



MANEJO CLINICO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

HOSPITALIZACION PARCIAL Y COMPLETA

Jose Soriano
Hospital de Sant Pau

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

- Psiquiatra
- Psicólogo
- Enfermería/Dietista
- Trabajador social, monitores ocupacionales
- Recursos de la red sanitaria o social (CAP, CSMA)
- Médico de familia, pediatra, endocrino, ginecólogo, internista



OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Corto plazo: recuperación física y nutricional
- Medio plazo: abordaje aspectos psicológicos
- Largo plazo: consolidación y mantenimiento, integración social (seguimiento largo, mínimo 1 año)



PREMISAS BASICAS

- Ganarse la confianza del paciente, aceptando posibles mentiras
- Control de peso, constantes y registros
- Tener paciencia y reevaluar objetivos
- Rechazar la posible voluntariedad, incluso en la cronicidad (“no están así porque quieren”)
- Implicar a familia o amistades como coterapeutas (con aceptación del PI)
- Vía judicial si necesario



PAPEL DEL PSIQUIATRA EN LA ATENCION A LOS TCA (APA)

- Establecer y mantener el vínculo terapéutico
- Coordinación de la asistencia
- Evaluar y registrar síntomas y conductas del trastorno, estado médico y psiquiátrico y la seguridad del paciente
- Establecer el plan terapéutico
- Evaluación y tratamiento de la familia



PAPEL DEL PSICOLOGO EN LA ATENCION A LOS TCA (APA)

- Establecer y mantener el vínculo terapéutico
- Evaluación psicométrica
- Psicoterapias individuales y grupales
- Evaluación y tratamiento de la familia



HOSPITALIZACION COMPLETA

- Bases del tratamiento
- Criterios de ingreso
- Estado nutricional
- Programa de refuerzos
- Contrato terapéutico
- Tratamiento farmacológico



BASES DEL TRATAMIENTO

- Recuperación ponderal
- Tratamiento dietético y psicoeducativo
- Tratamiento psicológico individual
- Tratamiento farmacológico
- Terapia familiar y/o grupal



CRITERIOS MEDICOS DE ATENCION URGENTE

- $K < 2,5 \text{ mmol/l}$, $Na < 125 \text{ mmol/l}$
- Hipotensión, lipotimia
- Coma (hipoglucémico, metabólico)
- Alteración signos vitales ($FC < 40$; $TAS < 70$; $T^a < 36^\circ$)
- Arritmia cardiaca
- Dilatación aguda de estómago, hematemesis o melenas



CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO EN TCA

- ↓ peso e ingesta a pesar del tratamiento ambulatorio/hospitalización parcial (no existe un IMC definido)
- presencia de estresores adicionales (ej. enfermedades médicas asociadas, claudicación familiar)
- comorbilidad psiquiátrica
- complicaciones médicas que supongan riesgo vital



INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO

- Problema similar al de otros trastornos mentales con parcial o nula conciencia de enfermedad
- Solicitar autorización judicial para el uso de la SNG
- Buscar la voluntariedad durante el ingreso
- ¿Reingresos en casos crónicos? (dilema ético)



VALORACION ESTADO NUTRICIONAL

- Aspecto físico, actitud y posición en la entrevista, deshidratación en piel y mucosas
- Historia dietética y hábitos nutricionales familiares
- $IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$ ($< 17,5$)
- Pliegues cutáneos, perímetro braquial
- Disminución velocidad ponderal y estatural (niños y adolescentes)



EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA RECOMENDADA

- Hemograma completo y VSG
- Bioquímica: ionograma, glicemia, proteínas totales y albúmina, función hepática y renal
- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax (mano/muñeca en adolscentes por la edad ósea)
- Perfil nutricional (vitaminas, fólico, prealbúmina, zinc)



EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA OPCIONAL

- Densitometría ósea (si amenorrea >1 año)
- Estudios hematológicos (anemia, coagulación)
- Función tiroidea, análisis de orina
- Amilasa (elevada con vómitos)
- Otras específicas (hormonas sexuales, cortisol, TSD, etc.)



PROGRAMA TERAPEUTICO EN EL INGRESO

- Contrato terapéutico
- Programa de refuerzos o contingencias
- Alimentación por SNG (opcional) o con suplementos hipercalóricos
- Tratamiento farmacológico sintomático
- Inicio abordaje psicológico individual
- Supervisión constante: complicaciones de la realimentación, conductas transgresoras, ideas de suicidio



CONTRATO TERAPEUTICO

- Condiciones generales del tratamiento (internamiento, peso, comidas supervisadas, acceso lavabos)
- Metas a alcanzar: IMC saludable= 18,5-25 (negociable); normalización hábitos alimentarios; remisión conductas purgativas, mejoría cogniciones
- Condiciones específicas: SNG, reposo
- Recomendable incluso en pacientes involuntarias



PROGRAMA DE REFUERZOS

- Listado de refuerzos o contingencias (con la paciente) en gradación ascendente: elogio empático, restricciones y recompensas en relación con peso, ejercicio, descanso, actitud en domicilio y con familiares
- Posible estructuración en fases
- Apoyo psicológico (no se suele comenzar o mantener una terapia estructurada durante el ingreso)
- Resultados satisfactorios a corto plazo



PROGRAMA DIETETICO

- Dieta hipercalórica progresiva oral o por SNG
- Ganancia 1-2kg/semana (0,5-1kg en hospital de día)
- Controles de peso en ayunas y constantes vitales (cada 8h inicialmente)
- Control de la ingesta hídrica
- Suplementos dietéticos (opcionales)
- Prevención de complicaciones de la realimentación



COMPLICACIONES POSIBLES DE LA REALIMENTACION

- Retención transitoria de líquidos→ Edemas e hinchazones→↓sal y no dar diuréticos
- Dolor y distensión abdominal→↓grasas y leche inicialmente
- Hipofosfatemia→fosforo ev
- Estreñimiento, posible ileo→ frutas y fibra, laxantes ocasionalmente
- Acné, mastalgias..
- Dilatación gástrica aguda, arritmias, paros, delirios o convulsiones



ASESORAMIENTO NUTRICIONAL EN BN

- No suele precisarse recuperación ponderal
- Minimizar las restricciones alimentarias
- Aumentar la variedad de alimentos
- Estimular ejercicio físico sano
- Interrupción del círculo atracón/vómito
- Normalmente ingresos más cortos
("desintoxicaciones" de 2-3 semanas)



PSICOFARMACOS EN AN

- Escaso papel, pero no despreciables
- Antidepresivos tras recuperación ponderal
- Ansiolíticos antes de comidas para prevenir ansiedad
- Antipsicóticos a dosis bajas
- Orexígenos: ciproheptadina (antag 5HT) y antihistamínicos (no demostrado)
- Agentes procinéticos (cisapride), reguladores de la motilidad intestinal, protectores gástricos, etc



PSICOFARMACOS EN BN

- Antidepresivos: coadyuvantes en el control de atracones (ADT, IMAOS, ISRS, otros)
- Ansiolíticos: de forma puntual
- Antipsicóticos sedativos: no indicados
- Antiepilépticos: Topiramato (no aprobado)
- Antagonistas opioides: naltrexona, naloxona
- Antieméticos: Ondansetrón (oncología); metoclopramida, cisapride



ABORDAJE PSICOLOGICO

- Centrado en aspectos psicoeducativos y de apoyo
- Esperar hasta recuperación ponderal mínima
- Entrevistas familiares encaminadas a modificar conductas transgresoras en domicilio



HOSPITALIZACION PARCIAL

- Criterios de ingreso
- Programa terapéutico
- Intervenciones biológicas, psicológicas y sociales
- Criterios de alta



CRITERIOS DE ADMISION EN HDIA

SEGÚN SITUACIÓN CLÍNICA

- Fracaso o refractariedad del tto ambulatorio (3 meses) sin cumplir criterios de ingreso urgentes
- Elevada gravedad del trastorno, condicionada por factores físicos, psicológicos o socio-familiares
- Seguimiento inmediato tras alta hospitalaria



CRITERIOS DE EXCLUSIÓN SEGÚN SITUACIÓN CLÍNICA

- Presencia de síntomas psicóticos activos
- Elevada gravedad vital
- Dependencia de sustancias activa
- No aceptación del contrato terapéutico y consentimiento informado (tratamiento voluntario)
- Comorbilidad TLP (exclusión parcial)



TERAPIAS EN EL HOSPITAL DE DIA DE T.ALIMENTARIOS

- **BIOLOGICAS:** tto farmacológico y dietético; control de peso y constantes, estado metabólico y cardiovascular
- **PSICOLOGICAS:** educación sanitaria; entrenamiento en relajación; terapias grupales, individuales, familiares sistémicas
- **SOCIALES:** trabajo de red (laboral, social, lúdica)



TERAPIAS EN EL HOSPITAL DE DIA

- Grupo de acogida, conducido por personal de enfermería
- Comidas supervisadas y control dietético individualizado (supervisado por dietética)
- Psicoterapias individuales (TIP o TCC)
- Psicoterapias grupales: habilidades sociales; imagen corporal; manejo de asertividad; resolución de problemas; relajación; psicoeducativo



OTRAS INTERVENCIONES POSIBLES

- Psicoterapias familiares sistémicas (en casos indicados)
- Grupo de información general
- Grupo multifamiliar, dirigido por un terapeuta familiar
- Talleres de cocina
- Terapias psicocorporales
- Grupos de prevención de recaída



INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EFICACES

- Terapia interpersonal (TIP)
- TCC (centrada en imagen corporal y fobia ponderal)
- Terapia familiar (con niños y adolescentes)
- Terapias grupales
- Terapias multifamiliares



TERAPIAS COGNITIVO- CONDUCTUALES

- Autoregistros
- Pautas de conducta alimentaria
- Reestructuración cognitiva
- Psicoeducación
- Exposición (a comida o a imagen corporal con normopeso)
- Descondicionamiento



TIPOS DE ASISTENCIA EN HD

- Jornada completa
- Media jornada
- Días alternos
- Sólo comidas
- Esporádica (1 día/semana)
- Permisos de prueba



CRITERIOS DE ALTA

- Mantenimiento de normopeso durante 1 año
- Recuperación de la menstruación
- Ausencia de alteraciones psicopatológicas alimentarias o asociadas que precisen tratamiento



MISCELANEA

- Seguimientos prolongados >1 año
- Viraje anorexia-bulimia
- Vías diferentes de llegar a la anorexia (a tener presente al plantear el tto)
- Complicaciones de la comorbilidad (drogas, T pers, TOC, TAG, TDM, psicosis)
- Situaciones de riesgo: embarazo, DM, nefropatía



COMORBILIDAD CON TRASTORNOS MEDICOS: DIABETES TIPO I

- TCA de presentación más insidiosa
- Demora en el diagnóstico del TCA
- Mayores complicaciones de la diabetes
- Dosis bajas de insulina para perder peso
- Necesaria estrecha relación endocrino-psiquiatra



CASO CLINICO

- Mujer de 35 años, BN+TR. LIMITE+ DIABETES I + NEFROPATIA diabética, lista de espera para TR, múltiples infecciones, amputaciones, exitus
- Persistió en toda su evolución malestar gástrico intenso con potomanía 2^a y emesis posterior



EMBARAZO Y ANOREXIA

- Posible inicio de la AN antes o durante la gestación
- Frecuente hiperemesis gravídica
- Bajo peso al nacer (+ en restrictivas), prematuros (+ si purgativas)
- Cuidados intensivos prenatales y postnatales (déficits en el desarrollo)
- Riesgos de los ttos. de fertilidad en AN



EMBARAZO Y BULIMIA

- Frecuentes embarazos no planificados
- Trastornos menstruales = infertilidad
- Mejoría global durante la gestación
- 1/3 presentan depresión postparto
- Hiperemesis gravídica y BN
- Peso al nacer normal, posibles anomalías (labio leporino, paladar hendido, etc.)



SOBRE CRONICIDAD Y TCA...

- Son cuadros “a menudo” de evolución crónica o persistente
- La evolución a largo plazo muestra un incremento de cifras de mortalidad muy superior al de la población general (el tiempo como elemento polarizante)
- Se observan remisiones a muy largo plazo lo que debe conducir al mantenimiento de tratamientos activos frente al trastorno
- Estos hallazgos no son característicos de otros trastornos crónicos



RETO ASISTENCIAL DE LOS TCA CRONICOS

- Cifras relativamente modestas (población “silenciosa”)
- Complicaciones médicas graves mantenidas
- Nulo interés investigador, inicio de rehabilitación
- Homeostasis del sistema familiar (aceptación del estilo de vida anoréctico)
- ¿Mejores perspectivas de la BN crónica?



ESTADO DE LA CUESTION

- Programas específicos para TCA crónicos escasos
- Estudios de coste-efectividad (Agras 2001)
 - ✓ AN más barata que EQZ
 - ✓ BN más barata que TOC
- Posibles conflictos éticos: ¿alimentación forzada, internamientos involuntarios?



ABORDAJE DE LA ANOREXIA O BULIMIA CRONICA (SEGÚN LA APA)

- Individualización del caso
- Centros de día
- Rehospitalizaciones periódicas con programas de recuperación ponderal “light”
- Contactos muy frecuentes
- Búsqueda de pesos “seguros”



Apoyo a la toma de decisiones basadas en la evidencia. El desarrollo de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud



Guía de Práctica Clínica sobre trastornos de conducta alimentaria (TCA)

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/>

<http://www.guiasalud.es/home.asp>

