo de personas que padecen algún tipo de TCA, comparándolos con un grupo sano de control, vamos a dividir a dichos pacientes en función del tipo de conducta que presenten.

Utilizamos ANOVA para saber en un mismo análisis si las múltiples medias que comparamos son iguales o no. Para la igualdad de varianzas se ha usado la prueba de Levene. Con un riesgo máximo de equivocarnos de un 0.000001, hay diferencias significativas entre las varianzas de los grupos.

Interpretando F como el cociente entre la varianza intergrupo y la varianza intragrupo, nos planteamos si los sujetos varían más entre los grupos (pacientes y controles) que dentro del mismo grupo (restrictivos e impulsivos).

El cociente F es significativo ($F=108.617$) por lo que concluimos que hay diferencias significativas al nivel 0.05 entre los grupos, lo que quiere decir que las medias son distintas.

Sin embargo, que las medias sean distintas no concluye que sean diferentes todas ellas, por lo que debemos aclarar cuál es la dispar. Hemos utilizado la corrección de Bonferroni y observamos que la variabilidad obtenida intergrupos es significativa en los 3 casos, por lo que las tres medias son distintas entre ellas.

De estos resultados podemos deducir que la población sana en general tiene un IMC medio de 23.5, mientras que pacientes con conductas restrictivas tienen un IMC de 18.5 y en pacientes impulsivos asciende hasta 30.7. Concluimos pues que, personas con conductas purgativas y problemas para el control de los impulsos, consiguen un objetivo opuesto totalmente al deseado y lejos de alcanzar un bajo peso, se sitúan dentro del rango de obesidad.

Por el contrario, pacientes con conductas restrictivas se mantienen en un bajo peso generalmente.

Seguidamente hemos hecho comparaciones de la media de edad obteniendo los siguientes datos representados a la derecha.

Contamos con una muestra de 73 pacientes restrictivos, 126 impulsivos y 199 controles.

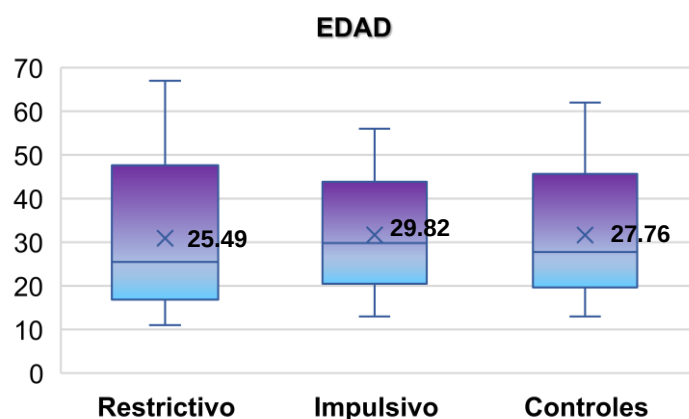


Gráfico 5. MEDIA DE EDAD GRUPAL.

Tras el análisis estadístico y la corrección de Bonferroni para hacer comparaciones múltiples, encontramos que la diferencia de medias es significativa entre el comportamiento impulsivo y el restrictivo ($p=0.023$), si bien no lo es comparando con el grupo control.

El siguiente gráfico muestra las veces que solicitaron asistencia médica, el número de veces que acudieron a especialistas y el número de veces que acudieron a urgencias.

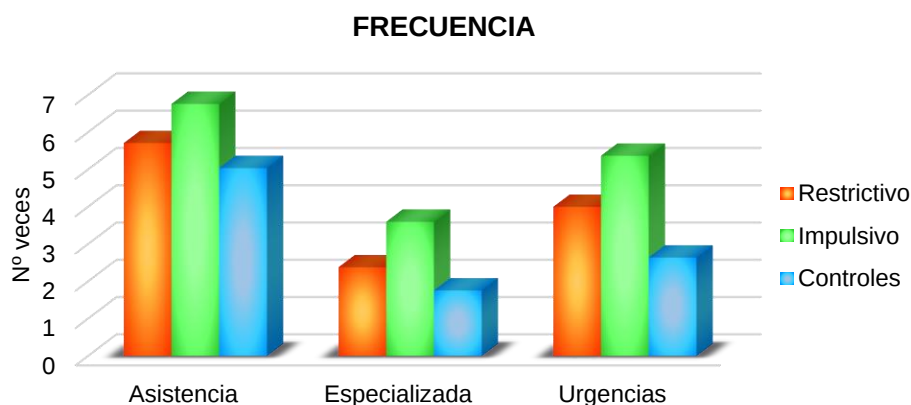


Gráfico 6. ASISTENCIA SANITARIA EN LOS SUBGRUPOS POBLACIONALES.

Siguiendo el mismo método del análisis estadístico ya comentado en varias ocasiones, vamos a estudiar los resultados obtenidos:

- a) En cuanto al número de veces que acudieron a atención primaria, relacionamos a un total de 72 pacientes con perfil restrictivo, 125 con perfil impulsivo y 192 controles sanos. Acudieron una media de 5.71 veces, 6.76 veces y 5.04 veces, respectivamente. La prueba de homogeneidad de varianzas asumió que eran estadísticamente diferentes ($p=0.01$).

En las múltiples comparaciones, obtuvimos diferencias significativas entre el grupo de perfil impulsivo y el grupo control ($p<0.0001$). Entre el grupo de perfil restrictivo y los demás, no hay diferencias significativas.

- b) Con respecto al número de veces que solicitaron atención especializada, tenemos un total de 71 pacientes restrictivos, 123 impulsivos y 192 controles. Hallamos con el estadístico de Levene que las varianzas eran estadísticamente diferentes ($p<0.00001$).

Dentro de las comparaciones múltiples utilizando la corrección de Bonferroni, detectamos que hay diferencias estadísticamente significativas ($p<0.00001$) entre el grupo restrictivo y el impulsivo; y entre el grupo impulsivo y el grupo sano de control.

Esto se puede traducir en que el grupo impulsivo es el que más atención especializada demanda y se diferencia de los otros dos grupos, entre los que no hay tanta diferencia en la demanda de especialistas.

De esta situación podemos deducir que una persona que padece un TCA con conductas impulsivas necesitará mayor asistencia médica especializada y supondrá un mayor coste sociosanitario.

- c) Estudiamos el número de veces que acudieron a urgencias en una muestra de 73 pacientes restrictivos con una media de 4 veces, 125 impulsivos con una media de 5.37 veces y 192 controles sanos con una media de 2.67 veces. La prueba de homogeneidad de varianzas resultó estadísticamente significativa ($p < 0.00001$) y obtuvimos que la diferencia de medias es significativa entre todos los grupos valorados. Esto se traduce en que una conducta purgativa e impulsiva demandará más servicios de urgencias, seguidos de los pacientes con un perfil restrictivo que acudirán más que el grupo control. Por tanto, en cualquier caso, padecer un TCA supone un mayor número de visitas a urgencias y, de este modo, mayor utilización de recursos del sistema sanitario.

También cotejamos el número de ingresos médicos en los 3 subgrupos (controles/restrictivo/impulsivo) pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a hospitalizaciones se refiere.

Por lo que concierne al número de cirugías, la siguiente tabla muestra el número de cirugías medio de cada grupo. Las varianzas poblacionales son iguales ($p = 0.104$).

Tabla 9. NÚMERO DE CIRUGÍAS INTER E INTRAGRUPOS.

GRUPO	TAMAÑO MUESTRAL (N)	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
RESTRICTIVO	73	0.6436	0.8395
IMPULSIVO	126	0.7857	0.8998
CONTROLES	199	0.4774	0.7838
TOTAL	398	0.6055	0.8414

La diferencia de medias resultó estadísticamente significativa ($p = 0.004$) entre el grupo control y el grupo de perfil impulsivo. Por consiguiente, también podemos afirmar que una persona con un trastorno de la conducta alimentaria de perfil impulsivo, tal como bulimia nerviosa o trastorno por atracón, se verán sometidos a un mayor número de intervenciones quirúrgicas a lo largo de su vida. Concretamente, tendrán una media de 0.308 cirugías más. Esto se traduce en una media de un 64% más de cirugías en este grupo.

Teniendo en cuenta que la mayoría de las participantes del estudio son mujeres, como vimos en la tabla 2, aprovechamos que tenemos una muestra poblacional lo suficientemente grande para proceder a comparar el número de partos, como figura en la siguiente tabla.

Tabla 10. NÚMERO DE PARTOS INTER E INTRAGRUPOS.

GRUPO	TAMAÑO MUESTRAL (N)	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
RESTRICTIVO	9	1.1111	0.3333
IMPULSIVO	17	1.1176	0.3321
CONTROLES	35	1.2571	0.4434
TOTAL	61	1.1967	0.4008

Aplicamos el estadístico de Levene y obtenemos varianzas distintas estadísticamente ($p=0.017$). Después, utilizamos ANOVA para hacer comparaciones múltiples pero obtenemos resultados sin diferencias estadísticas significativas. Por tanto, no encontramos que haya una tendencia especial en algunos de los grupos en lo que a partos se refiere.

7. DISCUSION

Este estudio resulta novedoso ya que, según nuestro conocimiento, no existe otro parecido llevado a cabo en nuestro medio que evalúe la asistencia médica y la utilización de recursos sanitarios en una muestra de pacientes con un TCA tras ser atendidos de su primer episodio y tratamiento en una unidad especializada.

El objetivo de este estudio ha sido investigar si una persona con un trastorno de la alimentación, demanda más atención sanitaria que una persona en el mismo rango de edad y sexo sin dicha enfermedad, puesto que el número de comorbilidades que asocia es mayor.

En base a nuestras hipótesis, los TCA en su conjunto tendrían, a lo largo de 10 años tras su primer contacto con una unidad especializada, un mayor número de contactos con los servicios médicos que los controles sanos. Tal y como defendemos en nuestros objetivos, intentamos evidenciar que:

- Los TCA en su conjunto tendrían un número mayor de ingresos médicos y un mayor número de consultas en atención primaria y especializada que los controles sanos.
- Los TCA en su conjunto tendrían un mayor número de intervenciones quirúrgicas que los controles sanos.
- Además, el tipo de cirugía que demandarían será diferente, en base a las comorbilidades que asocian.
- Los TCA en su conjunto tendrían un mayor número de enfermedades crónicas y metabólicas que los controles sanos.
- Dentro de los TCA, aquellos con un perfil restrictivo se comportarían de forma diferente al perfil impulsivo, lo que conllevaría a desarrollar patologías somáticas distintas.

En lo referente a la asistencia sanitaria, no encontramos diferencias estadísticas significativas en cuanto a la demanda de atención primaria ni especializada (*tabla 3*), pudiera ser que, en un dilatado periodo de tiempo como son los 10 años de estudio, es usual necesitar algún tipo de consulta médica.

Por tanto, aunque parece que una persona con TCA requiere más atención especializada (*tabla 3*), los resultados no son concluyentes y se necesitarían más estudios de cara a valorar si verdaderamente hay diferencias con respecto a una persona sin TCA.

Ahora bien, sí encontramos diferencias en el número de veces que acuden a atención primaria (*tabla 4*). Esto implica que las comorbilidades y, por tanto, el gasto de las reiteradas consultas que precisa una persona con TCA, serán significativamente mayores y así, encontramos que a largo plazo los pacientes

con un TCA precisan de mayor cantidad de recursos sanitarios que los controles sanos.

Por otro lado, una mayor demanda de dicha unidad asistencial evidencia un mayor número de comorbilidades lo que implica un empeoramiento en la calidad de vida del paciente, a pesar de no encontrar diferencias en la mortalidad.

Aunque hay estudios que defienden un mayor grado de comorbilidad en pacientes con TCA y las diversas enfermedades que desarrollan como consecuencia de la patología misma ^[4,12,13,14], ya comentadas en el apartado de Introducción, no resultan suficientes para obtener conclusiones válidas de un seguimiento a largo plazo.

Tampoco disponemos de estudios que completen dichos datos con el número medio de veces que han solicitado asistencia para poder hacer un balance más preciso de coste-efectividad, al igual que no diferencian una asistencia sanitaria patológica de una necesaria, pero no patológica, como puede ser un embarazo.

Por tanto, consideramos que este estudio puede resultar útil a la hora de dar a conocer e investigar el tipo de enfermedad que se presenta más habitualmente según qué tipo de perfil patológico tenemos.

En cuanto al número y tipo de urgencias, vemos que sí son significativamente mayores en el grupo de pacientes (tabla 1 y 3) lo cual apoya nuestra hipótesis de que un TCA conlleva una mayor comorbilidad y afecta a la calidad de vida y corrobora lo que estudios anteriores han publicado ^[12, 16].

Con respecto a un primer episodio de ingreso, no hemos encontrado discrepancias frente a pacientes sanos si tenemos en cuenta el ingreso debido a partos ya que es con gran diferencia el motivo de hospitalización más habitual y no se trata de una patología como tal.

Por consiguiente, hemos apartado estos datos y hemos obtenido una mayoría por parte de los pacientes con respecto a los controles, lo cual sigue apoyando nuestra hipótesis de que necesitan una mayor asistencia sanitaria. Además, el tipo de ingreso varía ya que vemos más problemas digestivos, complicaciones endocrinas y anemia en pacientes con TCA (*gráfico 3*). Probablemente este tipo de complicaciones sean debidas a las conductas purgativas, desajustes hormonales y desnutrición que observamos en los enfermos.

Estas diferencias a nivel somático ya fueron encontradas en estudios previos, en los cuales hacían diferencias en los niveles colinérgicos, dopaminérgicos, adrenérgicos y serotoninérgicos alterados en personas con anorexia o bulimia nerviosa, pudiendo conducir a una secreción anormal de hormonas del tejido adiposo, intestinales y cerebrales ^[14].

Si abordamos las intervenciones quirúrgicas, también resultan más demandadas en el grupo de pacientes y las cirugías digestivas son las más requeridas, por lo que se reafirma la idea defendida en este trabajo y en estudios anteriores de que tienen complicaciones de tipo digestivo con bastante frecuencia ^[2, 13].

Por otra parte, dentro del grupo de pacientes, vemos discrepancias en patología metabólica, endocrina y digestiva, ya que, a pesar de tratarse de desórdenes alimentarios en ambos casos, los niveles hormonales y los cambios causados a nivel del sistema digestivo pudieran ser diferentes como bien describen algunos estudios utilizados para constatar este estudio ^[2].

Por último, concluimos que el subgrupo impulsivo demanda más atención sanitaria en general comparado tanto con el grupo restrictivo como con el grupo sano de control (*gráfico 6*). De cara a abordar estos trastornos en consulta, resulta crucial una prevención y un tratamiento precoz en todos los casos, pero haciendo hincapié en dicho subgrupo ya que, a largo plazo, son los más vulnerables y los que más complicaciones van a desarrollar.

Las variables estudiadas en este estudio cuentan además con la ventaja de tratarse de un seguimiento amplio durante 10 años lo que da una mayor seguridad a la hora de interpretar los datos.

Limitaciones

En primer lugar, debemos tener en cuenta que existen sesgos difíciles de afrontar como el sesgo por género ya que se estima que el 90% de las personas que padecen anorexia y bulimia (las dos patologías más frecuentes dentro de este ámbito) son mujeres, según la OMS.

Por otro lado, el estudio se ve limitado a la recogida y utilización de datos personales registrados en el ámbito público del sistema sanitario español, lo que implica que cualquier prestación de servicios sanitarios a través de una empresa privada, no nos sean facilitados.

Los datos no han podido ser corroborados personalmente con los pacientes y controles sanos y por tanto pudieran haberse perdido otro tipo de problemas médicos no consultados.

Aunque el estudio es prospectivo, no hemos podido hacer una correlación entre el estado clínico o evolutivo del TCA y la necesidad de asistencia sanitaria. Futuros estudios de nuestro equipo van encaminados a comprobar la evolución clínica y en ese momento podrá establecerse dicha correlación.

8. CONCLUSIONES

De nuestros hallazgos se podría deducir que los trastornos alimentarios suponen un aumento **del coste sociosanitario para el sistema de salud frente a los controles sanos** puesto que asocian más demanda de atención primaria, especializada, quirúrgica y visitas a urgencias.

De cara a un abordaje futuro, la toma de medidas a tiempo para el diagnóstico y el tratamiento de cualquier TCA influiría positivamente en la calidad de vida del paciente y reduciría los costes sociosanitarios, ya que son sustancialmente mayores que en una persona sana.

El uso eficiente de los recursos sanitarios disponibles reduciría potencialmente los costes para el sistema sanitario y la sociedad. Dentro de las medidas del sistema sanitario, los médicos de atención primaria pueden resultar vitales a la hora de reconocer y ofrecer una intervención temprana en los trastornos alimentarios ^[12].

9. BIBLIOGRAFÍA

- [1]. Hübel, C., Marzi, SJ, Breen, G. y Bulik, CM (2019). Epigenética en los trastornos alimentarios: una revisión sistemática. *Psiquiatría molecular*, 24 (6), 901–915. doi:10.1038/s41380-018-0254-7
- [2]. Balasundaram, P., & Santhanam, P. (2021). *Eating Disorders*. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- [3]. Hay P. (2020). Enfoque actual de los trastornos alimentarios: una actualización clínica. *Revista de medicina interna*, 50 (1), 24–29. doi:10.1111/imj.14691
- [4]. Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalencia, incidencia, deterioro y curso de los diagnósticos de trastornos alimentarios propuestos por el DSM-5 en un estudio comunitario prospectivo de 8 años de mujeres jóvenes. *Psicología anormal J*. 2013;122(2):445-457. doi:10.1037/a0030679
- [5]. Peláez Fernández, María Angeles, Raich Escursell, Rosa María, & Labrador Encinas, Francisco Javier. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1(1), 62-75, doi:10.22201/fesi.20071523e.2010.1.7
- [6]. Lindvall D, Wisting L., Oyyind R. Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *J Eat Disord*. 2017 Dec 28; 5: 56. doi: 10.1186/s40337-017-0186-7. eCollection 2017
- [7]. Morrison, J. DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico. Alianza Editorial. 2015
- [8]. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. La prevalencia y los correlatos de los trastornos alimentarios en la Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad [la corrección publicada aparece en *Biol Psychiatry*. 2012 15 de julio; 72 (2): 164]. *Psiquiatría Biol*. 2007;61(3):348-358. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040
- [9]. Hilbert A, Pike KM, Goldschmidt AB, et al. Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. *Psiquiatría Res*. 2014;220(1-2):500-506. doi:10.1016/j.psychres.2014.05.054
- [10]. Shah M, Sachdeva M, Johnston H. Eating disorders in the age of COVID-19. *Psychiatry Res*. 2020;290:113122. doi:10.1016/j.psychres.2020.113122
- [11]. Gonzalez A, Kohn MR, Clarke SD. Eating disorders in adolescents. *Aust Fam Physician*. 2007;36(8):614-619.
- [12]. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de

Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01

[13]. Michalska, A., Szejko, N., Jakubczyk, A., & Wojnar, M. (2016). Nonspecific eating disorders - a subjective review. *Niespecyficzne zaburzenia odżywiania się - subiektywny przegląd. Psychiatria polska*, 50(3), 497–507. doi:10.12740/PP/59217

[14]. Gómez Candela, Carmen, Palma Milla, Samara, Miján de la Torre, Alberto et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutrición Hospitalaria*, 35(spe), 49-97. Publicado 21 de septiembre de 2020. Doi:10.20960/nh.1562

[15]. Santonicola A, Gagliardi M, Guarino MPL, Siniscalchi M, Ciacci C, Iovino P. Trastornos alimentarios y enfermedades gastrointestinales. *nutrientes* _ 2019;11(12):3038. Publicado el 12 de diciembre de 2019. doi:10.3390/nu11123038

[16]. Smitka K, Prochazkova P, Roubalova R, et al. Aspectos actuales del papel de los autoanticuerpos dirigidos contra las hormonas reguladoras del apetito y el microbioma intestinal en los trastornos alimentarios. *Front Endocrinol (Lausana)*. 2021;12:613983. Publicado el 19 de abril de 2021. doi:10.3389/fendo.2021.613983

[17]. Gumz, A., Uhlenbusch, N., Weigel, A., Wegscheider, K., Romer, G. y Löwe, B. (2014). Disminución de la duración de la enfermedad no tratada para personas con anorexia nerviosa: protocolo de estudio de la evaluación de una intervención sistémica de salud pública a nivel comunitario. *Psiquiatría BMC*, 14, 300. doi: 10.1186/s12888-014-0300-1

[18]. Carlos M. Grilo, Marney A. White, Rachel D. Barnes, Robin M. Masheb, Comorbilidad de trastornos psiquiátricos y correlaciones en una muestra étnicamente diversa de pacientes obesos con trastorno por atracón en entornos de atención primaria. *Volume 54, Issue 3, 2013, Pages 209-216, ISSN 0010-440X*, doi: 10.1016/j.comppsy.2012.07.012.

[19]. Ágh T, Kovács G, Supina D, et al. Una revisión sistemática de la calidad de vida relacionada con la salud y las cargas económicas de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. *Coma el trastorno de peso*. 2016;21(3):353-364. doi:10.1007/s40519-016-0264-x

[20]. Lowe B, Zipfel S, Buchholz C, Dupont Y, Reas DL, Herzog W. Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychol Med*. 2001;31(5):881-90 doi: 10.1136/ebmh.5.2.59

[21]. Keel PK, Brown TA. Update on course and outcome in eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2010;43(3):195-204. doi:10.1002/eat.20810

[22]. Costa MB, Melnik T. Efectividad de las intervenciones psicosociales en los trastornos alimentarios: una descripción general de las revisiones sistemáticas Cochrane. Einstein (Sao Paulo). 2016;14(2):235-277. doi:10.1590/S1679-45082016RW3120

[23]. Johnstone P, Zolese G, Alwan N. Duración de la hospitalización de personas con enfermedades mentales graves. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 1999, Número 2. Arte. N°: CD000384. DOI: 10.1002/14651858.CD000384

[24]. Mathisen TF, Rosenvinge JH, Pettersen G, et al. El protocolo de prueba PED-t: El efecto del ejercicio físico y la terapia dietética en comparación con la terapia cognitiva conductual en el tratamiento de la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. BMC Psiquiatría. 2017;17(1):180. Publicado el 12 de mayo de 2017. doi:10.1186/s12888-017-1312-4

10. AGRADECIMIENTOS

- A mi tutor, Andrés, por involucrarse desde el primer momento y estar conmigo mano a mano. Trabajar y descubrir contigo la psiquiatría es un regalo. Gracias.
- A mi familia, por ser mi pilar fundamental y estar detrás de cada paso. Por permitirme conseguir mi sueño. Por aguantar mis llantos y mis agobios y celebrar conmigo mis alegrías y mis triunfos. Por enseñarme el amor desinteresado y puro.
- A mis amigos de la carrera. Por compartir su camino con el mío y hacerlo brillar al unísono. Por hacerme sentir acompañada y en casa, aun a 880km de ésta.
- A mis amigas de siempre, por formar la familia que se elige. Inmarcesibles. Inigualables.
- A todas esas personas que desafortunadamente padecen o han padecido un TCA, sea cual fuere, a lo largo de su vida. Espero que este trabajo sirva para dar más visibilidad y conocer más a fondo el problema, para erradicarlo de una vez de la sociedad. Para aprender a respetarnos y cuidarnos. Porque nuestros cuerpos no nos definen y solo tenemos uno, que es nuestro vehículo y nuestra casa para afrontar la vida.