



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/216.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

*Título* **Diabulimia: nuevo trastorno alimentario**

*Autores* *Gemma Lucas Domínguez, Ester Martínez González, Estel Teixidor Pijoan, Brenda Janeth Castillo Guzmán, Sara Lorente Arnaiz*

*Centro/institución* Hospital Universitario Vall de Hebron

*Ciudad/país* Barcelona, España

*Dirección e-mail* gemma\_muro16@hotmail.com

## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### **DIABULIMIA: un nuevo trastorno alimentario**

La Diabulimia se produce a raíz de la combinación de dos enfermedades conocidas e importantes como son: la diabetes mellitus y un trastorno alimentario.

La diabulimia, consiste en la restricción de la insulina para controlar el peso. El resultado de la omisión de la insulina hace un efecto de "purga" de las calorías a través de la glucosuria, y es utilizado por las adolescentes con diabetes mellitus tipo 1.

La bulimia se caracteriza en comer de manera compulsiva, seguida esta de purgas, generalmente vómitos o utilización de laxantes. 1

La diabetes mellitus tipo 1, se trata de una enfermedad crónica de carácter autoinmune, que se caracteriza por la destrucción de las células  $\beta$  del páncreas y hace necesario la utilización de insulina exógena.

El trastorno de la diabulimia se presenta en el 20% de las mujeres con diabetes mellitus 1.4 Con un ratio importante de hombre: mujer de 1:10. 5

La incidencia es tan elevada, ya que se relaciona con una enfermedad crónica que se presenta mayoritariamente en la adolescencia donde se presenta unos cambios psicosociales que se manifiestan con un predominio de una gran insatisfacción de la imagen corporal. 6. Y se relaciona también con el inicio del tratamiento de la diabetes mellitus 1 con insulina exógena, habiendo una tendencia a un aumento del peso. Por esta causa, muchos adolescentes con diabetes, ven un reto el poder mantener su peso óptimo con el tratamiento con insulina, y asocian la relación que hay entre la reducción de la insulina que necesitan con la pérdida de peso.

Esta pérdida de peso se presenta ya que, si un paciente presenta una glucosa en sangre superior a 250mg/dl, el peso que se pierde es significativo, ya que el umbral renal a la glucosa es de 160-180mg/dl. 5.

Este trastorno se caracteriza con la presencia de cetoacidosis mantenidas o repetidas debidas a la reducción u omisión de la insulina, malos controles de glicemias capilares debido a un mal control metabólico, un aumento de la hemoglobina glicosilada (HbA1c), hipoglicemias debidas al no comer o al no comer lo suficiente. 3.

Estos signos son propios de un mal control metabólico o un mal control de la enfermedad de base.

### **Consecuencias**

La diabulimia provoca una triplicación de las complicaciones de la diabetes, con un aumento de la mortalidad.

El hecho de reducir la insulina para perder peso, tiene muchos efectos perjudiciales para la salud del paciente, como:

- Riesgo de deshidratación
- Disminución del tejido muscular
- Elevado riesgo de desarrollar infecciones i fatigas.

Se trata de signos típicos que se encuentran en los debuts diabéticos, donde el individuo se encuentra en una gran descompensación metabólica.

En un grado de enfermedad avanzado, se presenta:

- Insuficiencia renal, nefropatía.
- Retinopatía.
- Patologías vasculares.
- Alta mortalidad. 6

La retinopatía simple o avanzada se presenta a los 3,4- 7,6 años, al contrario de los pacientes con diabetes mellitus sin diabulimia, que se presenta a los 11,5-15,9 años. Las nefropatías se diagnostican en estos casos a los 6,6 años, al contrario de los que no presentan trastorno de diabulimia, que es a los 15,1 años. 4

Y se presenta una mortalidad con una reducción de la edad a los 45 años, a diferencia de los 58 años en los pacientes que utilizan correctamente la insulina. 6.

### **Tratamiento del trastorno de la diabulimia**

Al tratarse de adolescentes que de base presentan una enfermedad endocrina crónica, se tiene que abordar con un equipo multidisciplinar. Este equipo deberá estar formado por: un endocrino /diabetólogo, una enfermera educadora, una nutricionista, un psicólogo y, frecuentemente, un psiquiatra. Para llevar a cabo el tratamiento, se debe contar con el apoyo de la familia, e intentar que se involucren con el cuidado del adolescente.

El tratamiento del trastorno alimentario en la diabetes mellitus tipo 1, tiene los siguientes componentes:

1. Tratamiento de diabetes: el equipo de diabetes tiene la importante responsabilidad de monitorizar el régimen de insulina y la educación sobre el manejo de la diabetes, y las complicaciones potenciales a los pacientes y familiares.

2. Gestión nutricional: La dietista debe equilibrar la difícil tarea de proporcionar educación para la diabetes, educación sobre las alteraciones alimentarias, la redacción de menús de comidas y definir metas de peso para los pacientes y familiares. 6

Los pasos del tratamiento, por parte de la dietista deben ser poco a poco;

- Primer paso, administrarse insulina basal una vez al día. Se necesita la supervisión de la familia a la hora de la administración. “Un apoyo fuerte por parte de la familia marca la diferencia”.
- Segundo paso, el paciente debe empezar a realizarse controles de glicemia capilar y hacer correcciones. Este paso se necesita escucha y negociación. “Quieres hacer que se sienten como que se trata de su decisión”.
- Tercer paso, adoptar administraciones de bolus de insulina según los carbohidratos que va a tomar. Esto es a menudo la etapa más dura. 4

3. Terapia psicológica: La psicoeducación es un método útil para ayudar al paciente a desarrollar habilidades que le ayudarán a hacer frente a una enfermedad crónica. 6.

## **Prevención**

Ya que la mayoría de los pacientes con diabetes tipo1 no admiten tener un trastorno alimentario, hace que principalmente sea diagnosticado por los profesionales de salud.

Por eso es muy importante que se describan correctamente los signos de alerta.

En la escuela se debe de formar a los profesionales en el diagnóstico y tratamiento de estos casos, siendo en las clases que se dan sobre trastornos alimentarios, añadir el caso de la diabulimia, reconocer los signos de advertencia del mal uso de la insulina y ser de apoyo en los alumnos que presenten estas condiciones.

En la escuela, se debe enfatizar, tanto en los adolescentes y jóvenes adultos, el hecho de ejercer un uso correcto de la insulina les acarreará una mayor energía, una mayor atención, una disminución de dolores de cabeza y mejores notas. 7

## **Conclusión**

La diabetes mellitus tipo1, se presenta en mayor grado en la adolescencia. Esta es una etapa donde hay un cambio hormonal, corporal y emocional muy grande. Se trata de una etapa donde se presentan el mayor número de casos de trastornos alimentarios, y la combinación de las dos entidades (diabetes y trastorno alimentario), provoca un riesgo muy grande para la salud. Los trastornos alimentarios en pacientes con diabetes está asociado a un mal control metabólico, un aumento de los ingresos hospitalarios, y un mayor número de complicaciones microvasculares y una alta mortalidad.

Se debe tener especial atención en todos los signos de un mal control de la enfermedad y mantener a la familia implicada en el cuidado de su hijo/a. Es muy importante el hecho de diagnosticar la enfermedad a tiempo, para así, disminuir las consecuencias de esta, y reducir la mortalidad. El problema parece aumentar según la edad, siendo: el 2% de los pre-adolescentes, el 15% en la adolescencia media y el 30-39% en la adolescencia tardía.<sup>8</sup> Esta atención debe de llevarse a cabo por diferentes profesionales,

tanto profesionales de la salud (endocrino, enfermera educadora, psiquiatra), psicólogos, dietistas, y profesores (tanto de secundaria como de grados universitarios).

### **Bibliografía**

1. Shaban, C. Diabulimia: mental health condition or media hyperbole? Practical diabetes. 2013; vol 30 (3).
2. Libman, IM. Epidemiología de la diabetes mellitus en la infancia y adolescencia: tipo 1, tipo 2 y ¿diabetes “doble”? Rev Argent Endocrinol Metab. 2009. Vol 46: 22-36.
3. Philpot,U. Eating disorders in young people with diabetes: development, diagnosis and management. Journal of diabetes nursing. 2013, vol 17 (6): 228-232
4. Jancin, B. Type 1 diabetic teens: Depression vs. diabulimia. Behavioral ped; august,2011.
5. Portela de Santana , ML; Ribeiro Junior, HC; Mora Giral, M; Raich, RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. Nutr Hosp. 2012; vol 27 (2): 391-401.
6. Larrañaga, A; Docet, MF; García-Mayor, RV. Disordered eating behaviors in type 1 diabetic patients. World J Diabetes. November 2011, vol 15; 2(11): 189-195.
7. Hasken, J; Kresl,L; Nydegger,T; Temme,M. Diabulimia and the Role of School Health Personnel. Journal of school health. October 2010, Vol. 80 (10): 465-469
8. Hughes, J. Addressing the new teen trend of “diabulimia”: Moral quandaries of pediatric endocrinologist. UWOMJ. 2010: vol 79 (1).