

BMJ Best Practice

Bulimia nervosa

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	4
Prevenção	7
Prevenção primária	7
Rastreamento	7
Prevenção secundária	7
Diagnóstico	8
Caso clínico	8
Abordagem passo a passo do diagnóstico	8
Fatores de risco	11
Anamnese e exame físico	12
Exames diagnóstico	15
Diagnóstico diferencial	17
Critérios de diagnóstico	20
Tratamento	22
Abordagem passo a passo do tratamento	22
Visão geral do tratamento	24
Opções de tratamento	25
Novidades	32
Acompanhamento	33
Recomendações	33
Complicações	33
Prognóstico	35
Diretrizes	36
Diretrizes de diagnóstico	36
Diretrizes de tratamento	36
Recursos online	37
Referências	38
Imagens	46
Aviso legal	47

Resumo

- ◇ Transtorno alimentar caracterizado pela preocupação intensa com o peso e a forma corporal. Inclui episódios recorrentes de compulsão alimentar com mecanismos compensatórios, como vômitos autoinduzidos para impedir o ganho de peso.
- ◇ É mais comum em mulheres dos 20 aos 40 anos.
- ◇ Os pacientes geralmente parecem fisicamente normais, embora possam apresentar baixa autoestima e pensamentos depressivos, além de falta de confiança.
- ◇ Hipertrofia da parótida e erosão dentária são os sinais físicos mais comuns e podem induzir o diagnóstico.
- ◇ A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é considerada o tratamento primário ideal para bulimia, mas pode não estar sempre disponível.
- ◇ Inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs) ou inibidores da recaptação de serotonina-noradrenalina (IRSNs) podem ser usados como adjuvante à TCC ou como alternativa, quando a TCC não estiver disponível.
- ◇ O tratamento de transtornos psiquiátricos comórbidos, como transtorno depressivo maior e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), é necessário para otimizar a probabilidade de recuperação de bulimia nervosa. Os ISRSs são efetivos para o tratamento adicional de doença psiquiátrica comórbida.

Definição

Bulimia nervosa é um transtorno alimentar caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, seguidos por comportamentos destinados a compensar a compulsão. Episódios de compulsão alimentar são caracterizados pela ingestão de um volume de alimento que, definitivamente, é superior ao que a maioria das pessoas ingeriria (por exemplo, pelo menos o dobro do volume normal de alimento ingerido) por um período distinto (deverá ser ingerido mais rapidamente que o normal). As compulsões alimentares são acompanhadas por um senso de falta de controle sobre a ingestão de alimentos durante o episódio. São adotados comportamentos compensatórios inadequados recorrentes para evitar o ganho de peso. Esses comportamentos incluem vômitos autoinduzidos; jejum; exercícios em excesso; e uso indevido de laxativos, diuréticos, enemas ou outros medicamentos. Episódios de compulsão alimentar ocorrem tipicamente, em média, pelo menos semanalmente por 3 meses.^[1]

Epidemiologia

A prevalência ao longo da vida da bulimia nervosa definida no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5) até os 20 anos de idade é de 2.6% em mulheres.^[7] Foi encontrada uma prevalência mais elevada ao longo da vida em mulheres brancas que em mulheres negras.^[8]

Etiologia

A etiologia da bulimia nervosa é incerta. Uma teoria biopsicossocial de causas postula uma combinação de fatores coexistentes biológicos (anormalidades genéticas em receptores ou neurotransmissores), psicológicos e sociais.^{[9] [10] [11]}

Os fatores de risco fortemente associados à bulimia nervosa incluem sexo feminino; perfeccionismo; insatisfação com o corpo; impulsividade; história de abuso sexual; história familiar de alcoolismo, depressão ou de transtorno alimentar; obesidade prévia; e exposição à pressão da mídia. Tem sido relatada uma associação com a urbanização.^[12] A história familiar de obesidade é considerada um preditor fraco de bulimia.^[13] O início precoce da puberdade está associado ao início precoce da bulimia nervosa. ^[14]

Fisiopatologia

A fisiopatologia da bulimia nervosa é desconhecida. Entretanto, as evidências sugerem que as pessoas podem apresentar compulsão periódica e purgação quando têm baixa autoestima, são pressionadas a se adaptar à alimentação ou a aderir a um peso e forma corporal específico e têm conhecimento sobre compulsão periódica e purgação. Comportamentos compensatórios, como vômitos, uso de laxantes ou exercício, podem acarretar grandes flutuações no peso que reforçam o comportamento. Esses comportamentos podem causar erosão dos dentes; hipertrofia das glândulas parótidas e submandibulares; refluxo, alteração da motilidade ou espasmo esofágico; alteração da motilidade gástrica; irregularidade intestinal; depleção de volume; arritmia cardíaca; e anormalidades metabólicas, como hipocalemia ou hipomagnesemia.

Classificação

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª edição) (DSM-5)[1]

1. Os transtornos alimentares estão incluídos na categoria "Transtornos alimentares/da alimentação". Essa categoria inclui anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica (que atualmente é um diagnóstico formal, enquanto na edição anterior do DSM ele estava no apêndice B). A categoria dos "Transtornos alimentares/da alimentação" também inclui transtornos anteriormente incorporados na categoria de "Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na lactância, infância ou adolescência", como o transtorno de pica e de ruminação. Ele também inclui um novo diagnóstico, o transtorno da evitação/restrrição da ingestão alimentar.
2. Pacientes com bulimia nervosa não são mais classificados em subtipos nessas duas categorias com base no tipo de comportamento compensatório, pois os dados não dão suporte à utilidade clínica dessa distinção.[2] Anteriormente, havia um tipo purgativo (ou seja, o uso regular de vômitos autoinduzidos ou o uso indevido de laxativos, diuréticos ou enemas) e um tipo não purgativo (por exemplo, jejum ou exercício excessivo, mas não vômitos autoinduzidos ou o uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).
3. Atualmente, a bulimia nervosa é caracterizada pela presença de pelo menos um episódio bulímico por semana por um período de 3 meses (em vez de dois episódios/semana ao longo de um período de 6 meses, como na DSM-IV).
4. Um especificador de gravidade foi adicionado ao DSM-5, com base no número médio de comportamentos compensatórios inadequados/semana: leve = 1-3 episódios/semana; moderado = 4-7 episódios/semana; grave = 8-13 episódios/semana; e extremo = 14 ou mais episódios/semana. A gravidade pode estar aumentada refletindo graus mais elevados de incapacidade funcional ou outros sintomas.
5. Não existe mais a categoria "Transtorno alimentar sem outra especificação" (TASOE). Em vez disso, a categoria "Outros transtornos alimentares ou nutricionais específicos" indica a presença de transtorno da alimentação que causa sofrimento clinicamente significativo, mas não satisfaz os critérios completos para quaisquer transtornos alimentares e da alimentação. A categoria "Transtornos alimentares ou nutricionais inespecíficos" classifica os transtornos da alimentação que não são englobados com mais precisão pelos Outros transtornos alimentares ou nutricionais específicos.

Características comparadas com outros transtornos alimentares

- Anorexia nervosa se distingue de bulimia pela presença, no indivíduo, de um medo intenso de ganhar peso ou de tornar-se obeso, ou de comportamentos persistentes que interfiram no ganho de peso, apesar de o indivíduo estar significativamente abaixo do peso. Geralmente, é necessário que o índice de massa corporal e o de gordura corporal estejam baixos para cumprir os critérios para anorexia nervosa, enquanto os pacientes com bulimia nervosa podem apresentar peso normal. A bulimia nervosa e a anorexia nervosa podem apresentar comportamentos de compulsão e purgação; indivíduos cujo comportamento de compulsão alimentar ocorra apenas durante episódios de anorexia nervosa são diagnosticados com anorexia nervosa tipo compulsão alimentar/purgação e não devem receber o diagnóstico de bulimia nervosa.
- Como observado acima, a categoria "Outros transtornos alimentares ou nutricionais específicos" inclui transtornos da alimentação que afetam negativamente o funcionamento normal, mas não satisfazem os critérios para bulimia nervosa, anorexia nervosa, transtorno da compulsão alimentar periódica ou outro transtorno alimentar ou da alimentação. Por exemplo, um paciente pode apresentar purgação na ausência de compulsão alimentar ou preencher todos os critérios para bulimia nervosa, exceto

pelo fato de os episódios bulímicos ocorrerem menos de uma vez por semana e/ou por uma duração inferior a 3 meses.

- O transtorno da compulsão alimentar periódica é diferenciado da bulimia pela falta de comportamentos compensatórios. A maioria dos pacientes com transtorno da compulsão alimentar periódica é obesa. A maioria dos pacientes com bulimia está dentro da faixa normal de peso.

Prevenção primária

A prevenção primária de bulimia nervosa, que é parte da estratégia para evitar obesidade e outros transtornos alimentares, se concentra em:[48] [49] [50] [51]

- Aumentar a autoestima
- Melhorar a conscientização da mídia
- Fortalecer a família
- Diminuir a ênfase ao peso e forma do corpo no lar, na escola e na sociedade
- Diminuir a pressão para as pessoas se adaptarem aos ideais da mídia.

A alimentação regular, saudável e com pouca pressão em casa, na escola e na sociedade é importante. Entretanto, ensinar crianças sobre transtornos alimentares não é útil como estratégia preventiva.[3] [52]

Rastreamento

O questionário SCOFF

O questionário SCOFF (Enjoado [Sick], Controle [Controle], Uma medida [One stone], Gordo [Fat], Comida [Food]) é uma ferramenta de rastreamento para transtornos alimentares e é particularmente adequada em um contexto de não especialista. O questionário é adequado em pacientes considerados com risco de apresentar transtornos alimentares. Ele é destinado a levantar a suspeita de um transtorno alimentar em vez de fazer um diagnóstico específico. Ele consiste em 5 perguntas curtas, como a seguir:

- Você fica enjoado(a) (sick) por se sentir desconfortavelmente saciado(a)?
- Você se preocupa por perder o controle sobre o quanto você come?
- Você, recentemente, perdeu >1 medida (6 kg) em um período de 3 meses?
- Você acredita estar gordo(a) (fat) quando outras pessoas dizem que você está muito magro(a)?
- Você diria que a comida (food) domina sua vida?

Um ponto é acrescentado para cada resposta positiva. Um escore ≥ 2 indica um diagnóstico provável de anorexia nervosa ou bulimia.[75] A falta de conscientização sobre o tratamento e desfecho de bulimia nervosa entre mulheres adultas jovens pode evitar que elas procurem ajuda. A promoção da saúde pode ser necessária em algumas populações.[76]

Prevenção secundária

Os pacientes devem se alimentar normalmente e regularmente, sem pular refeições. Eles devem tomar atitudes construtivas, como conversar com alguém ou manter um registro quando estiverem perturbados ou quando simplesmente se sentirem deprimidos, para evitar recidivas de bulimia.

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher de 30 anos se apresenta com flutuações acentuadas de peso. Ela relata que seu peso variou em 3 kg durante alguns dias, sem relação com a menstruação. O exame físico é normal, exceto por apresentar hipertrofia parotídea bilateral.

Caso clínico #2

Uma mulher de 25 anos se queixa de estar obcecada por alimentação e peso. Ela tem tentado, sem sucesso, perder peso. Ela fica com tanta fome que come em excesso a ponto de regurgitar.

Outras apresentações

A bulimia nervosa geralmente começa como uma tentativa de controlar o peso. Ela logo se torna uma compulsão que o paciente considera vergonhosa e sinal de fraqueza. Ela se apresenta, mais comumente, como compulsão periódica e purgação, com acentuada flutuação de peso. Ela está associada à depressão e baixa autoestima. Podem ocorrer hipocalcemia ou hipertrofia da parótida. Apresentações menos comuns incluem comportamento autolesivo, roubo de itens de lojas, probabilidade de suicídio, vômitos na gestação, controle inadequado refratário do diabetes mellitus, ruptura do esôfago ou pancreatite.

Homens com bulimia nervosa podem estar mais interessados no peso e na forma do corpo, tendendo a se concentrar no ganho de massa muscular e na perda de gordura. Pesquisas em homens com bulimia nervosa são insuficientes, pois a doença não é comum entre homens e eles muitas vezes são excluídos dos ensaios clínicos de pesquisas para reduzir o número de fatores de confundimento.^{[3] [4] [5] [6]}

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Pacientes com bulimia nervosa frequentemente têm vergonha de admitir que têm a doença. Portanto, é importante que haja um alto índice de suspeita. Os pacientes podem apresentar sintomas relacionados à bulimia, como irregularidade menstrual, flutuações no peso, início rápido de erosão dentária ou alterações de humor. Alternativamente, alguns indivíduos se queixarão de um problema único, como pirose ou edema dos lados do rosto, inicialmente negando sintomas adicionais.

Avaliação inicial

A doença ocorre com maior frequência em mulheres entre 20 e 35 anos. Ela é muito menos comum em homens. Ao contrário das mulheres, os homens geralmente querem ganhar peso na forma de músculos, mas desejam perder gordura. Outros fatores na história que diminuiriam a suspeita de um possível diagnóstico de bulimia nervosa incluem:

- perfeccionismo, insatisfação com o corpo, impulsividade
- história de fazer dietas
- variações acentuadas no peso

- história de depressão e baixa autoestima.

Ao serem especificamente questionados, os pacientes podem expressar preocupações sobre seu peso e formato corporal, embora isso possa ser negado inicialmente. O exame físico pode estar normal. Pode haver evidências de hipertrofia da parótida, erosão dentária e cicatrização no dorso das mãos. As cicatrizes são resultantes da pressão dos dentes sobre a mão depois da introdução da mesma na boca para induzir vômitos (sinal de Russell).^{[53] [54] [55] [56]} Os pacientes têm pouca probabilidade de revelar comportamento autolesivo. O exame da pele pode revelar evidências de lesão autoprovocada.^[57] Marcas de perfurações são incomuns, mas podem estar presentes como evidências de autoflebotomia (forma de purgação).

Os médicos devem estar cientes de que o abuso de laxativos e o comportamento de busca de medicamentos referente a laxativos e supressores de apetite são comuns. Também pode ser observado roubo de itens de lojas. Os medicamentos podem ser obtidos para uso em suicídio. Além disso, o emético ipeca é usado por alguns pacientes para induzir vômitos. Cardiomiopatia é rara em bulimia, mas o abuso de ipeca pode causar cardiomiopatia. Outras complicações de bulimia que podem se apresentar incluem arritmias cardíacas, mais comumente secundárias à hipocalcemia, hipomagnesemia e pancreatite.

Características de complicações graves

Suicídio

- Quando os pacientes são avaliados quanto ao risco de morte por suicídio, eles devem ser questionados sobre acumular medicamentos.

Arritmias

- Arritmias estão presentes em alguns pacientes e, no caso de perda de consciência, síncope ou convulsões, é necessária avaliação imediata.

Hematêmese

- Geralmente, não é significativa se envolver o vômito de um volume de sangue total <15 mL. Mesmo volumes mais elevados geralmente são decorrentes de uma laceração de Mallory-Weiss, que, tipicamente, não necessita de intervenção. Entretanto, qualquer paciente que vomite >15 mL de sangue deve ser avaliado no pronto-socorro. Essa avaliação muitas vezes tem valor terapêutico, em virtude do medo que ela gera.

Confirmação do diagnóstico

Para confirmar o diagnóstico de bulimia nervosa, é necessária a obtenção de uma história mais detalhada, utilizando critérios como os do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5).^[1]

Os critérios do DSM-5 determinam que os episódios de compulsão tenham as seguintes características:

- A alimentação deve ocorrer em um período de tempo distinto e deve envolver um volume de alimento que, definitivamente, seja superior ao que a maioria das pessoas ingeriria durante um período de tempo similar e em circunstâncias similares.
- Deve haver um senso de falta de controle sobre a ingestão de alimentos durante o episódio.

Os seguintes fatores também são considerados parte dos critérios do DSM-5:

- Existem comportamentos compensatórios inadequados recorrentes para evitar o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxativos, diuréticos, enemas ou outros medicamentos; jejum; excesso de exercícios.
- A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos uma vez por semana por 3 meses.
- A autoavaliação é indevidamente influenciada pelo peso e formato corporal.
- Os distúrbios não ocorrem exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

As armadilhas comuns na anamnese da história clínica são:[58]

- Subestimar a probabilidade de erros na história em virtude de vergonha e depressão.
- Descrever os componentes da história em termos que o paciente entenda de maneira errônea. Por exemplo, o paciente pouco provavelmente entenderá o termo "purgar". Portanto, as seguintes perguntas a esse respeito seriam mais adequadas:

- Você costuma vomitar ou regurgitar?
- Isso ocorre depois que você come?
- Você provoca a regurgitação?
- Como você provoca a regurgitação?

Outras perguntas simples que ajudam a estabelecer o diagnóstico e evitar confusão incluem:

- Você costuma comer muito mais que o usual?
- Dê um exemplo do quanto você poderia comer. Poderia ser o dobro do que você normalmente come ou 5 ou 10 vezes mais?
- Anote os aspectos objetivos da compulsão e purgação sem incluir o impacto dos comportamentos sobre o humor e a qualidade de vida.
- Concentre-se apenas na história bem recente.

Exames laboratoriais

Nenhuma investigação laboratorial confirma o diagnóstico. Os exames laboratoriais fazem o rastreamento das complicações e estabelecem valores basais. Os exames incluem hemograma completo, sódio, potássio, cloreto, aspartato transaminase (AST), fosfatase alcalina, magnésio, fósforo, B12, folato de eritrócito, ferritina, urinálise, teste de gravidez e eletrocardiograma (ECG). A densitometria óssea não é rotina, mas pode ser solicitada em caso de suspeita de perda óssea (por exemplo, no caso de menstruações irregulares).

Pacientes com diabetes

Pacientes com diabetes mellitus comórbido podem ter controle glicêmico inadequado. Alguns pacientes podem deixar de tomar insulina para controlar seu peso. Isso causa flutuações acentuadas na glicemia e um início rápido de complicações microvasculares diabéticas.

Gestação

A bulimia nervosa melhora na gravidez em cerca de dois terços dos casos e se agrava em cerca de um terço. O diagnóstico de bulimia nervosa geralmente é conhecido antes da gravidez. Se isso ocorrer, a paciente muitas vezes relata de antemão que está tentando engravidar e pergunta como deverá se

preparar. Medicamentos que não devem ser tomados durante a gravidez devem ser interrompidos antes da concepção.[59]

Os exames laboratoriais devem ser monitoradas para garantir que não haja deficiências que demandem correção. A ingestão de vitaminas e a prática de exercícios devem ser discutidas. Se a paciente não souber que tem bulimia nervosa, a manifestação pode ser confundida com hiperêmese gravídica. A presença de corpos cetônicos urinários ou hipocalemia, ou de flutuações no peso, pode ser confusa. Portanto, os médicos devem estar alertas quanto ao diagnóstico.

Fatores de risco

Fortes

sexo feminino

- 90% dos pacientes são do sexo feminino.[11] [15]
- Pesquisas em homens com bulimia nervosa são insuficientes, pois a doença não é comum entre homens e eles muitas vezes são excluídos dos ensaios clínicos de pesquisas para reduzir o número de fatores de confundimento.[3] [4] [5] [6]

transtorno de personalidade

- Relatada a associação entre indivíduo emocionalmente negativo, perfeccionismo, compulsão por magreza, baixa conscientização interoceptiva (estímulos corporais), percepção de inutilidade da própria vida e traços de personalidade obsessivo-compulsiva. Esses fatores podem prognosticar uma evolução e/ou desfecho mais desfavorável.[16] [17]
- O transtorno obsessivo-compulsivo prediz um desfecho pior se não for tratado. Traços de personalidade histriônica e de autodeterminação podem prognosticar uma evolução e/ou desfecho mais favorável.[18] [19] [20]
- A associação entre transtorno de personalidade e bulimia nervosa por instrumentos autorrelatados pode superestimar amplamente sua associação, e sua ocorrência simultânea não influencia o desfecho de bulimia nervosa até 3 anos depois do tratamento.[21] [16]

insatisfação com a imagem corporal

- Comum em pessoas com bulimia nervosa e também nas mães de indivíduos com bulimia. A insatisfação com a imagem corporal muitas vezes é reduzida depois da melhora da bulimia nervosa.[22] [23] [24] [25] [26]

história de abuso sexual

- Existe uma associação entre abuso sexual e um diagnóstico de transtornos psiquiátricos ao longo da vida, incluindo transtornos alimentares.[27] Abuso sexual antes da puberdade pode causar grave insatisfação com a imagem corporal e aumento do risco de bulimia nervosa.

impulsividade

- A impulsividade e o comportamento autolesivo são elevados na bulimia nervosa, de acordo com estudos transversais.
- A impulsividade e o comportamento autolesivo tiveram sua frequência aumentada em pacientes muito doentes com bulimia nervosa e estavam mais elevados na bulimia nervosa que na anorexia nervosa.[28] [29] [30] [29] [31]

- A causa e o efeito não são claros.

história familiar de alcoolismo

- O alcoolismo é mais comum na história familiar de indivíduos com bulimia nervosa que nos indivíduos com anorexia nervosa. O alcoolismo pode ser um marcador para outras anormalidades psiquiátricas ou sociais.[\[32\]](#) [\[33\]](#) [\[34\]](#)

história familiar de depressão

- A sintomatologia depressiva é comum na bulimia nervosa e o transtorno depressivo maior pode agravar a evolução de bulimia.[\[35\]](#) [\[36\]](#)

história familiar de transtorno alimentar

- Preocupação excessiva sobre o peso e a forma corporal é comum nessas famílias.[\[37\]](#) [\[38\]](#)

sobrepeso ou obesidade na infância

- Ser obeso ou apresentar sobrepeso na infância aumenta o risco de bulimia nervosa.[\[39\]](#) [\[40\]](#) [\[41\]](#)

exposição à pressão da mídia

- A idealização da forma corporal e da alimentação exerce um forte efeito sobre o desenvolvimento de bulimia nervosa.[\[42\]](#) [\[43\]](#) [\[44\]](#) [\[45\]](#) [\[46\]](#) [\[47\]](#)

início precoce da puberdade

- O início precoce da puberdade está associado ao início precoce da bulimia nervosa.[\[14\]](#)

Fracos

urbanização

- É relatada associação.[\[12\]](#) A bulimia nervosa é mais comum em áreas urbanas, assim como esquizofrenia e depressão. Por outro lado, a prevalência de anorexia nervosa não é diferente em áreas rurais e urbanas.
- A bulimia está altamente relacionada a pressões sociais e culturais.[\[48\]](#) Provavelmente, a anorexia depende de predisposição genética específica e é desencadeada por perda de peso.[\[12\]](#)

história familiar de obesidade

- Preditor fraco de bulimia.[\[13\]](#)

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os fatores de risco fortemente associados à bulimia nervosa incluem sexo feminino; alguns transtornos de personalidade; insatisfação com o corpo; impulsividade; história de abuso sexual; história familiar de alcoolismo, depressão ou de transtorno alimentar; obesidade prévia; exposição à pressão da mídia. O início precoce da puberdade está associado ao início precoce da bulimia nervosa.[\[14\]](#)

episódios recorrentes de compulsão alimentar (comum)

- Necessários para o diagnóstico.
- A compulsão alimentar deve ocorrer dentro de um período de tempo distinto (por exemplo, 2 horas) e envolver um volume de alimento que, definitivamente, seja superior ao que a maioria das pessoas ingeriria durante um período de tempo similar e em circunstâncias similares.
- Durante o episódio, deve haver um senso de falta de controle (por exemplo, uma sensação de que não é possível parar de comer ou controlar o que ou quanto está sendo ingerido).
- Ocorre, em média, pelo menos uma vez por semana por 3 meses.

comportamento compensatório inadequado recorrente (comum)

- Deve haver sempre uma forma de comportamento compensatório na tentativa de queimar calorias. Pode ser por purgação (vômitos, laxativos, enemas, supositórios) ou não purgação (exercícios, jejum).
- Ocorre, em média, pelo menos uma vez por semana por 3 meses.

transtorno alimentar não exclusivamente nos períodos de anorexia nervosa (comum)

- A confirmação de um transtorno alimentar que não ocorre durante períodos de anorexia nervosa é uma exigência para diagnóstico no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5).[\[60\]](#)

depressão e baixa autoestima (comum)

- Os pacientes geralmente têm baixa autoestima, falta de confiança e pensamentos depressivos. O tratamento de depressão concomitante melhora o desfecho. A depressão concomitante pode estar relacionada ao abuso de álcool ou de drogas. Deve ser monitorada e abordada no tratamento.[\[61\]](#)

preocupação sobre peso e forma corporal (comum)

- Quase sempre presente, embora possa ser inicialmente negada. A autoavaliação é indevidamente influenciada pelo peso e formato corporal.
- Homens com bulimia nervosa podem estar mais interessados no peso e na forma do corpo e geralmente desejam ganhar peso na forma de massa muscular, ou somente perder gordura.

erosão dentária (comum)

- A erosão de dentes definitivos é permanente e pode ser extremamente dispendiosa para corrigir. As alterações dentárias muitas vezes reduzem a autoestima e podem tornar dolorosa e difícil a mastigação de alimentos quentes ou frios.
- É importante evitar e tratar a erosão dentária. Uma aparência melhor também é uma ferramenta motivacional. A concentração nas alterações gengivais e dentárias que apontem para a progressão de perda dentária pode motivar os pacientes a aceitar o tratamento.

hipertrofia da parótida (comum)

- As glândulas parótidas são aumentadas bilateralmente, mas geralmente não são sensíveis à palpação, a menos que a purgação seja frequente.[\[62\]](#) [\[53\]](#) [\[63\]](#)

sinal de Russell (comum)

- Cicatrização no dorso das mãos. As cicatrizes são resultantes da pressão dos dentes sobre os dedos introduzidos na boca para induzir vômitos.[\[53\]](#) [\[54\]](#) [\[55\]](#) [\[56\]](#)

arritmia (comum)

- Mais comum na presença de hipocalemia ou hipomagnesemia. Perda de consciência, desmaios, arritmias ventriculares e arritmias com duração superior a alguns minutos são raros.

Outros fatores de diagnóstico

idade entre 20 e 35 anos (comum)

- O início mais comum ocorre em mulheres dessa faixa etária.[64]

irregularidade menstrual (comum)

- Pode ocorrer ausência ocasional de períodos menstruais ou pode haver períodos menstruais anormais. É importante para aconselhamento, particularmente porque pílulas contraceptivas podem ser purgadas. Um período de ausência de menstruação pode ocorrer em virtude de gravidez ou da própria bulimia.[65]
- Isso ocorre diferentemente da anorexia nervosa, em que a irregularidade menstrual é um componente necessário da doença.

comportamento de dependência de drogas (comum)

- Os médicos devem estar cientes de que o abuso de laxativos e o comportamento de busca de medicamentos referente a laxativos e supressores de apetite são comuns. Além disso, os medicamentos podem ser guardados para uso em suicídio.[61] [66]

uso indevido deliberado de insulina (comum)

- Pacientes com diabetes podem deixar de tomar insulina para controlar seu peso. Isso causa flutuações acentuadas na glicemia e o início rápido de complicações microvasculares diabéticas.[67]

comportamento autolesivo (comum)

- Os pacientes geralmente não mencionam esse comportamento. Portanto, a pele deve ser examinada.[57]

sintomas gastrointestinais (comum)

- Refluxo esofágico, diarreia, constipação e dor abdominal são frequentes na bulimia nervosa.
- Isso é resultante de depleção de volume e de deficiências de vitaminas e minerais originárias da ingestão de grandes volumes de alimentos, com alimentação errática entre episódios de vômitos.

história de fazer dietas (comum)

- Pacientes com bulimia nervosa frequentemente têm vergonha de admitir que têm a doença. Portanto, é importante que haja um alto índice de suspeita. Uma história de dietas deve levantar a suspeita da doença.

flutuações acentuadas no peso (comum)

- Uma história de dietas juntamente com um alto índice de suspeita levantaria a possibilidade da doença.

comportamento de roubo de itens de lojas (incomum)

- Ocasionalmente observado entre pacientes bulímicos.

uso de ipeca (incomum)

- Usada por alguns pacientes para induzir vômitos. Seu uso pode causar cardiomiopatia.[68] [69]

marcas de agulha na pele (incomum)

- Os pacientes podem praticar autoflebotomia como forma de purgação, mas eles raramente admitem esse comportamento na anamnese. Anemia e a presença de marcas de agulha podem ser as únicas indicações.[70]

vômitos na gestação (incomum)

- Vômitos acentuados podem ser decorrentes ou confundidos com hiperêmese gravídica. A bulimia nervosa pode inicialmente se apresentar clinicamente durante a gravidez quando as pacientes relatam o agravamento de compulsão periódica e purgação. As pacientes podem se tornar mais preocupadas com o peso e o formato corporal ou com as implicações da gestação.[59]

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
eletrólitos séricos <ul style="list-style-type: none"> A hipocalcemia pode ser acompanhada por outros distúrbios eletrolíticos para os quais não existem explicações imediatas. O nível elevado de bicarbonato sérico na bulimia nervosa geralmente indica alcalose decorrente de êmese de ácido gástrico, mas os eletrólitos devem ser combinados com a medição da gasometria arterial para estabelecer o diagnóstico definitivo de uma anormalidade ácido-básica. 	podem mostrar hipocalcemia ou alcalose
creatinina sérica <ul style="list-style-type: none"> Pode refletir azotemia decorrente da depleção de volume. 	pode estar elevada
magnésio sérico <ul style="list-style-type: none"> A depleção total do magnésio corporal ocorre com níveis normais de magnésio sérico. Se o magnésio sérico for baixo, os níveis corporais totais sempre serão baixos. O teste de magnésio sérico deve ser solicitado em separado do teste de eletrólitos séricos. 	pode estar baixo
teste de gravidez na urina <ul style="list-style-type: none"> A possibilidade de gravidez sempre deve ser considerada com uma alteração nos sintomas. 	pode ser positiva
testes séricos da função hepática <ul style="list-style-type: none"> Superdosagem de medicamentos, ingestão de bebidas alcoólicas ou exercícios em excesso podem elevar as aminotransferases. 	o resultado pode ser anormal
creatina quinase sérica <ul style="list-style-type: none"> Superdosagem de medicamentos, ingestão de bebidas alcoólicas ou exercícios em excesso podem elevar a creatina quinase (CK). 	pode estar elevado
Hemograma completo <ul style="list-style-type: none"> Os pacientes podem praticar autoflebotomia como forma de purgação, mas eles raramente admitem esse comportamento na anamnese. Anemia e a presença de marcas de agulha podem ser as únicas indicações.[70] 	pode revelar baixa hemoglobina

Exame	Resultado
urinálise <ul style="list-style-type: none"> Pacientes com diabetes mellitus comórbido podem ter controle glicêmico inadequado. Alguns pacientes podem deixar de tomar insulina para controlar seu peso. 	pode apresentar corpos cetônicos

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
eletrocardiograma (ECG) <ul style="list-style-type: none"> Se houver deficiência de potássio ou magnésio ou história de anorexia nervosa, pode haver um intervalo QTc prolongado ou arritmias.[71] [72] [Fig-1] Se o QTc for >440 milissegundos ou o ritmo ou a condução for anormal, é necessária uma avaliação urgente. 	o resultado pode ser anormal
ferritina sérica <ul style="list-style-type: none"> Para avaliar sintomas manifestos, como irregularidade menstrual ou sintomas abdominais. A ferritina pode estar baixa, refletindo baixos níveis de ferro. 	pode estar baixo
vitamina B12 sérica <ul style="list-style-type: none"> Podem estar presentes deficiências nutricionais, incluindo deficiência de B12 (ou, raramente, de tiamina, niacina, cobre e riboflavina). Deve ser considerada bulimia em uma mulher jovem que apresente essa deficiência. 	pode estar baixo
folato de eritrócito sérico <ul style="list-style-type: none"> Pode ser observado em deficiência nutricional de folato. 	pode estar baixo
densitometria óssea <ul style="list-style-type: none"> Comumente normal, a menos que haja história prévia de anorexia nervosa. A densidade óssea geralmente é baixa na anorexia nervosa. A baixa densidade óssea está correlacionada a um baixo índice de gordura corporal total e à amenorreia, nenhum dos quais é comum na bulimia nervosa. Não é um exame de diferenciação. 	geralmente normais

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Outros transtornos alimentares ou nutricionais específicos ou transtornos alimentares ou nutricionais inespecíficos	<ul style="list-style-type: none"> • Como a bulimia nervosa, outros transtornos alimentares ou nutricionais específicos e transtornos alimentares ou nutricionais inespecíficos são caracterizados por transtornos da alimentação que afetam negativamente o funcionamento normal. Entretanto, os sintomas em indivíduos com outros transtornos alimentares ou nutricionais específicos não atendem a todos os critérios para bulimia nervosa, anorexia nervosa ou transtorno da compulsão alimentar periódica. • Exemplos de outros transtornos alimentares ou nutricionais específicos incluem: anorexia nervosa atípica (ou seja, características anoréxicas sem baixo peso); bulimia nervosa (de baixa frequência e/ou duração limitada); transtorno da compulsão alimentar periódica (de baixa frequência e/ou duração limitada); transtorno do tipo purgativo; síndrome do comer noturno. A categoria dos transtornos alimentares ou nutricionais inespecíficos é utilizada para descrever sintomas em indivíduos que não se enquadram em nenhuma das 5 categorias ou para os quais não há informação suficiente para realizar um diagnóstico de outros transtornos alimentares ou nutricionais específicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não há exames de diferenciação.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Anorexia nervosa, subtipo da compulsão alimentar/purgativo	<ul style="list-style-type: none"> Tanto a bulimia nervosa quanto a anorexia nervosa do subtipo compulsão/purgativo podem apresentar o comportamento de compulsão e purgação. Entretanto, a anorexia nervosa possui seu elemento essencial, que é um medo patológico de gordura e de ganho de peso, que causa uma perda de peso prejudicial à saúde. Bulimia nervosa não apresenta esse elemento. O índice de massa corporal e a gordura corporal são baixos na anorexia nervosa, mas não na bulimia nervosa. Pacientes com anorexia nervosa têm uma probabilidade muito maior de apresentar hipotermia, bradicardia e anemia. 	<ul style="list-style-type: none"> Não há exames de diferenciação.
Transtorno da compulsão alimentar periódica	<ul style="list-style-type: none"> A compulsão alimentar periódica ocorre sem qualquer comportamento de compensação. A maioria dos pacientes com transtorno da compulsão alimentar periódica é obesa. A maioria dos pacientes com bulimia nervosa está dentro da faixa normal de peso. 	<ul style="list-style-type: none"> Não há exames de diferenciação.
Síndrome de Kleine-Levin	<ul style="list-style-type: none"> Apresenta-se com episódios irregularmente recorrentes de hipersonia nos homens entre 10 e 25 anos. Está associada a sintomas psiquiátricos que incluem transtornos de compulsão alimentar ou do comportamento sexual, transtornos de personalidade e de humor. Ela é rara e geralmente ocorre em indivíduos do sexo masculino de origem judaica. Hipersonia não é típica em bulimia nervosa.[73] 	<ul style="list-style-type: none"> Não há exames de diferenciação.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Transtorno depressivo maior (TDM)	<ul style="list-style-type: none"> Ocorre simultaneamente em $\geq 50\%$ dos casos de bulimia nervosa. Pode ocorrer excesso alimentar no TDM, mas os comportamentos compensatórios são em número menor ou ausentes. Humor depressivo, interesse reduzido, alterações de peso, insônia, agitação, fadiga e prejuízo de concentração podem ser observados no TDM e na bulimia nervosa. Despertar cedo, culpa e pensamentos de morte sugerem TDM. 	<ul style="list-style-type: none"> Não há exames de diferenciação.
Outros transtornos psiquiátricos, incluindo transtorno de personalidade limítrofe	<ul style="list-style-type: none"> Ansiedade, abuso/dependência de substâncias e transtornos de personalidade são comuns em pacientes com bulimia nervosa. Alguns pacientes podem se queixar ou incorporar comportamentos de transtorno alimentar para ter acesso às facilidades de tratamento disponíveis apenas a pacientes com transtornos alimentares. Esses pacientes não apresentam uma história característica (por exemplo, podem permanecer por longos períodos sem episódios de compulsão e purgação). Transtornos comórbidos são diferenciados pelo grau em que seus sintomas têm uma evolução independente e pela gravidade da bulimia nervosa. O abuso/dependência concomitante de substâncias pode se tornar aparente somente em virtude da abstinência da droga e do prejuízo de atenção, cognição ou comportamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Não há exames de diferenciação.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Hiperêmese gravídica	<ul style="list-style-type: none"> Perda de peso acima de 5% pode sugerir hiperêmese gravídica. Na bulimia nervosa, pode haver uma história precedente; a bulimia tipicamente melhora com a gravidez em cerca de dois terços dos casos (ao passo que se agrava em cerca de um terço). 	<ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico é clínico. A perda de peso decorrente de hipertireoidismo induzido pela gonadotropina coriônica humana (hCG) precisa ser excluída. Nesses casos, a hCG é elevada, o hormônio estimulante da tireoide (TSH) é baixo e T4 é elevado. A presença de anormalidades cromossômicas, múltiplas gestações, doença trofoblástica gestacional ou hidropsia fetal aumenta o risco de hiperêmese.

Critérios de diagnóstico

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5)[1]

Os critérios do DSM-5 determinam que os episódios de compulsão tenham as seguintes características:

- A alimentação deve ocorrer em um período de tempo distinto e deve envolver um volume de alimento que, definitivamente, seja superior ao que a maioria das pessoas ingeriria durante um período de tempo similar e em circunstâncias similares.
- Deve haver um senso de falta de controle sobre a ingestão de alimentos durante o episódio.

Os seguintes fatores também são considerados parte dos critérios do DSM-5:

- Existem comportamentos compensatórios inadequados recorrentes para evitar o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxativos, diuréticos, enemas ou outros medicamentos; jejum; excesso de exercícios.
- A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos uma vez por semana por 3 meses.
- A autoavaliação é indevidamente influenciada pelo peso e formato corporal.
- Os distúrbios não ocorrem exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

CID-10[74]

Os critérios da CID-10 para bulimia nervosa são divididos nos critérios exigidos para bulimia nervosa típica ou atípica.

Bulimia nervosa típica

- Ocorrem episódios recorrentes da ingestão excessiva de alimentos (pelo menos duas vezes por semana por um período de 3 meses), em que grandes volumes são consumidos em curtos períodos de tempo.
- Existe a preocupação persistente com a alimentação e um forte desejo ou compulsão para comer (fissura).
- O paciente tenta compensar os efeitos do ganho de peso ou da alimentação por ≥ 1 dos seguintes métodos:
 - Vômitos autoinduzidos
 - Purgação autoinduzida
 - Períodos alternados de inanição
 - O uso de medicamentos, como supressores de apetite, medicamentos para a tireoide e diuréticos; quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, eles podem optar por negligenciar seu tratamento com insulina.
- Existe uma autopercepção de estar excessivamente gordo, com um receio inoportuno de gordura (geralmente causando peso abaixo do ideal).

Bulimia nervosa atípica

- Alguns dos aspectos de bulimia nervosa são satisfeitos, mas o quadro clínico geral não justifica esse diagnóstico. Por exemplo, podem ocorrer episódios recorrentes de ingestão excessiva de alimentos ou do uso excessivo de purgantes sem alteração de peso significativa ou a típica preocupação excessiva quanto à forma corporal e com o peso pode estar ausente.

Abordagem passo a passo do tratamento

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é considerada o tratamento primário ideal para bulimia. Uma abordagem de autoajuda guiada é recomendada no primeiro momento.^[77] Inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs) ou inibidores da recaptação de serotonina-noradrenalina (IRSNs) podem ser usados como adjuvante à TCC ou como alternativa, quando a TCC não estiver disponível ou não for desejada. Psicoterapia interpessoal (PTI) e psicoterapia psicanalítica também mostraram eficácia. O tratamento de transtornos psiquiátricos comórbidos, como transtorno depressivo maior e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), é necessário para otimizar a probabilidade de recuperação de bulimia nervosa. ISRSs são eficazes no tratamento adicional de doença psiquiátrica comórbida.

Os pacientes devem ser avaliados quanto à probabilidade de suicídio, diabetes mellitus e sintomas físicos, como perda de consciência, síncope e convulsões. Essas complicações indicam a necessidade do imediato encaminhamento a especialistas. Alcoolismo ou abuso de outra substância, transtorno de personalidade limítrofe ou comportamento autolesivo contínuo também indicam a necessidade do encaminhamento psiquiátrico ou psicológico especializado. Caso contrário, o tratamento pode prosseguir no cenário ambulatorial.^[78] O tratamento com o uso de telemedicina pode ser útil. A terapia mais adequada depende da disponibilidade, do conforto do paciente e do terapeuta com a terapia e de problemas concomitantes, como transtorno de personalidade, que também podem necessitar de tratamento.

Tratamentos psicológicos e farmacológicos específicos

TCC

- Esse é o tratamento primário para bulimia nervosa. Pode começar com a TCC por autoajuda guiada (por exemplo, materiais de autoajuda de TCC complementados com 9 sessões de apoio de vinte minutos durante 16 semanas).^[77] Recomenda-se mudar para a TCC padrão após uma avaliação de 4 semanas se a autoajuda guiada for ineficaz, inaceitável ou contraindicada.^[77]
- Uma revisão Cochrane examinou as evidências da eficácia da TCC no tratamento de bulimia. A conclusão foi que, embora existam evidências para dar suporte ao uso da TCC, a qualidade dos ensaios clínicos é variável e os tamanhos das amostras são, muitas vezes, pequenos.^{[79] [80]}
- A TCC baseada em orientação por e-mail é considerada útil juntamente com a terapia individual.^[81]

PTI e psicoterapia psicanalítica

- Há evidências de que a PTI pode ser eficaz na redução de episódios de compulsão alimentar.^[64]
- A psicoterapia psicanalítica também mostrou eficácia, embora um ensaio clínico randomizado tenha relatado que a TCC foi mais eficaz.^[82]

ISRSs ou IRSNs

- Constituem um adjuvante útil em pacientes não gestantes para reduzir temporariamente a frequência da compulsão periódica e purgação. Podem também ser usados de maneira adjuvante (por exemplo, em pacientes com depressão comórbida). Também constituem um tratamento independente em pacientes não gestantes quando a TCC estiver indisponível.
- O ciclo de tempo do medicamento varia, dependendo do motivo para sua utilização.

- Pacientes grávidas apenas raramente são tratadas com medicamentos, e somente em casos graves e refratários sob a supervisão de um especialista a critério de um psiquiatra, em virtude dos riscos associados.

É importante observar que a bupropiona, outro antidepressivo com um mecanismo de ação diferente, é contraindicado em pacientes com doenças que aumentam o risco de convulsões, como a bulimia nervosa, pois a bupropiona pode causar convulsões.

Abordagem geral e terapias de suporte

Estabelecimento de uma relação de afinidade e da autoestima do paciente

- É importante estabelecer uma relação de afinidade com o paciente e ter como objetivo melhorar a autoestima do paciente. Os profissionais de saúde devem incentivar o entendimento da doença e da motivação para a normalização do comportamento alimentar. Amabilidade e positividade com pacientes com bulimia nervosa constituem uma terapia padrão.[83]

Nutrição

- O paciente deve ser observado por um nutricionista credenciado experiente para revisar a história alimentar, formular um plano com o paciente para normalizar a ingestão alimentar e fazer acompanhamento para garantir a manutenção do peso. Isso pode ajudar a proporcionar informações nutricionais e retreinamento.
- Há achados mistos em relação à supressão de peso. A maioria dos estudos mostra que isso não prediz os desfechos ao final do tratamento na bulimia nervosa. [84]

Outros tipos de terapias de suporte

- Pensamentos disfuncionais centrais, atitudes, motivos, conflitos e sentimentos devem ser abordados. O tratamento deve considerar fatores de personalidade. [85]
- O suporte familiar deve ser recrutado. A terapia familiar pode ser útil em adolescentes com bulimia nervosa.[86] [87] [88]
- Outros tipos de terapia de suporte incluem grupos de autoajuda e o uso de TCC pela internet.[81] [89] [90]
- O tratamento de transtornos psiquiátricos comórbidos, como transtorno depressivo maior e TOC, é necessário para o tratamento ideal de bulimia nervosa.

Pacientes com diabetes

A bulimia nervosa causa flutuações acentuadas na glicemia no diabetes mellitus. Isso pode causar a evolução rápida de complicações vasculares do diabetes. Pode ser necessária hospitalização. O encaminhamento a um endocrinologista é recomendado para o controle ideal da glicose. Além disso, a incontinência fecal (em decorrência de neuropatia autonômica diabética) pode ser uma fonte de grande vergonha para pacientes com bulimia nervosa. A causa e o remédio devem ser investigados ou o paciente pode se tornar recluso.

Gestação

Recomenda-se que todas as pacientes grávidas sejam avaliadas quanto ao acompanhamento, como gravidez de alto risco. Portanto, é aconselhável o encaminhamento a um obstetra e um psiquiatra. O desfecho da gestação é otimizado quando a ingestão nutricional é normalizada, quando são evitados medicamentos contraindicados e transtornos de humor são tratados.[91] [92] Pacientes grávidas

apenas raramente são tratadas com medicamentos, e somente em casos graves e refratários sob a supervisão de um especialista a critério de um psiquiatra, em virtude dos riscos associados. Na gravidez, um nutricionista deve ser consultado para preparar a paciente para o aumento da ingestão calórica necessário e para o ganho de peso e edema associados. Durante a gestação, a nutrição adequada é essencial para o feto em desenvolvimento. A mãe frequentemente é capaz de se abster da compulsão periódica e purgação. Deficiências de vitaminas e minerais devem ser corrigidas assim que a gravidez for diagnosticada. Pacientes grávidas também exigem a monitorização fetal rigorosa.

Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. (ver [Aviso legal](#))

Agudo (resumo)	
não gestante	
	1a terapia cognitivo-comportamental (TCC)
	mais suporte nutricional e alimentar
	adjunto inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS) ou inibidor da recaptação de serotonina-noradrenalina (IRSN)
	adjunto outros tipos de psicoterapias
	2a ISRS ou IRSN (sem TCC)
	mais suporte nutricional e alimentar
	adjunto outros tipos de psicoterapias
■ com probabilidade de suicídio, diabetes mellitus ou sintomas físicos, como perda de consciência, síncope ou convulsões	mais encaminhamento imediato para avaliação por especialista ou no pronto-socorro
	adjunto controle glicêmico
gestante	
	1a encaminhamento a especialista + terapia cognitivo-comportamental (TCC)
	mais suporte nutricional e alimentar
	adjunto outros tipos de psicoterapias
	adjunto controle glicêmico

Opções de tratamento

Agudo

não gestante

1a terapia cognitivo-comportamental (TCC)

» Idealmente, a TCC (padrão ou autoajuda guiada) é usada primeiramente para bulimia isolada.[77] Pode começar com a autoajuda guiada por TCC (por exemplo, materiais de autoajuda de TCC suplementados com 9 sessões de suporte de vinte minutos durante 16 semanas). Recomenda-se mudar para o TCC padrão após uma avaliação de 4 semanas se a autoajuda guiada for ineficaz, inaceitável ou contraindicada. Uma revisão Cochrane examinou as evidências da eficácia da TCC no tratamento de bulimia. A conclusão foi que, embora existam evidências para dar suporte ao uso da TCC, a qualidade dos ensaios clínicos é variável e os tamanhos das amostras são, muitas vezes, pequenos.[79] [80]

» Existem algumas evidências na internet que apoiam o uso da TCC.[81] [89] [90]

mais suporte nutricional e alimentar

» O aconselhamento nutricional é uma parte essencial para o tratamento de bulimia nervosa. Ele deve ser supervisionado por um nutricionista treinado e experiente. Suporte alimentar significa que um terapeuta ativamente dá suporte ao paciente nas refeições quanto às suas preocupações, sensações, hábitos e crenças sobre alimentação.

adjunto inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS) ou inibidor da recaptação de serotonina-noradrenalina (IRSN)

Opções primárias

» **fluoxetina**: 20 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20 mg/dia a cada 1-2 semanas de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

Opções secundárias

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

Opções terciárias

Agudo

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 75 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

» Eles são usados para reduzir temporariamente a frequência de compulsão alimentar e purgação. Eles devem ser administrados em uma hora do dia em que, pela história, eles provavelmente não serão purgados.

» Eles devem ser considerados quando houver um benefício significativo na redução da ingestão compulsiva e da purgação. Isso pode ocorrer durante a espera por tratamento psicológico ou quando este estiver sendo realizado, mas for ineficaz. A probabilidade de superdosagem e a história de abuso de medicamentos ou substâncias devem ser avaliadas. Deve-se prescrever o uso de medicamentos por apenas 1 a 2 semanas.

» Inicialmente, deve ser tentada fluoxetina, com base nas taxas de desistência mais baixas que as de outros antidepressivos no tratamento de bulimia.[93] A fluoxetina provavelmente não trará benefícios se não provocar uma diminuição de 60% na compulsão alimentar ou nos vômitos até a semana 3. [94]

» Sertralina é um ISRS alternativo para pacientes que não conseguem tolerar fluoxetina. Esse medicamento provoca menos efeitos adversos e menos sintomas de abstinência que a venlafaxina.

» A venlafaxina tem um início de ação mais rápido (alguns dias) com doses relativamente baixas, em comparação com fluoxetina ou sertralina, mas é igual no efeito de redução da compulsão periódica e purgação.

» Outros ISRS/IRSN podem ser prescritos com base na apresentação do paciente.

adjunto outros tipos de psicoterapias

» Há evidências que sugerem que a psicoterapia interpessoal (PTI) é eficaz na redução de episódios de compulsão alimentar periódica.[64] A psicoterapia psicanalítica mostrou eficácia, embora um ensaio clínico randomizado tenha relatado que a TCC foi mais eficaz no alívio dos sintomas de compulsão alimentar e purgação, pois geralmente torna mais rápida a obtenção de resultados e requer menos sessões.[82] A terapia mais adequada depende da disponibilidade, do conforto

Agudo

do paciente e do terapeuta com a terapia e de comorbidades concomitantes, como transtorno de personalidade, que também podem necessitar de tratamento.

» Os profissionais de saúde devem incentivar o entendimento da doença e da motivação para a normalização do comportamento alimentar.

» Pensamentos disfuncionais centrais, atitudes, motivos, conflitos e sentimentos devem ser abordados.

» O suporte familiar deve ser recrutado. A terapia familiar pode ser útil em adolescentes com bulimia nervosa.[86] [87] [88]

» Grupos de autoajuda podem ser úteis. Entretanto, os benefícios dependem da filosofia subjacente do grupo e do(s) líder(es) do grupo. Portanto, o médico deve perguntar acerca dos grupos no acompanhamento.

2a ISRS ou IRSN (sem TCC)

Opções primárias

» **fluoxetina**: 20 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 20 mg/dia a cada 1-2 semanas de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

Opções secundárias

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

Opções terciárias

» **venlafaxina**: 37.5 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 75 mg/dia a cada 2-4 semanas de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

» Idealmente, a TCC é usada primeiramente para bulimia isolada. Entretanto, frequentemente o tratamento está indisponível. O tratamento inicial com ISRS é uma alternativa aceitável, pois comorbidades (ou seja, depressão ou transtorno do estresse pós-traumático) comumente afligem os pacientes e também são tratadas.[95]

Agudo

» Os medicamentos devem ser administrados em uma hora do dia em que, pela história, eles provavelmente não serão purgados.

» A probabilidade de superdosagem e a história de abuso de medicamentos ou substâncias devem ser avaliadas. Somente 1 a 2 semanas de medicamentos devem ser prescritas.

» Inicialmente, deve ser tentada fluoxetina, com base nas taxas de desistência mais baixas que as de outros antidepressivos no tratamento de bulimia.[93] A fluoxetina provavelmente não trará benefícios se não provocar uma diminuição de 60% na compulsão alimentar ou nos vômitos até a semana 3.[94]

» Sertralina é um ISRS alternativo para pacientes que não conseguem tolerar fluoxetina. Esse medicamento provoca menos efeitos adversos e menos sintomas de abstinência que a venlafaxina.

» A venlafaxina tem um início de ação mais rápido (alguns dias) com doses relativamente baixas, em comparação com fluoxetina ou sertralina, mas é igual no efeito de redução da compulsão periódica e purgação.

» Outros ISRS/IRSs podem ser prescritos com base na apresentação do paciente.

mais suporte nutricional e alimentar

» O aconselhamento nutricional é uma parte essencial para o tratamento de bulimia nervosa. Ele deve ser supervisionado por um nutricionista treinado e experiente. Suporte alimentar significa que um terapeuta ativamente dá suporte ao paciente nas refeições quanto às suas preocupações, sensações, hábitos e crenças sobre alimentação.

adjunto outros tipos de psicoterapias

» Há evidências que sugerem que a psicoterapia interpessoal (PTI) é eficaz na redução de episódios de compulsão alimentar periódica.[64] A psicoterapia psicanalítica mostrou eficácia, embora um ensaio clínico randomizado tenha relatado que a TCC foi mais eficaz no alívio dos sintomas de compulsão alimentar e purgação, pois geralmente torna mais rápida a obtenção de resultados e requer menos sessões.[82] A terapia mais adequada depende da disponibilidade, do conforto do paciente e do terapeuta com a terapia e de comorbidades concomitantes, como

Agudo

■ com probabilidade de suicídio, diabetes mellitus ou sintomas físicos, como perda de consciência, síncope ou convulsões

mais

transtorno de personalidade, que também podem necessitar de tratamento.

» Os profissionais de saúde devem incentivar o entendimento da doença e da motivação para a normalização do comportamento alimentar.

» Pensamentos disfuncionais centrais, atitudes, motivos, conflitos e sentimentos devem ser abordados.

» O suporte familiar deve ser recrutado. A terapia familiar pode ser útil em adolescentes com bulimia nervosa.^{[86] [87] [88]}

» Grupos de autoajuda podem ser úteis. Entretanto, os benefícios dependem da filosofia subjacente do grupo e do(s) líder(es) do grupo. Portanto, o médico deve perguntar acerca dos grupos no acompanhamento.

encaminhamento imediato para avaliação por especialista ou no pronto-socorro

» A presença de probabilidade de suicídio indica a necessidade de avaliação psiquiátrica imediata.

» Se o paciente se apresentar com sintomas físicos, como perda de consciência, síncope e convulsões, é aconselhável o encaminhamento para avaliação no pronto-socorro.

» Se o paciente for diabético, recomenda-se o encaminhamento a um endocrinologista.

» Alcoolismo ou abuso de outra substância, transtorno de personalidade limítrofe ou comportamento autolesivo contínuo também indicam a necessidade do encaminhamento psiquiátrico ou psicológico especializado.

» Caso contrário, o tratamento pode prosseguir de forma ambulatorial.

adjunto

controle glicêmico

» Pacientes com bulimia e diabetes do tipo 1 exigem atenção especial com respeito a seu controle glicêmico e manejo da insulina. Flutuações no controle glicêmico necessitam de monitoramento rigoroso de hiperglicemia e -- importante notar -- hipoglicemia; esta pode trazer risco de vida, se for grave.

» Pacientes com bulimia e diabetes do tipo 2 frequentemente apresentam flutuações significativas no peso corporal e no controle glicêmico. O aconselhamento para o controle do peso ajuda na melhora do controle

Agudo

glicêmico. Fluoxetina em alta dose pode ser particularmente benéfica em induzir perda de peso e evitar o ganho de peso em pacientes com sobrepeso e obesos com bulimia.

» Pacientes diabéticos com bulimia frequentemente enfrentam quadros clínicos perigosos em virtude do controle inadequado da glicemia, do uso errático de insulina ou de hipoglicemiantes orais e de comportamentos de compulsão periódica e purgação. Pode ser necessária hospitalização. O encaminhamento a um endocrinologista é recomendado para o controle ideal da glicose.

gestante

1a encaminhamento a especialista + terapia cognitivo-comportamental (TCC)

» Recomenda-se que todas as pacientes grávidas sejam avaliadas quanto ao acompanhamento, como gravidez de alto risco. Portanto, é aconselhável o encaminhamento a um obstetra e um psiquiatra.

» Idealmente, a TCC é usada primeiramente para bulimia isolada. Entretanto, a TCC muitas vezes não está disponível. Uma revisão Cochrane examinou as evidências da eficácia da TCC no tratamento de bulimia. A conclusão foi que, embora existam evidências para dar suporte ao uso da TCC, a qualidade dos ensaios clínicos é variável e os tamanhos das amostras são, muitas vezes, pequenos.^{[79] [80]}

mais suporte nutricional e alimentar

» O aconselhamento nutricional é uma parte essencial para o tratamento de bulimia nervosa. Ele deve ser supervisionado por um nutricionista treinado e experiente. Suporte alimentar significa que um terapeuta ativamente dá suporte ao paciente nas refeições quanto às suas preocupações, sensações, hábitos e crenças sobre alimentação.

» Na gravidez, um nutricionista deve ser consultado para preparar a paciente para o aumento da ingestão calórica necessário e para o ganho de peso e edema associados. Durante a gestação, a nutrição adequada é essencial para o feto em desenvolvimento. A mãe frequentemente é capaz de se abster da compulsão periódica e purgação. Deficiências de vitaminas e minerais devem ser corrigidas assim que a gravidez for diagnosticada.

adjunto outros tipos de psicoterapias

Agudo

» Há evidências que sugerem que a psicoterapia interpessoal (PTI) pode ser eficaz na redução de episódios de compulsão alimentar periódica.[64] A psicoterapia psicanalítica mostrou eficácia, embora um ensaio clínico randomizado tenha relatado que a TCC foi mais eficaz no alívio dos sintomas de compulsão alimentar e purgação, pois geralmente torna mais rápida a obtenção de resultados e requer menos sessões.[82] A terapia mais adequada depende da disponibilidade, do conforto do paciente e do terapeuta com a terapia e de comorbidades concomitantes, como transtorno de personalidade, que também podem necessitar de tratamento.

» Os profissionais de saúde devem incentivar o entendimento da doença e da motivação para a normalização do comportamento alimentar.

» Pensamentos disfuncionais centrais, atitudes, motivos, conflitos e sentimentos devem ser abordados.

» O suporte familiar deve ser recrutado. A terapia familiar pode ser útil em adolescentes com bulimia nervosa.[86] [87] [88]

» Grupos de autoajuda podem ser úteis. Entretanto, os benefícios dependem da filosofia subjacente do grupo e do(s) líder(es) do grupo. Portanto, o médico deve perguntar acerca dos grupos no acompanhamento.

adjunto controle glicêmico

» Pacientes grávidas com diabetes comórbido devem ser encaminhadas a um endocrinologista para o controle adequado da glicose. Pacientes diabéticos com bulimia frequentemente enfrentam quadros clínicos perigosos em virtude do controle inadequado da glicemia, do uso errático de insulina ou de hipoglicemiantes orais e de comportamentos de compulsão periódica e purgação. Pode ser necessária hospitalização.

Novidades

Cuidados escalonados

Em um ensaio clínico randomizado e controlado, foi mostrado que os cuidados escalonados foram mais efetivos que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) isolada. Na abordagem da terapia escalonada, o tratamento foi iniciado com TCC de autoajuda orientada por manual; prosseguiu com a adição de fluoxetina, em casos em que a resposta (com base em um algoritmo) não foi suficiente; e foi então seguido por um ciclo completo de TCC para pacientes que não conseguiram se abster da compulsão periódica e purgação. Os dados desse ensaio clínico sugerem que o tratamento seja melhorado com uma abordagem mais individualizada.[96]

Topiramato

Pelo menos dois ensaios clínicos randomizados demonstraram que o topiramato diminui efetivamente a frequência da compulsão alimentar. A tolerabilidade, especialmente em doses mais altas, é limitada por efeitos colaterais. Mais estudos com amostras maiores e longos períodos de tratamento são necessários.[97]

Estimulação magnética transcraniana

A estimulação magnética transcraniana tem mostrado benefícios em alguns pacientes com bulimia nervosa. Entretanto, ela ainda deve ser encarada como experimental.[98] [99]

Terapia cognitivo-comportamental associada a terapia comportamental dialética

A terapia comportamental dialética acrescentada à TCC pode beneficiar pacientes com transtornos alimentares que tenham transtorno de personalidade limítrofe.[100]

Tratamento de base familiar

O tratamento de base familiar, uma forma de tratamento ambulatorial, vem ganhando atenção para uso em adolescentes com anorexia nervosa. Entretanto, ela tem sido adaptada para uso em adolescentes com bulimia nervosa.[101]

Regulação da ingestão de cafeína

Regular a ingestão de cafeína pode ajudar a reduzir a regulação do impulso.[102]

Recomendações

Monitoramento

O programa de acompanhamento ideal não foi estabelecido e provavelmente varia amplamente de um paciente para outro.

- Antidepressivos, se usados, geralmente são continuados por, pelo menos, 6 a 12 meses. O objetivo é promover uma vida tão normal e satisfatória quanto possível. Isso pode diminuir a probabilidade de recidiva. Os profissionais de saúde podem reduzir a dose e, em seguida, interromper o acompanhamento, mas devem incentivar os pacientes a retornar no primeiro sinal de recidiva.
- Para pacientes recebendo terapia cognitivo-comportamental, consultas para prevenção da recidiva por 6 a 12 meses são úteis.
- O acompanhamento e tratamento específico devem continuar em caso de comorbidade clínica (por exemplo, depressão, transtorno obsessivo-compulsivo [TOC], comportamento autolesivo).
- O tratamento na gravidez depende da preferência do clínico e da paciente, pois o risco fetal pode ser mais elevado em decorrência de bulimia não tratada. A saúde fetal deve ser rigorosamente monitorada. Se o desenvolvimento do bebê for interrompido, a paciente deverá ser hospitalizada e monitorada.

Instruções ao paciente

Pacientes que tiverem sido bem-sucedidos no tratamento devem ser informados de que há uma grande probabilidade de que eles continuem com saúde. Além disso, eles devem ser aconselhados a buscar felicidade nas coisas que fazem e a viver suas vidas da melhor maneira possível. Os pacientes devem ser informados de que sua experiência com a bulimia provavelmente terá proporcionado a eles o conhecimento da tristeza e da baixa autoestima. Eles devem ser tranquilizados quanto ao fato de que o aprendizado de sua experiência provavelmente os tornará mais capazes de ajudar a si mesmo e outras pessoas. Os pacientes devem ser informados quanto ao fato de que, na bulimia nervosa, assim como em muitas doenças crônicas, as recidivas são possíveis. Em caso de recidiva, eles devem voltar a procurar atendimento. Ao realizar a anamnese, é importante descrever os componentes em termos daquilo que o paciente entenda (por exemplo, em vez de perguntar ao paciente se ele executa purgação, palavra que ele provavelmente não entenderá, as seguintes perguntas são mais adequadas: Você costuma vomitar ou regurgitar? Isso ocorre depois que você come? Você provoca a regurgitação? Como você provoca a regurgitação?). Recursos online para o paciente podem ser úteis. [\[NHS Choices: bulimia\]](#) [\[National Association of Anorexia Nervosa and Associated Eating Disorders \(ANAD\)\]](#)

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
depleção de volume	curto prazo	alta
Perda de líquido por vômitos, associada à baixa ingestão.		
hipomagnesemia	curto prazo	alta

Complicações	Período de execução	Probabilidade
Pacientes com câibras musculares que geralmente ocorrem nas pernas à noite, deficiência na acomodação dos olhos (causando perda de foco depois de 15 a 30 minutos de leitura), memória de curto prazo deficiente e fraqueza.		
erosão dos dentes	longo prazo	alta
O esmalte dos dentes é gradualmente desgastado, acarretando o aumento da sensibilidade a líquidos e sólidos quentes e frios.		
pancreatite	longo prazo	baixa
Ocorre na bulimia nervosa em virtude da supersaturação de sais biliares com colesterol em caso de variações acentuadas do peso. O principal sintoma geralmente é uma dor abdominal estável e de início súbito que irradia para o dorso. Os sinais típicos incluem sensibilidade epigástrica, febre e taquicardia. O tratamento inicial envolve a ressuscitação com fluidoterapia intravenosa e correção das anormalidades eletrolíticas, analgesia e controle rigoroso da glicose. Além disso, a bulimia subjacente deve ser abordada.		
cardiomiopatia relacionada à ipeca	longo prazo	baixa
Apresenta-se com o início gradual do aumento de dispneia por esforço físico que pode evoluir para edema maleolar e ortopneia. Ela é quase sempre reversível se o uso de ipeca for descontinuado, além de raramente ser observada atualmente, em virtude do aumento de seu reconhecimento por farmacêuticos e médicos.		
hipocalemia	variável	alta
Pode causar fraqueza muscular e câibras.		
disritmia cardíaca	variável	média
<p>Geralmente, ocorrem palpitações imediatamente após a purgação, causadas pelo estresse da purgação e depleção de volume. Geralmente, ela é benigna.</p> <p>Palpitações que se tornem mais frequentes, durem >15 minutos ou causem perda da consciência, convulsão ou colapso devem ser investigadas.</p>		
hematêmese	variável	baixa
Geralmente, a hematêmese não é significativa se envolver o vômito de um volume de sangue total <15 mL. Mesmo volumes mais elevados geralmente são decorrentes de uma laceração de Mallory-Weiss, que, tipicamente, não necessita de intervenção. Entretanto, qualquer paciente que vomite >15 mL de sangue deve ser avaliado no pronto-socorro. Essa avaliação muitas vezes tem valor terapêutico, em virtude do medo que ela gera.		
ruptura esofágica	variável	baixa

Complicações	Período de execução	Probabilidade
Apresenta-se como dor torácica intensa, seguida por colapso.		
morte	variável	baixa
<p>Na maioria dos casos, é decorrente de suicídio.^[108] Pode ser resultante de complicações clínicas, como pancreatite e arritmia.</p> <p>O risco de morte é muito mais elevado entre pacientes com bulimia nervosa que apresentam dependência/abuso de álcool concomitante que em pacientes sem esse transtorno. A razão de mortalidade padronizada para bulimia é 2, ou duas vezes a taxa normal.^[109]</p>		

Prognóstico

A bulimia nervosa tem uma idade média de início em torno dos 18 anos, mas compulsão periódica e purgação em um grau menor são muito mais comuns. Muitos, se não a maioria, dos pacientes que satisfazem os critérios de diagnóstico para bulimia não procuram ajuda clínica. Dentre os que buscam atendimento, 45% a 75% se recuperam totalmente, 27% melhoram consideravelmente e 23% têm evolução crônica. A taxa de mortalidade bruta é de aproximadamente 0.32% a 3.9%. A maioria dos pacientes com bulimia nervosa continua com uma vida ativa, apesar da doença.^{[103] [104] [105] [106] [107]}

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Eating disorders: recognition and treatment

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2017

Diretrizes de tratamento

Europa

Eating disorders in Scotland: recommendations for management and treatment

Publicado por: NHS Quality Improvement Scotland

Última publicação em:
2006

Eating disorders: recognition and treatment

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2017

América do Norte

Promotion of healthy weight-control practices in young athletes

Publicado por: American Academy of Pediatrics

Última publicação em:
2017

Recursos online

1. [NHS Choices: bulimia](#) (*external link*)
2. [National Association of Anorexia Nervosa and Associated Eating Disorders \(ANAD\)](#) (*external link*)

Artigos principais

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Franko DL, Dorner DJ, Keel PK, et al. How do eating disorders and alcohol use disorder influence each other? *Int J Eat Disord*. 2005;38:200-207. [Resumo](#)
- Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*. 1999;319:1467-1468. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Eating disorders: recognition and treatment. National Institute for Health and Care Excellence. 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)

Referências

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
- van Hoeken D, Veling W, Sinke S, et al. The validity and utility of subtyping bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2009;42:595-602. [Resumo](#)
- Furnham A, Davidson L. Sex differences in beliefs about bulimia nervosa. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47:67-77. [Resumo](#)
- Claes L, Jiménez-Murcia S, Agüera Z, et al. Male eating disorder patients with and without non-suicidal self-injury: a comparison of psychopathological and personality features. *Eur Eat Disord Rev*. 2012;20:335-338. [Resumo](#)
- Mangweth-Matzek B, Rupp CI, Hausmann A, et al. Eating disorders in men: current features and childhood factors. *Eat Weight Disord*. 2010;15:e15-e22. [Resumo](#)
- Núñez-Navarro A, Agüera Z, Krug I, et al. Do men with eating disorders differ from women in clinics, psychopathology and personality? *Eur Eat Disord Rev*. 2012;20:23-31. [Resumo](#)
- Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *J Abnorm Psychol*. 2013;122:445-457. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Striegel-Moore RH, Dohm FA, Kraemer HC, et al. Eating disorders in white and black women. *Am J Psychiatry*. 2003;160:1326-1331. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Kaye W. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiol Behav*. 2008;94:121-135. [Resumo](#)

10. Wade TD, Bulik CM. Shared genetic and environmental risk factors between undue influence of body shape and weight on self-evaluation and dimensions of perfectionism. *Psychol Med.* 2007;37:635-644. [Resumo](#)
11. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, et al. Beliefs of women concerning causes and risk factors for bulimia nervosa. *Aust N Z J Psychiatry.* 2004;38:463-439. [Resumo](#)
12. Van Son GE, van Hoeken D, Bartelds AI, et al. Urbanisation and the incidence of eating disorders. *Br J Psychiatry.* 2006;189:562-563. [Texto completo](#) [Resumo](#)
13. Patton GC, Johnson-Sabine E, Wood K, et al. Abnormal eating attitudes in London schoolgirls - a prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow-up. *Psychol Med.* 1990;20:383-394. [Resumo](#)
14. Day J, Schmidt U, Collier D, et al. Risk factors, correlates, and markers in early-onset bulimia nervosa and EDNOS. *Int J Eat Disord.* 2010;44:287-294. [Resumo](#)
15. Ousley L, Cordero ED, White S. Eating disorders and body image of undergraduate men. *J Am Coll Health.* 2008;56:617-621. [Resumo](#)
16. Brown TA, Haedt-Matt AA, Keel PK. Personality pathology in purging disorder and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2011;44:735-740. [Resumo](#)
17. Rowe SL, Jordan J, McIntosh VV, et al. Complex personality disorder in bulimia nervosa. *Compr Psychiatry.* 2010;51:592-598. [Resumo](#)
18. Alvarez-Moya EM, Jimenez-Murcia S, Granero R, et al. Comparison of personality risk factors in bulimia nervosa and pathological gambling. *Compr Psychiatry.* 2007;48:452-457. [Resumo](#)
19. Franko DL, Dorer DJ, Keel PK, et al. How do eating disorders and alcohol use disorder influence each other? *Int J Eat Disord.* 2005;38:200-207. [Resumo](#)
20. Lilienfeld LR, Wonderlich S, Riso LP, et al. Eating disorders and personality: a methodological and empirical review. *Clin Psychol Rev.* 2006;26:299-320. [Resumo](#)
21. Cassin SE, von Ranson KM. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin Psychol Rev.* 2005;25:895-916. [Resumo](#)
22. Jaeger B, Ruggiero GM, Edlund B, et al. Body dissatisfaction and its interrelations with other risk factors for bulimia nervosa in 12 countries. *Psychother Psychosom.* 2002;71:54-61. [Resumo](#)
23. Stice E. A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *J Abnorm Psychol.* 2001;110:124-135. [Resumo](#)
24. Preti A, Incani E, Camboni MV, et al. Sexual abuse and eating disorder symptoms: the mediator role of bodily dissatisfaction. *Compr Psychiatry.* 2006; 47:475-481. [Resumo](#)
25. Benninghoven D, Tetsch N, Kunzendorf S, et al. Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning. *Compr Psychiatry.* 2007;48:118-123. [Resumo](#)

26. Peterson CB, Wimmer S, Ackard DM, et al. Changes in body image during cognitive-behavioral treatment in women with bulimia nervosa. *Body Image*. 2004;1:139-153. [Resumo](#)
27. Chen LP, Murad MH, Paras ML, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc*. 2010 Jul;85(7):618-29. [Texto completo](#) [Resumo](#)
28. Gowers SG, Shore A. Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *Br J Psychiatry*. 2001;179:236-242. [Texto completo](#) [Resumo](#)
29. Rosval L, Steiger H, Bruce K, et al. Impulsivity in women with eating disorders: problem of response inhibition, planning, or attention? *Int J Eat Disord*. 2006;39:590-593. [Resumo](#)
30. Ahren-Moonga J, Holmgren S, von Knorring L, et al. Personality traits and self-injurious behaviour in patients with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2008;16:268-275. [Resumo](#)
31. Peebles R, Wilson JL, Lock JD. Self-Injury in adolescents with eating disorders: correlates and provider bias. *J Adolesc Health*. 2011;48:310-313. [Resumo](#)
32. Pemberton AR, Vernon SW, Lee ES. Prevalence and correlates of bulimia nervosa and bulimic behaviors in a racially diverse sample of undergraduate students in two universities in southeast Texas. *Am J Epidemiol*. 1996;144:450-455. [Texto completo](#) [Resumo](#)
33. García-Vilches I, Badía-Casanovas A, Fernández-Aranda F, et al. Characteristics of bulimic patients whose parents do or do not abuse alcohol. *Eat Weight Disord*. 2002;7:232-238. [Resumo](#)
34. Schuckit MA, Tipp JE, Anthenelli RM, et al. Anorexia nervosa and bulimia nervosa in alcohol-dependent men and women and their relatives. *Am J Psychiatry*. 1996;153:74-82. [Resumo](#)
35. Lilienfeld LR, Kaye WH, Greeno CG, et al. A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:603-610. [Texto completo](#) [Resumo](#)
36. Kennedy SH, Kaplan AS, Garfinkel PE, et al. Depression in anorexia nervosa and bulimia nervosa: discriminating depressive symptoms and episodes. *J Psychosom Res*. 1994;38:773-782. [Resumo](#)
37. Annus AM, Smith GT, Fischer S, et al. Associations among family-of-origin food-related experiences, expectancies, and disordered eating. *Int J Eat Disord*. 2007;40:179-186. [Resumo](#)
38. Kugu N, Akyuz G, Dogan O, et al. The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40:129-135. [Resumo](#)
39. Mitchell JE, Pyle RL, Eckert E, et al. Bulimia nervosa with and without a history of overweight. *J Subst Abuse*. 1990;2:369-374. [Resumo](#)
40. Micali N, Holliday J, Karwautz A, et al. Childhood eating and weight in eating disorders: a multi-centre European study of affected women and their unaffected sisters. *Psychother Psychosom*. 2007;76:234-241. [Resumo](#)

41. Mitchell JE, Pyle RL, Eckert ED, et al. Bulimia nervosa in overweight individuals. *J Nerv Ment Dis.* 1990;178:324-327. [Resumo](#)
42. Becker AE. Television, disordered eating, and young women in Fiji: negotiating body image and identity during rapid social change. *Cult Med Psychiatry.* 2004;28:533-559. [Resumo](#)
43. Smith GT, Simmons JR, Flory K, et al. Thinness and eating expectancies predict subsequent binge-eating and purging behavior among adolescent girls. *J Abnorm Psychol.* 2007;116:188-197. [Resumo](#)
44. Annus AM, Smith GT, Masters K. Manipulation of thinness and restricting expectancies: further evidence for a causal role of thinness and restricting expectancies in the etiology of eating disorders. *Psychol Addict Behav.* 2008;22:278-287. [Resumo](#)
45. Mutterperl JA, Sanderson CA. Mind over matter: internalization of the thinness norm as a moderator of responsiveness to norm misperception education in college women. *Health Psychol.* 2002;21:519-523. [Resumo](#)
46. Mazzeo SE, Trace SE, Mitchell KS, et al. Effects of a reality TV cosmetic surgery makeover program on eating disordered attitudes and behaviors. *Eat Behav.* 2007;8:390-397. [Resumo](#)
47. Fister SM, Smith GT. Media effects on expectancies: exposure to realistic female images as a protective factor. *Psychol Addict Behav.* 2004;18:394-397. [Resumo](#)
48. Fletcher A, Bonell C, Sorhaindo A. You are what your friends eat: systematic review of social network analyses of young people's eating behaviours and bodyweight. *J Epidemiol Community Health.* 2011;65:548-555. [Resumo](#)
49. Treasure J, Sepulveda AR, MacDonald P, et al. The assessment of the family of people with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2008;16:247-255. [Resumo](#)
50. Sharpe H, Schober I, Treasure J, et al. Feasibility, acceptability and efficacy of a school-based prevention programme for eating disorders: cluster randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2013;203:428-435. [Resumo](#)
51. Golden NH, Schneider M, Wood C; et al. Preventing obesity and eating disorders in adolescents. *Pediatrics.* 2016 Sep;138(3). [Texto completo](#) [Resumo](#)
52. Mond JM, Arrighi A. Gender differences in perceptions of the severity and prevalence of eating disorders. *Early Interv Psychiatry.* 2011;5:41-49. [Resumo](#)
53. Tyler I, Birmingham CL. The interrater reliability of physical signs in patients with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2001;30:343-345. [Resumo](#)
54. Tyler I, Wiseman MC, Crawford RI, et al. Cutaneous manifestations of eating disorders. *J Cutan Med Surg.* 2002;6:345-353. [Resumo](#)
55. Uyeda L, Tyler I, Pinzon J, et al. Identification of patients with eating disorders: the signs and symptoms of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eat Weight Disord.* 2002;7:116-123. [Resumo](#)

56. Mehler PS. Medical complications of bulimia nervosa and their treatments. *Int J Eat Disord*. 2011;44:95-104. [Resumo](#)
57. Claes L, Vandereycken W. Is there a link between traumatic experiences and self-injurious behaviors in eating-disordered patients? *Eat Disord*. 2007;15:305-315. [Resumo](#)
58. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, et al. Self-report versus interview assessment of purging in a community sample of women. *Eur Eat Disord Rev*. 2007;15:403-409. [Resumo](#)
59. Chizawsky LL, Newton MS. Eating disorders: identification and treatment in obstetrical patients. *AWHONN Lifelines*. 2007;10:482-488. [Resumo](#)
60. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Ther*. 2003;41:509-528. [Resumo](#)
61. Fischer S, le Grange D. Comorbidity and high-risk behaviors in treatment-seeking adolescents with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2007;40:751-753. [Resumo](#)
62. Mandel L, Abai S. Diagnosing bulimia nervosa with parotid gland swelling. *J Am Dent Assoc*. 2004;135:613-616;quiz 655. [Resumo](#)
63. Clare M, Gritzner S, Hlynsky J, et al. Measuring change in parotid gland size: test-retest reliability of a novel method. *Eat Weight Disord*. 2005;10:e61-e65. [Resumo](#)
64. Chui W, Safer DL, Bryson SW, et al. A comparison of ethnic groups in the treatment of bulimia nervosa. *Eat Behav*. 2007; 8:485-491. [Resumo](#)
65. Poyastro Pinheiro A, Thornton LM, Plotnicov KH, et al. Patterns of menstrual disturbance in eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2007;40:424-434. [Resumo](#)
66. Fernandez-Aranda F, Jimenez-Murcia S, Alvarez-Moya EM, et al. Impulse control disorders in eating disorders: clinical and therapeutic implications. *Compr Psychiatry*. 2006;47:482-488. [Resumo](#)
67. Shaw A, Favazza A. Deliberate insulin underdosing and omission should be included in DSM-V criteria for bulimia nervosa. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2010;22:352h;e13-e352;e13. [Resumo](#)
68. Ho PC, Dweik R, Cohen MC. Rapidly reversible cardiomyopathy associated with chronic ipecac ingestion. *Clin Cardiol*. 1998;21:780-783. [Resumo](#)
69. Steffen KJ, Mitchell JE, Roerig JL, et al. The eating disorders medicine cabinet revisited: a clinician's guide to ipecac and laxatives. *Int J Eat Disord*. 2007;40:360-368. [Resumo](#)
70. Grewal S, Birmingham CL. Self-phlebotomy in eating disorders. *Eat Weight Disord*. 2003;8:336-340. [Resumo](#)
71. Takimoto Y, Yoshiuchi K, Kumano H, et al. Bulimia nervosa and abnormal cardiac repolarization. *J Psychosom Res*. 2006;60:105-107. [Resumo](#)

72. Takimoto Y, Yoshiuchi K, Kumano H, et al. QT interval and QT dispersion in eating disorders. *Psychother Psychosom*. 2004;73:324-328. [Resumo](#)
73. Arnulf I, Lin L, Gadoth N, et al. Kleine-Levin syndrome: a systematic study of 108 patients. *Ann Neurol*. 2008;63:482-493. [Resumo](#)
74. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
75. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*. 1999;319:1467-1468. [Texto completo](#) [Resumo](#)
76. Chen A, Mond JM, Kumar R. Eating disorders mental health literacy in Singapore: beliefs of young adult women concerning treatment and outcome of bulimia nervosa. *Early Interv Psychiatry*. 2010;4:39-46. [Resumo](#)
77. Eating disorders: recognition and treatment. National Institute for Health and Care Excellence. 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
78. Brewerton TD, Costin C. Long-term outcome of residential treatment for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eat Disord*. 2011;19:132-144. [Resumo](#)
79. Hay PP, Bacaltchuk J, Stefano S, et al. Psychological treatments for bulimia nervosa and binge. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(4):CD000562. [Texto completo](#) [Resumo](#)
80. Katzman MA, Bara-Carril N, Rabe-Hesketh S, et al. A randomized controlled two-stage trial in the treatment of bulimia nervosa, comparing CBT versus motivational enhancement in Phase 1 followed by group versus individual CBT in Phase 2. *Psychosom Med*. 2010;72:656-663. [Resumo](#)
81. Sánchez-Ortiz VC, Munro C, Startup H, et al. The role of email guidance in internet-based cognitive-behavioural self-care treatment for bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2011;19:342-348. [Resumo](#)
82. Poulsen S, Lunn S, Daniel SI, et al. A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2014;171:109-116. [Resumo](#)
83. Vanderlinden J, Kamphuis JH, Slagmolen C, et al. Be kind to your eating disorder patients: the impact of positive and negative feedback on the explicit and implicit self-esteem of female patients with eating disorders. *Eat Weight Disord*. 2009;14:e237-e242. [Resumo](#)
84. Zunker C, Crosby RD, Mitchell JE, et al. Weight suppression as a predictor variable in treatment trials of bulimia nervosa and binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2011;44:727-730. [Resumo](#)
85. Rowe S, Jordan J, McIntosh V, et al. Dimensional measures of personality as a predictor of outcome at 5-year follow-up in women with bulimia nervosa. *Psychiatry Res*. 2011;185:414-420. [Resumo](#)
86. le Grange D, Crosby RD, Rathouz PJ, et al. A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:1049-1056. [Resumo](#)

87. Rutherford L, Couturier J. A review of psychotherapeutic interventions for children and adolescents with eating disorders. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;16:153-157. [Resumo](#)
88. Munoz DJ, Israel AC, Anderson DA. The relationship of family stability and family mealtime frequency with bulimia symptomatology. *Eat Disord*. 2007;15:261-271. [Resumo](#)
89. Shapiro JR, Bauer S, Andrews E, et al. Mobile therapy: use of text-messaging in the treatment of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2010;43:513-519. [Resumo](#)
90. Carrard I, Fernandez-Aranda F, Lam T, et al. Evaluation of a guided internet self-treatment programme for bulimia nervosa in several European countries. *Eur Eat Disord Rev*. 2011;19:138-149. [Resumo](#)
91. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *Br J Psychiatry*. 2007;190:255-259. [Texto completo](#) [Resumo](#)
92. Morgan JF, Lacey JH, Chung E. Risk of postnatal depression, miscarriage, and preterm birth in bulimia nervosa: retrospective controlled study. *Psychosom Med*. 2006;68:487-492. [Resumo](#)
93. Bacaltchuk J, Hay P. Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(4):CD003391. [Texto completo](#) [Resumo](#)
94. Sysko R, Sha N, Wang Y, et al. Early response to antidepressant treatment in bulimia nervosa. *Psychol Med*. 2010;40:999-1005. [Resumo](#)
95. Mischoulon D, Eddy KT, Keshaviah A, et al. Depression and eating disorders: treatment and course. *J Affect Disord*. 2010;130:470-477. [Resumo](#)
96. Mitchell JE, Agras S, Crow S, et al. Stepped care and cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa: randomised trial. *Br J Psychiatry*. 2011;198:391-397. [Texto completo](#) [Resumo](#)
97. McElroy SL, Guerdjikova AI, Mori N, O'Melia AM. Current pharmacotherapy options for bulimia nervosa and binge eating disorder. *Expert Opin Pharmacother*. 2012 Oct;13(14):2015-26. [Resumo](#)
98. Van den Eynde F, Claudino AM, Mogg A, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation reduces cue-induced food craving in bulimic disorders. *Biol Psychiatry*. 2010;67:793-795. [Resumo](#)
99. Slotema CW, Blom JD, Hoek HW, et al. Should we expand the toolbox of psychiatric treatment methods to include Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS)? A meta-analysis of the efficacy of rTMS in psychiatric disorders. *J Clin Psychiatry*. 2010;71:873-884. [Resumo](#)
100. Kröger C, Schweiger U, Sipos V, et al. Dialectical behaviour therapy and an added cognitive behavioural treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a 15-month follow-up. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2010;41:381-388. [Resumo](#)
101. Couturier J, Kimber M, Szatmari P. Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2013;46:3-11. [Resumo](#)

102. Buralassi A, Ramacciotti CE, Bianchi M, et al. Caffeine consumption among eating disorder patients: epidemiology, motivations, and potential of abuse. *Eat Weight Disord.* 2009;14:e212-e218. [Resumo](#)
103. Støving RK, Andries A, Brixen K, et al. Gender differences in outcome of eating disorders: a retrospective cohort study. *Psychiatry Res.* 2011;186:362-366. [Resumo](#)
104. Steinhausen HC, Weber S. The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *Am J Psychiatry.* 2009;166:1331-1341. [Resumo](#)
105. Lavender JM, De Young KP, Franko DL, et al. An investigation of the joint longitudinal trajectories of low body weight, binge eating, and purging in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2011;44:679-686. [Resumo](#)
106. Keel PK, Gravener JA, Joiner TE Jr, et al. Twenty-year follow-up of bulimia nervosa and related eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord.* 2010 Sep;43:492-497. [Resumo](#)
107. Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry.* 2009;166:1342-1346. [Resumo](#)
108. Preti A, Rocchi MB, Sisti D, et al. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2011;124:6-17. [Resumo](#)
109. Birmingham CL, Su J, Hlynsky JA, et al. The mortality rate from anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2005;38:143-146. [Resumo](#)

Imagens

Eletrocardiograma (ECG) obtido na ocasião da admissão no pronto-socorro; o QTc é de 642 milissegundos em todas as derivações.



©2011 by BMJ Publishing Group Ltd

BMJ Case Reports

Figura 1: Intervalo QT prolongado em um paciente com 3 episódios de colapso e história sugestiva de bulimia nervosa

Adaptado de Buchanan R et al. BMJ Case Reports 2011 (doi:10.1136/bcr.01.2011.3780); usado com permissão

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 29, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Debra L. Safer, MD

Associate Professor

Co-Director of Stanford Eating and Weight Disorders Program, Stanford University School of Medicine,
Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, Stanford, CA

DIVULGAÇÕES: DLS receives royalties from Guilford Press as a co-author on two books about evidence-based adaptations of dialectical behaviour therapy for binge eating/bulimia.

// Reconhecimentos:

Dr Debra L. Safer would like to gratefully acknowledge Dr David C.W. Lau and Dr C. Laird Birmingham, the previous contributors to this topic. DCWL declares that he has no competing interests. CLB is an author of several references cited in this topic.

// Colegas revisores:

Mimi Israel, MD, FRCPC

Chair of Psychiatry

McGill University, Quebec, Canada

DIVULGAÇÕES: MI declares that she has no competing interests.

Joel Yager, MD

Professor

Department of Psychiatry, University of New Mexico School of Medicine, Albuquerque, NM

DIVULGAÇÕES: JY is an author of a reference cited in this topic.