

REPORTE AED 2016 | 3ª. EDICION



TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

GUIA DE CUIDADOS MEDICOS

Puntos Críticos para el Reconocimiento Temprano y Manejo
de Riesgos Médicos en el Cuidado de Individuos con Trastornos
de la Conducta Alimentaria

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Este documento, creado por el Comité de Cuidados Médicos de la Academia para Trastornos de la Conducta Alimentaria (Academy for Eating Disorders-AED), pretende ser un recurso que promueva el reconocimiento y prevención de la morbilidad y mortalidad médica asociada con los trastornos de la conducta alimentaria. No es una guía clínica exhaustiva. Este folleto fue hecho para proveer la información basada en la mejor investigación disponible y en las mejores prácticas clínicas actuales.

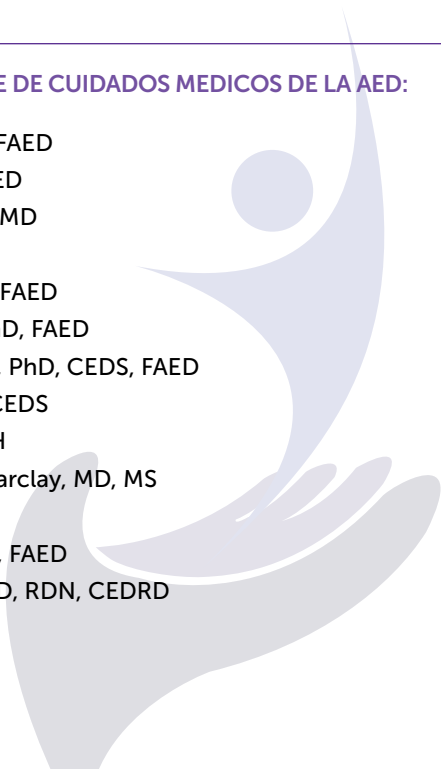
Para mayor información, recursos, guías de tratamiento y bibliografía, visite:

www.aedweb.org

www.aedweb.org/Medical_Care_Standards

MIEMBROS DEL COMITE DE CUIDADOS MEDICOS DE LA AED:

Ovidio Bermudez, MD, FAED
Michael Devlin, MD, FAED
Suzanne Dooley-Hash, MD
Angela Guarda, MD
Debra K. Katzman, MD, FAED
Sloane Madden, MD, PhD, FAED
Beth Hartman McGilley, PhD, CEDS, FAED
Deborah Michel, PhD, CEDS
Ellen S. Rome, MD, MPH
Michael A. Spaulding-Barclay, MD, MS
Edward P. Tyson, MD
Mark Warren, MD, MPH, FAED
Therese Waterhous, PhD, RDN, CEDRD



REPORTE AED 2016 | 3ª. EDICION

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: GUÍA DE CUIDADOS MEDICOS

INDICE DE CONTENIDOS

Lineamientos Clave	4
Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)	4
Hechos Importantes Acerca de los TCA	5
Signos y Síntomas Presentes	6
Identificación Temprana	7
Evaluación Exhaustiva	9
Criterios de Hospitalización para la Estabilización Aguda	11
Síndrome de Realimentación	12
Información para Especialistas Médicos	15
Intervención Oportuna	18
Objetivos de Tratamiento	19
Manejo Actual	20
Apéndice 1	20
Referencias	23
Acerca de la Academia para Trastornos de la Conducta Alimentaria (AED)	23

LINEAMIENTOS CLAVE

Todos los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son enfermedades mentales serias con una morbilidad y mortalidad médica y psiquiátrica significativa, que puede poner en riesgo la vida, independientemente del peso corporal del individuo.

Los pacientes con TCA tienen los rangos de mortalidad más altos de cualquier enfermedad psiquiátrica. El riesgo de muerte prematura es de 6-12 veces mayor en mujeres con Anorexia Nervosa (AN) al ser comparadas con la población general, ajustado para la edad.

El reconocimiento temprano y la intervención oportuna, basado en un abordaje de equipo multidisciplinario (médico, psicológico y nutricional), apropiado a la etapa del desarrollo y basado en la evidencia es el ideal de cuidado médico, cuando sea posible. Los miembros del equipo multidisciplinario pueden variar y dependerán de las necesidades del paciente y la disponibilidad de estos miembros del equipo en la comunidad del paciente. En las comunidades donde haya carencia de recursos, los clínicos, terapeutas y nutricionistas son alentados a consultar con la Academia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (AED) y/o con expertos en TCA en sus respectivas áreas de práctica.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

Para fines de este documento, nos enfocaremos en los TCA más comunes que incluyen:

- 1. Anorexia Nervosa (AN):** Restricción de la ingesta de energía en relación a los requerimientos del individuo, llevando a un peso corporal significativamente bajo en el contexto de la edad, sexo, trayectoria del desarrollo y estado de salud. La distorsión de la imagen corporal, el miedo intenso a ganar peso, la falta de reconocimiento de la gravedad de la enfermedad y/o comportamientos que interfieren con la ganancia de peso también están presentes.
- 2. Bulimia Nervosa (BN):** Atracones (comer una gran cantidad de comida en un tiempo relativamente corto con la sensación de pérdida de control) con comportamientos purgativos/compensatorios (e.g. vómito autoinducido, abuso de diuréticos y/o laxantes, mal uso de insulina, ejercicio excesivo, pastillas de dieta) una vez o más por semana por al menos 3 meses. También pueden estar presentes la distorsión de la imagen corporal, un miedo intenso a ganar peso y la falta de reconocimiento de la gravedad de la enfermedad.

3. **Trastorno de Atracones (TpA):** Atracón, en ausencia de comportamientos compensatorios, una vez por semana por al menos 3 meses. Los episodios de atracón son asociados con comer rápidamente, sin hambre, hasta sentirse incómodamente lleno, y/o asociado con depresión, vergüenza o culpa.
4. **Otros Trastornos Específicos de la Alimentación y del Comer (OSFED):** Un TCA que no cumple con todos los criterios de alguna de las categorías anteriores, pero tiene comportamientos específicos de trastorno de la conducta alimentaria como restringir la ingesta, purgación y/o atracones como síntomas pivote.
5. **Trastorno de la Alimentación o del Comer No Especificado (UFED):** Los comportamientos de TCA están presentes, pero no están especificados por el proveedor de salud.
6. **Trastorno Evitativo Restrictivo de la Ingesta (ARFID):** Pérdida significativa de peso, deficiencias nutricionales, dependencia en suplementos nutricionales o una marcada interferencia con el funcionamiento psicosocial debido a la restricción de calorías y/o de nutrientes, pero sin preocupación por el peso o la figura.

Consulte www.aedweb.org, DSM-5 o ICD-10 para descripciones completas de diagnósticos.

HECHOS IMPORTANTES ACERCA DE LOS TCA

- **Todos** los TCAs son enfermedades muy serias con complicaciones físicas y psicológicas que ponen en riesgo la vida.
- Los TCAs no discriminan. Pueden afectar individuos de todas las edades, géneros, etnias, estrato socioeconómico, y en una gran variedad de figuras corporales, pesos y tallas.
- El peso no es el único marcador clínico para un TCA. La gente que está en peso bajo, normal o sobrepeso pueden tener un TCA y los individuos en cualquier peso pueden estar malnutridos y/o involucrarse en comportamientos de control de peso poco saludables.
- Los individuos con TCA pueden no reconocer la gravedad de la enfermedad y/o estar ambivalentes acerca de cambiar sus comportamientos alimentarios y de otra índole.
- Todos los intentos precipitados de ganancia o pérdida de peso en individuos saludables deben ser investigados para la posibilidad de un TCA ya que las fluctuaciones rápidas de peso pueden ser marcadores potenciales de un TCA.

- En niños y adolescentes, la falta de ganancia de peso/talla esperada, y/o el retraso o interrupción del desarrollo puberal, deben ser investigados por la posibilidad de un TCA.
- Todos los TCA pueden ser asociados con complicaciones médicas serias que afectan todos los sistemas y órganos del cuerpo.
- Las consecuencias médicas de los TCA pueden pasar desapercibidas, aún para los clínicos más experimentados.

SIGNOS Y SINTOMAS PRESENTES

Los individuos con TCA pueden presentarse en una gran variedad de formas. Además de los signos cognitivos y de comportamiento que caracterizan a los TCA, los siguientes signos y síntomas físicos pueden ocurrir en pacientes con TCA como consecuencia de la restricción de alimentos y fluidos, deficiencias nutricionales, atracones, y comportamientos compensatorios inapropiados, como la purgación. Sin embargo, es importante recordar que un TCA que pone en riesgo la vida puede ocurrir sin ningún síntoma o signo físico obvio.

GENERAL:

- Marcada pérdida, ganancia, fluctuaciones de peso o cambio inexplicable en la curva de crecimiento o en las percentilas de índice de masa corporal (IMC) en un niño o adolescente que todavía está en crecimiento y desarrollo
- Intolerancia al frío
- Debilidad
- Fatiga o letargia
- Presíncope (mareos)
- Síncope (desmayos)
- Bochornos, sudoración

ORAL Y DENTAL:

- Trauma oral/laceraciones
- Perimolisis (erosión dental en superficie posterior de dientes) y caries dentales
- Hipertrofia parotídea

CARDIORRESPIRATORIO:

- Dolor en el pecho
- Palpitaciones del corazón
- Taquicardia ortostática/hipotensión (baja presión arterial)
- Disnea (falta de aire)
- Edema

GASTROINTESTINAL:

- Malestar epigástrico
- Distensión abdominal
- Saciedad temprana
- Reflujo gastroesofágico (aguras)
- Hematemesis (sangre en el vómito)
- Hemorroides y prolapso rectal
- Constipación

ENDOCRINOLOGICO

- Amenorrea u Oligomenorrea (ausencia o irregularidades menstruales)
- Bajo de libido
- Fracturas por estrés
- Densidad mineral ósea baja
- Infertilidad

NEUROPSIQUIATRICO

- Síntomas y comportamientos de Depresión/Ansiedad/Obsesivo/Compulsivo
- Pérdida de memoria
- Pobre concentración
- Insomnio

- Autolesiones
- Pensamientos, planes o intento suicida
- Convulsiones

DERMATOLOGICO

- Lanugo (crecimiento de cabello fino en cuerpo y cara)
- Pérdida de cabello
- Carotenodermia (coloración amarillenta de la piel)
- Signo de Russell (callosidad o cicatrices en el dorso de la mano por vómito auto inducido)
- Pobre cicatrización
- Uñas y cabello quebradizos

IDENTIFICACION TEMPRANA

Considere evaluar un individuo para un TCA si presenta cualquiera de los siguientes:

- Cambios precipitados de peso (ganancia o pérdida significativa) o fluctuaciones
- Cambios súbitos en los hábitos alimentarios (nuevo vegetarianismo/veganismo, dieta libre de gluten, libre de lactosa, eliminación de ciertos alimentos o grupos de alimentos, comer solamente “alimentos saludables”, atracones incontrolables)
- Cambios súbitos en los patrones de ejercicio, ejercicio compulsivo o excesivo o involucramiento en entrenamiento físico extremo
- Distorsión de la imagen corporal, el deseo de perder peso a pesar de tener un peso bajo o normal, o conductas de dieta extremas independientemente del peso
- Molestias abdominales en el contexto de comportamientos de pérdida de peso
- Anormalidades electrolíticas sin una causa médica identificada (especialmente hipokalemia, hipocloremia o bicarbonato elevado)

- Hipoglicemia
- Bradicardia
- Amenorrea o irregularidades menstruales
- Infertilidad inexplicable
- Diabetes mellitus tipo 1 con pobre control de la glicemia o cetoacidosis diabética recurrente (CAD) con o sin pérdida de peso
- Uso de conductas compensatorias (i.e., vómito autoinducido, abuso de laxantes, dietas, ayunos o ejercicio excesivo) para influenciar el peso después de haber comido o de tener un atracón
- Uso inapropiado de supresores de apetito, cafeína, diuréticos, laxantes, enemas, ipecacuana, edulcorantes artificiales, goma de mascar libre de azúcar, medicamentos de prescripción que afectan el peso (insulina, medicamentos tiroideos, psicoestimulantes, drogas callejeras) o suplementos nutricionales comercializados para la pérdida de peso.

La malnutrición es una condición médica severa que requiere atención urgente. Puede ocurrir en pacientes que se involucran en conductas alimentarias de riesgo, independientemente de su peso corporal. Los individuos con conductas continuadas de alimentación restrictiva, atracón o purgación, a pesar de sus esfuerzos por redirigir sus comportamientos, requieren una intervención inmediata.



EVALUACION EXHAUSTIVA

HISTORIA CLINICA COMPLETA DEBE INCLUIR:

- Rango y cantidad de pérdida de peso/cambios en los últimos seis meses
- Historia nutricional que incluye ingesta dietética (cantidad y variedad de alimentos consumidos), restricción de alimentos específicos o grupos de alimentos (tales como grasas y carbohidratos)
- Comportamientos compensatorios y su frecuencia (ayunos o dietas, vómito autoinducido, ejercicio, abuso de laxantes, diuréticos o ipecacuana, mal uso de insulina, uso de pastillas de dieta y/o suplementos que se compran sin receta)
- Ejercicio (frecuencia, duración e intensidad). ¿El ejercicio es excesivo, compulsivo o estricto o es utilizado para manejar el peso?
- Historia menstrual (menarquia, último período menstrual, ritmo, uso de anticonceptivos)
- Medicamentos actuales incluyendo cualquier suplemento o medicamentos alternativos
- Historia familiar incluyendo síntomas o diagnóstico de TCA, obesidad, trastornos de ansiedad o del estado de ánimo, trastornos de uso de sustancias
- Historia psiquiátrica incluyendo síntomas de trastornos del estado de ánimo, ansiedad y uso de sustancias
- Historia de trauma (físico, sexual o emocional)
- Historia del crecimiento y desarrollo (obtener gráficas de crecimiento previo cuando sea posible)

EXAMEN FISICO DEBE INCLUIR:

- Medición de estatura, peso y determinación de Índice de Masa Corporal ($IMC = \text{peso (kg)} / \text{estatura (m}^2\text{)}$); grafique estatura, peso e IMC en gráficas de percentilas para niños y adolescentes
- Frecuencia cardiaca y presión arterial en posición parado y acostado
- Temperatura Oral

EVALUACION DIAGNOSTICA INICIAL:

- En la siguiente gráfica se muestran los laboratorios y otros estudios diagnósticos recomendados para consideración en la evaluación de pacientes con TCA, además de las anormalidades potencialmente vistas en pacientes con TCA.
- Es importante hacer notar que los estudios de laboratorio pueden estar normales aún a pesar de una desnutrición importante y no descartan la gravedad del problema.

PRUEBAS DIAGNOSTICAS INDICADAS EN TODOS LOS PACIENTES EN QUIENES SE SOSPECHA UN TCA

ESTUDIOS BASICOS	HALLAZGOS ANORMALES POTENCIALES Y CAUSAS
Hemograma completo	Leucopenia, anemia, o trombocitopenia
Panel completo que incluya electrolitos séricos, pruebas de función renal y enzimas hepáticas	Glucosa: ↓ <i>pobre nutrición</i> Sodio: ↓ <i>sobrecarga de agua o laxantes</i> Potasio: ↓ <i>vómitos, laxantes, diuréticos</i> Cloro: ↓ <i>vómitos, laxantes</i> Bicarbonato sérico: ↑ <i>vómito</i> ↓ <i>laxantes</i> Nitrógeno de la urea sérico: ↑ <i>deshidratación</i> Creatinina: ↑ <i>deshidratación, alteración función renal, desgaste muscular</i> Calcio: <i>ligeramente</i> ↓ <i>pobre nutrición a expensas de hueso</i> Fosfatos: ↓ <i>pobre nutrición</i> Magnesio: ↓ <i>pobre nutrición, uso laxantes</i> Proteína/Albumina Total: ↑ <i>en malnutrición temprana a expensas de masa muscular</i>, ↓ <i>en malnutrición tardía</i> Prealbumina: ↓ <i>en malnutrición calórico-proteica</i> Aspartato Aminotransaminasa (AST), Alanino Aminotransaminasa (ALT): ↑ <i>inanición</i>
Electrocardiograma (ECG)	Bradycardia (frecuencia cardiaca baja), prolongación QTc (>450msec), otras arritmias

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS ADICIONALES A CONSIDERAR

PRUEBAS ADICIONALES	POTENCIALES HALLAZGOS ANORMALES
Niveles de Leptina	Leptina: ↓ <i>en malnutrición</i>
Hormona Estimulante de Tiroides (TSH), Tiroxina (T4)	TSH: ↓ <i>o normal</i> T4: ↓ <i>o normal síndrome eutiroideo enfermo</i>
Enzimas pancreáticas (amilasa y lipasa)	Aamilasa: ↑ <i>vómitos, pancreatitis</i> Lipasa: ↑ <i>pancreatitis</i>
Gonadotropinas (LH y FSH) y esteroides sexuales (estradiol y testosterona)	Niveles LH, FSH, estradiol (mujeres) y testosterona (hombr- bres): ↓ <i>o normal</i>

Velocidad de Sedimentación Globular (VSG)	VSG: ↓ <i>inanición</i> o ↑ <i>inflamación</i>
Absorciometría Dual de Rayos-X (DEXA)	Los pacientes con TCA están en riesgo de una <i>densidad mineral ósea (DMO)</i> baja. No hay evidencia que la terapia de reemplazo hormonal (estrógenos/progesterona en mujeres o testosterona en hombres) mejore la DMO. La rehabilitación nutricional, la recuperación de peso y la normalización de la producción endógena de esteroides sexuales son los tratamientos de elección.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN PARA ESTABILIZACION MEDICA AGUDA

PRESENCIA DE UNO O MAS DE LOS SIGUIENTES:

1. $\leq 75\%$ promedio de IMC para edad, sexo y estatura
2. Hipoglicemia
3. Alteraciones electrolíticas (hipokalemia, hiponatremia, hipofosfatemia y/o acidosis o alcalosis metabólica)
4. Anormalidades en EKG (e.g., prolongación QTc > 450, bradicardia, otras arritmias)
5. Inestabilidad hemodinámica
 - Bradicardia
 - Hipotensión
 - Hipotermia
6. Ortostatismo
7. Complicaciones médicas agudas por malnutrición (e.g., síncope, convulsiones, falla cardíaca, pancreatitis, etc.)
8. Comorbilidades psiquiátricas o médicas que prohíban o limiten un tratamiento ambulatorio apropiado (e.g., depresión severa, ideación suicida, trastorno obsesivo compulsivo, diabetes mellitus tipo 1)
9. Incertidumbre del diagnóstico de un TCA

CRITERIOS DE HOSPITALIZACION PARA ESTABILIZACION PSIQUIATRICA AGUDA

PRESENCIA DE UNO O MAS DE LOS SIGUIENTES:

1. Rechazo agudo a comer
2. Pensamientos o comportamientos suicidas
3. Otras comorbilidades psiquiátricas significativas que interfieran con el tratamiento de TCA (ansiedad, depresión, trastorno obsesivo compulsivo)

OTRAS CONSIDERACIONES ACERCA DE LA HOSPITALIZACION:

1. Falla en el tratamiento ambulatorio
2. Atracciones y/o purgación incontrolables de cualquier tipo
3. Apoyo social y/o atención médica o psiquiátrica inadecuados

SINDROME DE REALIMENTACION

El síndrome de realimentación describe los trastornos clínicos y metabólicos que pueden ocurrir durante la realimentación (oral, enteral o parenteral) de un paciente desnutrido. Las características clínicas del síndrome de realimentación incluyen edema, falla cardíaca y/o respiratoria, problemas gastrointestinales, debilidad muscular profunda, delirio y, en casos extremos, la muerte. Las alteraciones de laboratorio pueden incluir hipofosfatemia (la más significativa), hipoglicemia, hipokalemia, hipomagnesemia e hiponatremia. El síndrome de realimentación puede ocurrir en pacientes de cualquier edad y peso, y es una condición potencialmente fatal que requiere un cuidado especializado en una unidad de hospitalización.

LOS FACTORES DE RIESGO PARA SINDROME DE REALIMENTACIÓN INCLUYEN:

- El grado de malnutrición en la presentación (<70% IMC promedio en adolescentes, IMC <15 es riesgo en la mayoría de adultos)
- Pacientes crónicamente desnutridos y aquellos que han tenido una ingesta muy pequeña o ninguna por más de 10 días
- Historia de síndrome de realimentación
- Pacientes con una pérdida profunda o rápida de peso, incluyendo aquellos que se presentan en cualquier peso después de una pérdida rápida de peso (>10-15% de su masa corporal total en 3-6 meses)
- Los pacientes con una ingesta significativa de alcohol (estos pacientes también tienen riesgo de desarrollar encefalopatía de Wernicke por la realimentación. Antes de la realimentación deben recibir suplementación con tiamina y folatos)

IMPORTANTE – Considere iniciar la realimentación en un medio hospitalario si uno o más de los factores de riesgo para síndrome de realimentación están presentes. Idealmente los pacientes deben ser admitidos a un hospital que tenga acceso o tenga una unidad especializada de TCA en sitio.

- Pacientes post-cirugía bariátrica con pérdida significativa de peso (riesgo incrementado de pérdidas electrolíticas por malabsorción)
- Pacientes con historia de mal uso de insulina, laxantes o diuréticos
- Pacientes con anormalidades electrolíticas antes de la realimentación

COMO PREVENIR Y MANEJAR EL SINDROME DE REALIMENTACION:

- Conozca los signos, síntomas y factores de riesgo del síndrome de realimentación.
- Cuando sea posible, refiera los pacientes en riesgo de síndrome de realimentación a médicos con experiencia en el manejo médico y manejo conductual de TCA y/o ingrese en un hospital o unidad médico-psiquiátrica con esta experiencia.
- Los electrolitos séricos (sodio, potasio, fósforo y magnesio) y la glucosa deben ser chequeados antes de iniciar la realimentación. Esté alerta que estos pueden estar normales antes de iniciar la realimentación. El fósforo alcanza su nivel más bajo entre el 3-7 días de haber iniciado la rehabilitación nutricional.
- Mientras el paciente es tratado en la unidad hospitalaria, monitoree frecuentemente los electrolitos séricos y la glucosa (al menos diariamente si están significativamente anormales) durante la fase temprana de realimentación hasta estabilizarlos (al menos 72 hrs).
- Reponga agresivamente todas las deficiencias de electrolitos. La reposición vía oral es preferible pero la suplementación IV puede ser necesaria. No es necesario corregir el desbalance hidroelectrolítico antes de iniciar la realimentación. Con un monitoreo cuidadoso, esto puede alcanzarse en forma segura y simultáneamente.
- Inicie un multivitamínico diariamente antes de iniciar y durante toda la realimentación. Agregue suplementación con tiamina en pacientes severamente desnutridos debido al riesgo de encefalopatía de Wernicke.
- En conjunto con la consulta con un especialista en nutrición con experiencia en realimentación de pacientes con TCA, ajuste el rango de realimentación de acuerdo a la edad, etapa del desarrollo, y grado de desnutrición.
- Monitoree la reposición de líquidos para evitar una sobrecarga. La vía de rehidratación preferida es la oral. En casos donde los líquidos IV sean necesarios, es preferible evitar grandes bolos de líquidos. Reponga las pérdidas en forma lenta con líquidos IV continuos a rangos lentos (e.g., 50-75 cc/hora para pacientes adultos o la mitad del mantenimiento normal para niños).

- Monitoree cercanamente los signos vitales y el estado mental y cardíaco de todos los pacientes durante la realimentación.
- Monitoree la glicemia frecuentemente. La glucosa postprandial usualmente es baja en pacientes severamente desnutridos con anorexia nervosa.

SUBALIMENTACION

La subalimentación es debida a ser extremadamente cautelosos con el ritmo de realimentación lo que puede llevar a una mayor pérdida de peso, y puede estar asociado con un peor pronóstico, respuesta más lenta a tratamiento e incluso la muerte en pacientes severamente desnutridos.

METODOS DE REALIMENTACION:

- Los métodos de “Empieza lento sigue lento” de realimentación recientemente han sido desafiados y una realimentación más rápida con un monitoreo médico cercano es lo que ahora se prefiere en las **unidades de internamiento**. Por ejemplo, un adulto con TCA que está severamente desnutrido y tiene una ingesta de comida muy baja antes de la hospitalización, puede ser iniciado en forma segura con aproximadamente 1600 kcal/día e incrementado en 300 kcal/día cada 2-3 días hasta alcanzar una ganancia consistente de peso de al menos 2-4 lb (1-2 kg)/semana.
- La mayoría de los pacientes requerirá ingestas muy altas en calorías (3500-4000 kcal/día) para alcanzar una ganancia consistente de peso una vez que se ha estabilizado médicamente más allá de las etapas iniciales de realimentación. Esto puede ser iniciado en la hospitalización y continuado como paciente ambulatorio (una vez que el paciente está médicamente estabilizado) hasta que se ha alcanzado la completa restauración del peso. En este momento, debe hacerse una reevaluación de las necesidades nutricionales para el mantenimiento del peso y/o el crecimiento.
- A los niños/adolescentes y sus familias se les debe recordar que están en una etapa de crecimiento y desarrollo. Los objetivos de tratamiento de pesos y necesidades nutricionales cambiarán con el tiempo en la medida en que los niños y adolescentes continúan creciendo y desarrollándose.
- La realimentación oral siempre se prefiere. La alimentación enteral suplementaria puede estar indicada cuando los rangos de ganancia de peso son bajos (<2 lb/semana) o el acceso a un programa de realimentación conductual experto es limitado. La alimentación parenteral no está recomendada y únicamente debe ser utilizada en pacientes sin un intestino funcional.

INFORMACION PARA ESPECIALISTAS MEDICOS

Los individuos con TCA frecuentemente son referidos a especialistas médicos para evaluación de las quejas médicas. Es importante que cada proveedor, independientemente de su especialidad, reconozca los signos y síntomas de un TCA, maneje las complicaciones apropiadamente, y sepa cuándo referir a un paciente a una evaluación y tratamiento especializado de TCA y/o cuándo referir para ser ingresado en hospital debido a un compromiso médico significativo. Cuidado colaborativo con un especialista en TCA es en el mejor interés de los pacientes.

PARA TODOS LOS PROVEEDORES: Por favor mantenga un alto índice de sospecha de TCAs, especialmente en pacientes de alto riesgo. Mantenga en mente que los TCAs pueden estar presentes en pacientes de cualquier edad, raza, género o talla. Evalúe y refiera a cuidado especializado según sea indicado. Una prueba de cribado validada como el SCOFF (ver Apéndice 1) puede ser utilizada para identificar pacientes adultos que se pueden beneficiar de una evaluación posterior para un TCA.

CARDIOLOGIA

- La bradicardia es una respuesta fisiológica, adaptativa a la inanición y es la arritmia más común en pacientes con TCA. La bradicardia no debe ser automáticamente atribuida al estado atlético o entrenamiento de pacientes que están en bajo peso, que han experimentado una rápida pérdida de peso o que tienen una ingesta nutricional inadecuada para su nivel de actividad.
- Los cardiólogos deben consultar con especialistas en TCA si están considerando un TCA, o evaluando a un paciente con TCA ya conocido. El cuidado colaborativo ayuda a poner el diagnóstico y presentación clínica del paciente en un contexto apropiado.
- Las arritmias debido a anormalidades electrolíticas son una causa común de muerte en pacientes con TCA.

MEDICINA DE EMERGENCIAS

- Los pacientes con TCA se presentan en las unidades de emergencia en rangos mucho mayores que los individuos sin TCA por una gran variedad de quejas.
- La visita al departamento de emergencia puede ser la primera interacción con el proveedor de salud para un paciente con TCA. La severidad y resistencia a tratamiento de los TCAs se incrementa con la duración de la enfermedad. Entre más pronto el paciente reciba el tratamiento apropiado, mayor probabilidad de tener una recuperación total de la

enfermedad. Una interacción positiva entre paciente-clínico en la sala de emergencia, y una referencia apropiada a un cuidado de TCA especializado puede ayudar a reducir significativamente la duración y severidad de la enfermedad.

- Consulte con especialistas en TCA si no está claro sobre la disposición y el seguimiento adecuados.
- Evite la restitución agresiva y excesiva de líquidos en pacientes con TCA ya que esto puede precipitar una sobrecarga de volumen y falla cardíaca. Utilice líquidos intravenosos en bajo volumen y continuos en lugar de bolos grandes para rehidratar.
- Evite **exceso** de administración de glucosa en el departamento de emergencia ya que esto puede precipitar un síndrome de realimentación. Si la glucosa sanguínea es baja, una infusión continua de glucosado al 5% es preferible a la administración de bolos de glucosa al 50%.

ENDOCRINOLOGIA

- Las mujeres adolescentes con diabetes tipo 1 están en riesgo incrementado de un TCA. Pueden utilizar dosis menores de insulina y sufrir complicaciones a largo plazo de diabetes, incluyendo una muerte temprana. Un pobre control de la glucosa y/o episodios repetitivos de CAD en cualquier paciente diabético amerita una pronta evaluación para un TCA.
- Considere un Síndrome Eutiroides Enfermo (ESS) en un paciente de bajo peso con estudios de tiroides anormales. La suplementación con hormona tiroidea no es necesaria para el ESS y se resolverá con la ganancia de peso.

GASTROENTEROLOGIA

- Las molestias GI como constipación, dolor abdominal, náusea, hematemesis, pirosis frecuente, y saciedad inmediata son los síntomas físicos más comunes en personas con TCAs.
- Unas transaminasas ligeramente elevadas también son frecuentemente vistas en pacientes con TCAs.
- Estos signos y síntomas a menudo son referidos al gastroenterólogo. El tratamiento sintomático para estos síntomas GI puede ser iniciado. Es importante notar que la mayoría de los síntomas GI se mejoran o resuelven con la resolución del TCA.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

- La amenorrea u oligomenorrea sin otra causa identificada debe ser derivada para evaluación por un TCA.
- Los anticonceptivos orales (ACOs) para el tratamiento de la amenorrea u oligomenorrea no están indicados para la mayoría de los pacientes con TCA que no requiere contracepción.
- Actualmente no hay evidencia que apoye el uso de ACOs para el tratamiento de densidad mineral ósea baja en pacientes de bajo peso con amenorrea. La restauración del peso y el reinicio de las menstruaciones es el tratamiento de elección.
- Aunque los individuos con TCA pueden tener suprimida la función ovárica, aún así puede ocurrir embarazo.
- La infertilidad también puede ser una queja presente en los pacientes con TCA. La Tecnología Reproductiva Asistida (ART) está contraindicada en pacientes de bajo peso con TCA. Estos pacientes están en un mayor riesgo de abortos, retraso en crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y otras complicaciones del embarazo y al nacimiento con el uso de ART.

PSIQUIATRIA

- Los pacientes con TCAs tienen altas tasas de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos incluyendo depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés posttraumático, comportamientos auto destructivos y uso de sustancias, y un alto riesgo de suicidio.
- Los pacientes con TCAs pueden reportar síntomas de depresión u otras enfermedades mentales sin reconocer o revelar los pensamientos o comportamientos de TCA.
- Los pacientes con TCAs tienen las mayores tasas de mortalidad de cualquier enfermedad psiquiátrica. Su identificación y tratamiento apropiado por un especialista en TCA es imprescindible.

PEDIATRIA

- Los niños y adolescentes que se presentan con retraso en el crecimiento, alimentación selectiva o quisquillosa, síntomas gastrointestinales (por ejemplo, náusea, pérdida de apetito, constipación), pérdida inexplicable de peso, falta de ganancia de peso o retraso en el crecimiento y desarrollo deben ser evaluados para un posible TCA.
- Con cuidado considere las preocupaciones de los padres acerca de cualquier cambio en las conductas alimentarias, de estado de ánimo, peso o crecimiento de sus hijos.

1. Los pacientes con TCAs pueden no reconocer que están enfermos y/o pueden estar ambivalentes para aceptar tratamiento.

Esto es un síntoma de la enfermedad. Los pacientes pueden minimizar, racionalizar, o esconder los síntomas y/o conductas de TCA. Su persuasiva racionalidad y competencia en otras áreas de su vida puede disfrazar la severidad de la enfermedad. Es posible que sea necesario el apoyo externo y asistencia en la toma de decisiones independientemente de la edad.

2. Los padres/guardianes son la primera línea de apoyo y de búsqueda de ayuda para los niños, adolescentes y adultos jóvenes con TCAs.

Confíe en sus preocupaciones. Incluso una sola consulta con preocupaciones sobre el comportamiento alimentario o peso/figura de un niño es un fuerte predictor de la presencia o potencial desarrollo de un TCA.

3. Disipe la culpa.

Ayude a la familias a entender que ellos no causaron la enfermedad; ni tampoco su niño/familiar escogió tenerla. Este reconocimiento facilita la aceptación del diagnóstico, referencia, tratamiento y minimiza el excesivo estigma asociado con tener la enfermedad.

4. Monitoree la salud física incluyendo signos vitales y pruebas de laboratorio.

Los pacientes con TCA deben ser monitoreados regularmente para complicaciones médicas agudas y crónicas. Las evaluaciones deben ser interpretadas en el contexto de las adaptaciones fisiológicas a la malnutrición y a los comportamientos purgativos. Los clínicos necesitan recordar que el examen físico y las pruebas de laboratorio pueden estar normales aun en la presencia de TCA que ponen en riesgo la vida.

5. Riesgo psiquiátrico.

Siempre evalúe para riesgo psiquiátrico, incluyendo pensamientos de suicidio y autoagresión, planes y/o intentos. Hasta la mitad de las muertes relacionadas a TCA son debido a suicidio.

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

Es importante tener en cuenta que la resolución completa de los síntomas puede tomar un período prolongado de tratamiento. Los síntomas psicológicos pueden aumentar transitoriamente al inicio del tratamiento y con la mejoría en la salud física. Reconozca que los TCAs no son modas, fases o elecciones de estilos de vida. Son trastornos hereditarios de base biológica. La gente no escoge tener TCAs y pueden recuperarse por completo de ellos.

La estabilización médica, la rehabilitación nutricional para alcanzar la restauración del peso, el manejo de la realimentación y sus posibles complicaciones, y la interrupción de conductas purgativas/compensatorias deben ser los objetivos inmediatos de tratamiento para todos los pacientes con TCAs. Otros objetivos psicológicos y otros objetivos terapéuticos adicionales podrán abordarse en paralelo cuando sea apropiado.

ESTABILIZACION MEDICA—*COMO SE PRESENTO ANTERIORMENTE*

- Manejo de comorbilidades y complicaciones médicas agudas y crónicas
- Incluye renicio de menstruaciones (cuando corresponda)

REHABILITACION NUTRICIONAL

- Restauración del peso
- Restaurar los patrones de alimentación que promueven la salud y las conexiones sociales

NORMALIZACION DE LOS COMPORTAMIENTOS ALIMENTARIOS

- Interrupción de alimentación restrictiva o en atracones y/o purgaciones
- Eliminación de las conductas alimentarias de riesgo o ritualistas

ESTABILIZACION PSICOSOCIAL

- Evaluación y tratamiento de cualquier diagnóstico psicológico comórbido
- Re-establecimiento de una participación social apropiada
- Mejoría en los síntomas psicológicos asociados a TCA
- Mejoría en la imagen corporal

MANEJO CONTINUO

Después de la estabilización inicial, el tratamiento continuo basado en la evidencia llevado a cabo por profesionales de la salud con experiencia en el cuidado de pacientes con TCA es esencial para la recuperación completa. El cuidado óptimo incluye un abordaje por un equipo multidisciplinario de especialistas en TCAs que incluya servicios médicos, psicológicos, nutricionales y psicofarmacológicos. Siempre que sea posible, las familias (por ejemplo, padres, cónyuges, parejas) deben ser incluidos en el tratamiento de TCA.

En los pacientes de bajo peso con TCA, la restauración de un peso apropiado, saludable mejorará significativamente el funcionamiento físico, psicológico, social y emocional. La falla para la restauración completa del peso se correlaciona con pobres resultados, y el mantenimiento de un peso saludable se correlaciona fuertemente con mejores resultados.

Sin embargo, para la recuperación total de un TCA, la sola restauración del peso no es suficiente para la recuperación completa. Es igualmente importante que la imagen corporal distorsionada y otros comportamientos/pensamientos de TCA, las comorbilidades psicológicas y cualquier impedimento social o funcional sean abordados por profesionales calificados durante el tratamiento de los pacientes con TCA.

APENDICE 1: Un ejemplo de una herramienta validada para el cribado de trastornos de la conducta alimentaria—La prueba SCOFF.* Otros instrumentos de cribado están disponibles.

- S** ¿Usted se provoca el vómito porque se siente muy llena? (**S**ick)
- C** ¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere? (**C**ontrol)
- O** ¿Ha perdido recientemente más de 6.35kgs o 14 libras en un período de tres meses? (**O**ne)
- F** ¿Cree que está gorda aunque los demás digan que está demasiado delgada? (**F**at)
- F** ¿Diría usted que la comida domina su vida? (**F**ood)

*Dos o más respuestas positivas en el SCOFF indica la posibilidad de un TCA y debe referirse a la brevedad para una evaluación posterior.

REFERENCIAS

- Garber AK, Sawyer SM, Golden NH, Guarda AS, Katzman DK, Kohn MR, Le Grange D, Madden S, Whitelaw M, Redgrave GW. (2016). A Systematic Review of Approaches to Refeeding in Patients with Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 49(3), 293-310.
 - Mond JM, Myers TC, Crosby RD, Hay PJ, Rodgers B, Morgan JF, Lacey JH, Mitchell JE. (2008). Screening for Eating Disorders in Primary Care: EDE-Q versus SCOFF. *Behaviour Research and Therapy*. 46, 612-622.
 - Sachs K, Andersen D, Sommer J, Winkelman A, Mehler PS. (2015). Avoiding Medical Complications During the Refeeding of Patients with Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*. 23(5), 411-421.
 - The Society for Adolescent Health and Medicine. (2015). Position Paper of the Society for Adolescent Health and Medicine: Medical Management of Restrictive Eating Disorders in Adolescents and Young Adults. *Journal of Adolescent Health*. 56(1), 121-125.
 - The Society for Adolescent Health and Medicine. (2014). Refeeding Hypophosphatemia in Hospitalized Adolescents with Anorexia Nervosa: A Position Statement of the Society for Adolescent Health and Medicine. *Journal of Adolescent Health*. 55(3), 455-457.
-

Para más referencias e información acerca del diagnóstico y tratamiento de TCAs, visite: www.aedweb.org

Traducido (doble vía) por: Eva Trujillo, MD, FAED, CEDS, FAAP
Fiaedp y Equipo Comenzar de Nuevo AC



ACERCA DE LA ACADEMY FOR EATING DISORDERS (AED):

La AED es una asociación global profesional multidisciplinaria comprometida con el liderazgo en la promoción de la investigación, educación, tratamiento y prevención de los TCAs

La AED provee educación y entrenamiento profesional de vanguardia, inspira nuevos desarrollos en el campo de los TCAs y es el recurso internacional para la información de avanzada en los TCAs.

UNETE A LA AED: Conviértete en miembro de nuestra comunidad global dedicada a la investigación, tratamiento, educación y prevención de los TCAs. Inscríbete en línea en: www.aedweb.org



11130 Sunrise Valley Drive | Suite 350
Reston, VA 20191 | USA

Tel: +1 703 234 4079 | Fax: +1 703 435 4390
www.aedweb.org | info@aedweb.org