



**Caja Costarricense de
Seguro Social
(CCSS)**

**Centro de Desarrollo Estratégico e
Información en Salud y Seguridad
Social
(CENDEISSS)**

**Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado
(SEP)**

**Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado de Especialidades Médicas
Posgrado en Psiquiatría**

**Propuesta de protocolo investigativo: Análisis de manejo clínico
interdisciplinario realizado en pacientes con diagnóstico de Anorexia
Nerviosa, atendidos a nivel de consulta externa y hospitalización del
Hospital Nacional Psiquiátrico entre Enero del 2008 y Abril del 2013**

Investigadora principal: Dra. Alejandra López Porras

Tutora Académica: Dra. Karina Fallas Teme

Tutor Institucional: Dr. Rodolfo Salazar Fonseca

Enero 2014

TABLA DE CONTENIDOS

CARTA DE APROBACIÓN.....	III
ÍNDICE GENERAL.....	IV
ÍNDICE DE CUADROS.....	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	IX
ÍNDICE DE TABLAS Y ANEXOS.....	X
ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....	XI



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO
Tel: 2232-3483 Fax: 2232-3001
Email: luribelopez@yahoo.com

**FORMULARIO COM-II
CARTA APROBACION DE INVESTIGACION**

19-11-2013
DG 3308-2013

Doctora
Alejandra López Porras
Investigadora

Estimada doctora:

Asunto: Aprobación del Protocolo de Investigación "Análisis de manejo clínico interdisciplinario realizado en pacientes con diagnóstico de Anorexia Nerviosa, atendidos a nivel de consulta externa y hospitalización del Hospital Nacional Psiquiátrico entre Enero del 2008 y Abril del 2013".

De conformidad con lo establecido por el "**Normativa para la aprobación de estudios observacionales en los centros asistenciales de la CCSS**" el Comité Local de Bioética en Investigación de este Centro ha revisado su propuesta de investigación y considera que esta cumple con los requisitos éticos y académicos, por tanto, no posee impedimento alguno para iniciarse, por lo cual esta Dirección General procede a aprobar su desarrollo.

Número de protocolo asignado: CLOBI 003-2013
Número de sesión en que se aprobó este estudio: 13-2013
Fecha de sesión en que se aprobó este estudio: 14 de noviembre de 2013
Nombre del investigador principal: Alejandra Lopez Porras
Nombre del centro donde se realizará la investigación: Hospital Nacional Psiquiátrico
Esta recomendación es válida hasta: 18-11-2014
Nombre de los miembros del CLOBI que participaron en el análisis de este estudio: Dra. Gloria Salazar Monge, MSc. Carlos Sandoval Chacón y Dr. Javier Vargas Brenes.

A la vez le recuerdo, la obligatoriedad de enviar un informe trimestral mientras se desarrolle la investigación, en el **Formulario INF-I Presentación de Informes**. Este informe debe ser presentado al CLOBI el primer viernes de los meses enero, abril, julio y octubre, independientemente de la fecha de inicio del estudio y constituye un factor condicionante para la continuación del mismo. Asimismo, al concluir la investigación debe adjuntar un informe final en el **Formulario RES-II Presentación de Resultados (Observacional)**. Estos formularios están disponibles en www.cendei.ssa.cr, vínculo Bioética.

Igualmente se le advierte sobre la discreción y ética en el manejo de la información obtenida en el estudio y el deber de cumplir las condiciones que versaron para su aprobación.

Atentamente,


Dra. Lilia Uribe López
Directora General



Cc. Dr. Álvaro Hernández Villalobos, Jefe de Servicios Médicos y de Rehabilitación.
Dr. Rigoberto Castro Rojas, Jefe de Servicio de Consulta Externa
Dr. Rodolfo Salazar Fonseca, Tutor Institucional.
Dr. Javier Vargas Brenes, Coordinador del Comité Local de Bioética en Investigación.
Dr. Jorge Villalobos Alpizar, Coordinador Subárea Bioética en Investigación.

FORMULARIO COM-II
Revisado 10/01/2011

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
 CAPÍTULO 1.	
1.1 Antecedentes Internacionales.....	3
1.2 Antecedentes Nacionales.....	8
1.3 Antecedentes locales.....	10
1.4 Justificación.....	14
1.5 Pregunta de investigación.....	15
1.6 Objetivo general.....	15
1.7 Objetivo específico.....	15
 CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTE HISTÓRICO DE LA ANOREXIA NERVIOSA.....	17
2.2 DIAGNÓSTICO DE ANOREXIA NERVIOSA.....	19
2.3 EPIDEMIOLOGÍA DE ANOREXIA NERVIOSA.....	24
2.4 ETIOLOGÍA.....	26
2.5 DETECCIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	28
2.6 COMPLICACIONES FÍSICAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA.....	28
- ALTERACIONES DERMATOLÓGICAS.....	28
- ALTERACIONES GASTROINTESTINALES.....	29
- ALTERACIONES METABÓLICAS.....	30
- ALTERACIONES CARDIOVASCULARES.....	31
- ALTERACIONES ENDOCRINAS.....	31
- ALTERACIONES ÓSEAS.....	32
- OTRAS ALTERACIONES.....	32
2.7 RECOMENDACIONES EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ANOREXIA NERVOSA.....	33
- ASPECTOS INICIALES.....	33
- HISTORÍA CLÍNICA.....	35

- VALORACIÓN FÍSICA.....	37
- FORMULACIÓN DEL PLAN DE MANEJO.....	39
- REHABILITACION NUTRICIONAL Y DEL PESO	39
- INTERVENCIONE PSICOSOCIALES	42
a) PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	43
b) PSICOTERAPIA FAMILIAR	44
c) ABORDAJE GRUPAL.....	45
d) OTRAS TERAPIAS.....	46
e) PROGRAMA INTRAHOSPITALARIO Y DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL	46
f) TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	48

CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	53
3.2 UNIDAD DE ANÁLISIS	53
3.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO	53
3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	54
3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	54
3.6 DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA	55
3.7 TÉCNICA DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	57

CAPÍTULO 4. PLAN DE TRABAJO

4.1 DURACIÓN Y CRONOGRAMA DEL ESTUDIO.....	58
4.2 PRUEBAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS.....	59

CAPÍTULO 5. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS DEL ESTUDIO.....

CAPÍTULO 6. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....

6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	61
6.2 DATOS DE LA FAMILIA.....	64
6.3 ANTECEDENTES PERSONALES.....	67

6.4 CARACTERÍSTICA CLÍNICAS.....	70
6.5 HÁBITOS ALIMENTARIOS.....	72
6.6 CONDUCTAS IMPULSIVAS.....	74
6.7 PATOLOGÍA MÉDICA CONCOMITANTE.....	75
6.8 DIAGNÓSTICO Y SUBTIPOS DE ANOREXIA NERVIOSA.....	80
6.9 COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS.....	81
6.10 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.....	84
6.11 INTERVENCIÓN MEDIANTE INTERCONSULTAS.....	88
6.12 SERVICIOS DE MANEJO A NIVEL INTRAHOSPITALARIO.....	90
6.13 ABORDAJE FARMACOLÓGICO.....	95
6.14 ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO.....	97
6.15 ABORDAJE NUTRICIONAL.....	98
6.16 INTERVENCIONES PSICOSOCIALES.....	100
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES.....	102
CAPÍTULO 8. ANEXOS	106
BIBLIOGRAFÍA.....	114

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Grado académico en la población de pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	63
Cuadro 2. Estado civil de los padres de pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	64
Cuadro 3. Posición entre los hermanos que ocupan las pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	65
Cuadro 4. Antecedentes de otros trastornos mentales en familiares de primer grado de pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	67
Cuadro 5. Subtipos de agresión presentes en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	68
Cuadro 6. Índices de Masa Corporal según primera consulta con nutrición en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.	70
Cuadro 7. Peso deseado en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	71
Cuadro 8. Alteraciones cardiovasculares en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	76
Cuadro 9. Alteraciones metabólicas en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	76
Cuadro 10. Alteraciones gastrointestinales en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	77
Cuadro 11. Alteraciones neurológicas en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	77
Cuadro 12. Alteraciones endocrinológicas en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	78
Cuadro 13. Alteraciones bucodentales en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	79
Cuadro 14. Alteraciones dermatológicas en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	79

Cuadro 15. Otras alteraciones menos frecuentes en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	80
Cuadro 16. Pruebas complementarias realizadas a pacientes con AN atendidas a nivel del H. N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	84
Cuadro 17. Solicitud de interconsultas en pacientes con AN atendidas a nivel del H. N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	89
Cuadro 18. Distribución de paciente con AN según servicio de intervención, atendidas a nivel del H. N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	90
Cuadro 19. Abordaje farmacológico en pacientes con AN atendidas a nivel del H. N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	96
Cuadro 20 . Abordaje Psicológico en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	97
Cuadro 21 . Abordaje Nutricional en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	98
Cuadro 22 . Abordaje Psicosocial en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	100

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de las pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013 según provincias de origen.....	62
Gráfico 2. Distribución de las pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013 según grado de maternidad.....	62
Gráfico 3. Distribución de las pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013 según rendimiento académico.....	63
Gráfico 4. Gráfico 4. Antecedente de TA y Obesidad en familiares de primer grado de pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013	66
Gráfico 5. Distribución de las pacientes víctimas de agresión con diagnóstico concomitante de AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	67
Gráfico 6. Antecedente de sobrepeso en pacientes con diagnóstico concomitante de AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	69
Gráfico 7. Antecedente en realización de dietas previo al inicio del trastorno en pacientes con diagnóstico de AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	69
Gráfico 8. Presencia de hábitos alimentarios restrictivos en pacientes con diagnóstico de AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	72
Gráfico 9. Presencia de conductas compensatorias en pacientes con diagnóstico de AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	73
Gráfico 10. Presencia de uso de sustancias en pacientes con diagnóstico de AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	74
Gráfico 11. Distribución según subtipo de AN en pacientes atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013	81
Gráfico 12. Presencia de comorbilidad con trastornos afectivo en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	82
Gráfico 13. Presencia de comorbilidad con T.O.C en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	83
Gráfico 14. Uso de Sonda nasogástrica en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.....	99

ÍNDICE DE TABLAS Y ANEXOS

Tabla1. Laboratorios recomendados en el abordaje de AN.....	86
Tabla 2. Criterios de hospitalización en pacientes con AN.....	93
Anexo 1: Instrumento de recopilación de datos (cuestionario)	106
Anexo 2. Instrumento para recopilación de datos y abordaje en AN.....	110

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- AED:** Academia para los trastornos de conducta alimentaria
- ALT:** Alanino transferasa
- AN:** Anorexia Nerviosa
- APA:** Asociación Americana de Psiquiatría
- AST:** Aspartato amino transferasa
- BUN:** Nitrógeno ureico
- CCSS:** Caja Costarricense del Seguro Social
- CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades
- CPK:** Creatinin fosfoquinasa
- DM:** Diabetes Mellitus
- DSM:** Manual de diagnóstico y estadística para los trastornos mentales de la Academia Americana de Psiquiatría
- ECG:** Electrocardiograma
- EEG:** Electroencefalograma
- EGO:** Examen general de orina
- FA:** Fosfatasa alcalina
- FSH:** Hormona folículo estimulante
- HCG:** Gonadotropina coriónica humana
- HNP:** Hospital Nacional Psiquiátrico
- IMC:** Índice de masa corporal
- LH:** Hormona luteinizante
- NICE:** National Institute of Clinical Excellency
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- PFH:** Pruebas de función hepática
- PFR:** Pruebas de función renales
- PFT:** Pruebas de función tiroideas
- RX:** Radiografía
- SNG:** Sonda Nasogástrica

TAC: Tomografía axial computarizada

TANE: Trastorno de Alimentación no especificado

TCA: Trastornos de conducta alimentaria

TOC: Trastorno obsesivo compulsivo

TSH: Hormona estimulante tiroidea

VES: Velocidad de eritro sedimentación

INTRODUCCIÓN

La Anorexia Nervosa es un trastorno psiquiátrico potencialmente mortal, que como describe el Dr. Walsh : “ Ha sido notablemente persistente a través de los siglos en las personas que desarrollan el trastorno”.

En general se caracteriza por miedo intenso a ganar peso, distorsión de la imagen corporal y alteración en el patrón de alimentación. El paciente tarda tiempo en reconocer que ha perdido el control sobre su alimentación y tiene mucha dificultad para pedir ayuda, por este motivo es la familia la cual reconoce en primera instancia que existe un problema.

En Costa Rica los trastornos de conducta alimentaria, incluidos en estos la Anorexia Nerviosa ocupan mayor número de consultas a nivel de atención primaria, secundaria y terciaria. Sin embargo, a diferencia de otros países con mayor índice de desarrollo, no se cuenta con datos estadísticos que resalten la importancia del problema.

Una limitante a nivel nacional es que se carece de unidades especializadas en el manejo de esta patología. Razón por la cual se da que la atención en estos pacientes cuando el diagnóstico se hace previo a los 18 años, sea direccionada a los servicios de psiquiatría- infantojuvenil, ubicados exclusivamente en la capital, con el consecuente problema de acceso que esto significa para los pacientes residentes en el área rural.

Cuando el inicio de la enfermedad se da en la edad adulta, o los pacientes diagnosticados durante la adolescencia alcanzan la mayoría de edad, su atención se deriva a las consultas externas en psiquiatría y en casos severos a unidades de hospitalización en servicios de salud mental o en medicina interna.

Durante mi residencia en psiquiatría tuve la oportunidad de comenzar a trabajar

con esta población y me encontré con dos faltantes significativas: no hay protocolización en el manejo a nivel nacional, ni infraestructura adecuada para la atención de los trastornos de conducta alimentaria.

Pretendo con este trabajo realizar un análisis del abordaje interdisciplinario a nivel del Hospital Nacional Psiquiátrico, en pacientes con Anorexia Nerviosa que se hayan atendido durante los últimos 5 años. Esto con el fin de elaborar recomendaciones que puedan seguir los profesionales en salud que se plantean el reto de atender a esta población.

Capítulo 1. Antecedentes, Justificación, Pregunta de investigación y Objetivos

1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Ante el aumento en el diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés), emitió en el año 2006 su tercera edición de la guía clínica para el manejo de TCA. Esta guía se realizó posterior a una revisión extensa de la literatura en idioma inglés publicada sobre trastornos de conducta alimentaria, entre 1998 y al año 2004. Utiliza 3 categorías para codificar sus recomendaciones, siendo [I] para recomendación con bastante evidencia sustancial, [II] para recomendación con moderada evidencia sustancial y [I] para recomendación dependiendo de las circunstancias individuales. (Jager Yoel, Devlin Michael, Hamli Katherine, Herzog David, Mitchell James, Powers Pauline, Zerbe Kathryn, 2006)

La guía APA se basa en un manejo psiquiátrico inicial que parte del establecimiento de una relación terapéutica adecuada entre el paciente y la familia. Después de la evaluación inicial, sigue un modelo de manejo multidisciplinario del cual forman parte distintas especialidades como psicología, otros médicos, trabajo social, odontología y nutrición. Cada profesional cuenta con un rol en el plan de acción establecido. (Jager Y y col, 2006)

Se establece que la valoración inicial y recolección de historia clínica debe ser un proceso extenso, en donde se valoran parámetros físicos como historial de peso y talla, se identifica la existencia de conductas restrictivas o purgativas, el patrón de realización de ejercicio y la actitud del paciente en relación a su peso e imagen, la historia personal y familiar de otras psicopatologías, los antecedentes de trastornos de conducta alimentaria y obesidad o posibles estresores familiares presentes, que estén influyendo con la psicopatología actual. (Jager Y y col, 2006)

Como parte de la primera evaluación se recalca la importancia de un examen físico adecuado y el monitoreo de complicaciones médicas, de encontrarse alguna complicación, la compensación de esta debe ser prioritaria. También es importante determinar la salud mental de los pacientes y si existe un posible riesgo suicida. (Jager Y y col, 2006)

Tanto para pacientes menores como para adultos, las guías establecen la importancia de involucrar a la familia en el tratamiento o de ser el caso a la pareja del paciente en cuestión.

Para iniciar el abordaje se proponen 3 escenarios: ingresos para tratamiento intensivo, que dependiendo de las complicaciones médicas se podrían dar en hospitales generales o en unidades de psiquiatría, y en casos menos severos hospitalizaciones parciales o inclusive manejos ambulatorios. Una vez establecido el escenario terapéutico, las opciones propuesta por APA para el tratamiento son inicialmente: la rehabilitación nutricional, seguido de intervenciones psicosociales y en caso de ser necesario tratamiento farmacológico. (Jager Y y col, 2006)

En Agosto del 2012 la APA publicó una revisión de estas guías con el objetivo de incluir toda la evidencia e investigación que se había venido dando desde entonces. Se incluyeron investigaciones realizadas desde el 2003 a Diciembre del 2011. (Yager Joel, Devlin Michael, Hamli Katherine, Herzog David, Mitchell James, Powers Pauline, Zerbe Kathryn, 2012)

Dentro de las publicaciones recientes que se incluyeron, se encuentran revisiones sistemáticas de la Agencia para la Investigación y Calidad (Berkman y col 2006; Bulik y col. 2007), las guías de práctica clínica emitidas por el departamento de Sanidad y Consumo catalán (Guía de buenas prácticas en los TCA, 2009), Guías de la Federación Mundial de Sociedades en Psiquiatría

Biológica (Aigner y col 2011), Guía de La Sociedad Alemana de Medicina Psicosomática y Psicoterapia y el Colegio Alemán de Medicina Psicosomática (Herpertz y col 2011) y las guías emitidas en el 2011 por la Academia para los trastornos de conducta alimentaria (AED según sus siglas en inglés).

Las opiniones, recomendaciones y conclusiones de esta revisión fueron consistentes con lo ya propuesto desde el 2006.

En Europa el Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE según sus siglas en inglés), en conjunto con el Centro Nacional de Colaboración en Salud Mental (NCCMH según sus siglas en inglés) y el Colegio Real de Psiquiatría Británico, publicaron en el año 2004 su guía para el manejo de TCA.

Las guías NICE tienen como propósito emitir recomendaciones en torno a como identificar, dar tratamiento y proporcionar manejo clínico en general para población con diagnóstico de TCA mayor a los 8 año de edad.

Las recomendaciones las clasifican en una escala de A a C, lo cual se relaciona con el nivel de evidencia encontrado. La clasificación [A] es para la presencia de al menos un estudio controlado randomizado y amplia literatura consistente y de buena calidad, [B] incluye estudios clínicos bien conducidos y [C] se utiliza para criterios omitidos mediante opinión de expertos y reportes de comités. (National Collaborating Centre of Mental health, 2004)

La guía NICE propone para el plan de tratamiento apropiado en pacientes con Anorexia Nerviosa, que se determine inicialmente el enfoque según el escenario en donde se realizará el abordaje y a partir de este, da recomendaciones acerca de manejo psicológico y manejo físico de los pacientes.

Se recomienda de ser posible que el escenario de abordaje sea ambulatorio, por un período mínimo de 6 meses, en donde se da monitoreo de los pacientes y se

utilizan intervenciones psicológicas diversas como lo serían la terapia conductual, terapia cognitiva analítica, terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal, terapia de familia y terapia psicodinámica. (National Collaborating Centre of Mental health, 2004)

En los casos en los cuales se detecta poco avance con los seguimientos ambulatorios, se recomienda combinar terapia individual con la terapia familiar o pasar el tratamiento a escenarios de manejo parcialmente ambulatorio, para lo cual proponen programas de cuidado diario. Cuando la única opción es el manejo intrahospitalario; plantean un programa estructurado en el manejo de los síntomas, el cual tiene como objetivo la restauración del peso, y mantiene monitoreados a los pacientes por los posibles riesgos físicos secundarios a desnutrición y a síndrome de realimentación. (National Collaborating Centre of Mental health, 2004)

Las intervenciones psicológicas que se recomiendan en escenarios intrahospitalarios después de que el paciente haya restaurado su peso, serían la terapia cognitivo conductual, la terapia familiar, la terapia de soporte y la terapia de consultoría nutricional. Otras terapias que también se han descrito de ayuda, son la desensibilización sistemática, relajación y entrenamiento en habilidades sociales. (National Collaborating Centre of Mental health, 2004)

Como seguimiento posterior al egreso, se establece que el control debe ir enfocado en las conductas alimentarias y aceptación de la imagen corporal. Se debe de dar seguimiento a riesgos psicosociales o conductas que puedan predisponer a recaídas, el control debe de extenderse por 12 meses como mínimo. (National Collaborating Centre of Mental health, 2004)

En otros escenarios europeos como en España, se encuentra la guía de práctica clínica sobre trastornos de conducta alimentaria, esta fue emitida en el 2009 por el sistema nacional de salud y elaboradas por un grupo de expertos españoles

en el manejo de TCA, cuenta con el aval de asociaciones de pacientes y sociedades científicas implicadas en la atención de personas con esta patología.

En el sistema español a nivel de atención primaria, se identifica a personas con riesgo, esto con el fin de establecer un diagnóstico precoz, intervenir con la familia y controlar las complicaciones médicas. (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre TCA, 2009)

Cuando los pacientes son derivados a el segundo o tercer nivel de atención, la asistencia se presta a través del recurso de hospitalización, consultas ambulatorias, hospitales de día para hospitalización parcial, urgencias, unidades de hospitales generales y unidades para pacientes con características especiales como trastornos de personalidad o toxicomanías asociadas. (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre TCA, 2009)

La primera valoración suele ser ambulatoria, luego de completar la anamnesis y corroborar diagnóstico, se establece un plan de intervención individual que consta de : a) definición del problemas según el diagnóstico y áreas perturbadas, b) formulación de los objetivos psicoterapéuticos, c) elección del tratamiento entre terapias psicológicas, tratamientos farmacológicos, medidas médicas e intervenciones sociales, y d) plazos para la evaluación terapéutica. (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre TCA, 2009)

En estos programas el grado de deterioro nutricional, junto a la presencia o no de complicaciones, determinan la selección del método y escenario para el seguimiento nutricional. Otros recursos a disposición son lo que se conocen como grupos de ayuda mutua, conformados por personas que se reúnen de manera voluntaria para ayudarse mutuamente. Hay centros de día que acogen a pacientes con TCA de larga evolución y se enfocan en rehabilitación, otra opción son los pisos terapéuticos, en los cuales se trabaja la reinserción social. (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre TCA, 2009)

1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

A nivel nacional aún no se cuenta con una guía protocolizada para el manejo de TCA.

Existen pocas publicaciones en relación al tema de los TCA, dentro de las revisiones encontradas resalta una realizada por el equipo del Hospital Nacional de Niños: “ Anorexia y bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de una Clínica de Adolescentes” (Morales Alberto, Ramírez, Walter, Ureña María Elena, Sevilla Angela, Umaña Pamela, Chaves Rocío, 2002). En donde el modelo de intervención planteado enfatiza sobre el abordaje interdisciplinario y de la necesidad de complementar la intervención con opciones adecuadas para el internamiento.

En el estudio a nivel de la caracterización de la población estudiada se encontraron aspectos relevantes como la existencia de dinámica familiar disfuncional donde sobresale conflictos a nivel del subsistema parental, adolescentes con rendimiento escolar alto previo a la enfermedad, síntomas ansiosos y preocupación por la imagen corporal desde la infancia, como antecedentes pre mórbidos. Además lograron determinar una asociación significativa de la enfermedad con trastornos afectivos, trastornos ansiosos y con conductas de riesgo en los adolescentes. Las alteraciones médicas más frecuentemente encontrados a través de exámenes de laboratorio fueron: anemia, enfermedad eutiroidea, alteraciones del sodio y de las gonadotropinas hipofisarias. (Morales y col, 2002)

En el año 2006 la Dra. Ana Schapiro realizó la primera revisión de expedientes en pacientes ingresados en el HNP con diagnóstico de TCA. Posterior a esto realizó una publicación en la Revista Costarricense de Psicología: “ Importancia del Abordaje Diagnóstico en Pacientes con Trastorno de Conducta Alimentaria”. (Schapiro A, 2006). La muestra obtenida fue de 49 pacientes de los cuales el

99,5% eran mujeres con edad promedio de 17 años, provenientes del valle central principalmente Desamparados y Alajuelita, con grupo familiar constituido en un 40% por ambos padres y en un 27,7% solo por la madre, la mayoría cursaban secundaria. Este trabajo se enfocaba en los métodos diagnósticos y de detección.

En la publicación se resaltan puntos clave a tomar en cuenta durante la entrevista psiquiátrica inicial; entre ellos está el establecimiento de una relación terapéutica empática, motivación al paciente, conocer sobre el inicio del trastorno y sus detonantes, examinar el estado físico y las complicaciones que haya sufrido el paciente por su padecimiento. (Schapiro A, 2006).

La autora también determina como datos importantes a incluir en la historia clínica: los métodos utilizados para perder peso, el patrón de restricciones en la comida, la historia menstrual, comorbilidad con otras patologías, historia psicosocial, desarrollo psicosexual y laboral, tipo de relaciones interpersonales, la autoimagen, distorsiones en el pensamiento, repercusión social del trastorno, actitud hacia la comida y hacia el peso, presencia de comportamientos compulsivos, hiperactividad, rituales, descontrol de impulsos en otras áreas (sexual, drogas, cleptomanía), grado de conciencia de la enfermedad y la actitud de la familia hacia esta. (Schapiro A, 2006)

1.3 ANTECEDENTES LOCALES

En el hospital Nacional Psiquiátrico (H.N.P) se han realizado tres tesis de investigación relacionadas con el tema de TCA.

La primera en el 2005 elaborada por el Dr. Miguel Cuadra Goyenaga: “Características demográficas y clínicas de las adolescentes internadas por Anorexia Nerviosa en el Hospital Nacional Psiquiátrico entre 1997 y 2003 “. (Cuadra M, 2005). Esta incluía población femenina ingresada durante ese periodo en el HNP y que al momento del egresó tuviera diagnóstico de anorexia nerviosa según los criterios de DSM IV, la muestra analizada fue de 31 pacientes.

Este trabajo de graduación identificó en el periodo de estudio un perfil en la población caracterizado por jóvenes de género femenino, con una edad promedio de 13 años, las cuales provenían de estratos sociales medios a altos, con infrecuente relación al consumo de tóxicos o abuso sexual, la mayoría cursando secundaria, con rasgos obsesivos de personalidad, timidez, tendencia al aislamiento, grupo de pares reducido, relación fusionada con al figura materna e importante influenciabilidad por parte de los jóvenes que las rodean. (Cuadra M, 2005)

Dentro de las conclusiones de esta revisión, se determinó que el perfil de la adolescente con diagnóstico de anorexia en la población analizada no difería del descrito por la literatura internacional, pero ante el número limitado de muestra estos hallazgos no podían ser extrapolados a la población nacional en general.

El Dr. Oscar barquero elaboró la segunda tesis en el 2007: “ Frecuencia de aparición y correlación entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos depresivos ansiosos entre las mujeres de 10 a 25 años atendidas en el servicio de nutrición de la consulta externa del Hospital Nacional Psiquiátrico

en el año 2007". (Barquero O, 2007)

La muestra para este estudio se captó mediante referencias elaboradas por el personal de nutrición de la consulta externa. A las pacientes se les citaba en compañía de sus padres a una entrevista inicial y posterior a obtener consentimiento informado y asentimiento, se realizaban entrevistas grupales en donde se tomaban datos antropométricos y se entregaban a las pacientes para su realización distintas escalas auto aplicables en el siguiente orden: Eating Attitude Test, Bulimia Investigatory Test of Edimburg, Escala de Evaluación de la imagen corporal de Gardner y la escala de detección de trastornos de ansiedad generalizada de Carrol y Davidson. Luego el entrevistador procedía a aplicar las escalas heteraplicables, iniciando con el cuestionario para anorexia nerviosa, escala de Hamilton para la depresión y escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner. (Barquero O, 2007)

El estudio demostró que la población analizada con TCA atendida en la consulta externa del HNP, mantenía características clínicas similares a las halladas en países como España, Estados Unidos, México e Inglaterra; tales como la edad de presentación, la presencia de distorsión en imagen corporal y la comorbilidad con Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Depresivo mayor. (Barquero O, 2007).

Se concluyó con esta investigación que a nivel de la consulta externa de Nutrición del HNP para el año 2007, el diagnóstico más frecuente dentro de los TCA era el de Trastorno de Alimentación no especificado (TANE) y que existía comorbilidad de TCA con la Depresión Mayor y el Trastorno de Ansiedad Generalizada. (Barquero O, 2007)

En Marzo del presente año la Dra. Gabriela Zuñiga Tortós publicó la tercera y más reciente tesis de graduación: "Anorexia Nerviosa: Etiología, Manifestaciones Clínicas, Abordaje Diagnóstico, Modalidades Terapéuticas y Tratamiento

farmacológico, psiquiatría basada en la evidencia” (Zúñiga G, 2013). Este trabajo consistió en una revisión extensa de la literatura relacionada con Anorexia Nerviosa, publicada durante los últimos 7 años.

Dentro de lo más destacable de este trabajo, es que se logró emitir las primeras recomendaciones aplicables a nuestro medio en el manejo de pacientes con diagnóstico de Anorexia Nerviosa.

La doctora Zuñiga concluye que: “Se debe de elaborar un plan de tratamiento individualizado para el manejo de cada paciente, el cual sea ejecutado por un equipo especializado en abordaje de TCA y que tenga como objetivo generar una visión integral del paciente y su familia, confirmar el diagnóstico y evaluar el riesgo, así como crear un vínculo de confianza con el paciente, promoviendo el conocimiento de la enfermedad y manteniendo la motivación al tratamiento, con el fin de prevenir recaídas ”. (Zúñiga G, 2013 pág 202-204)

1.4 JUSTIFICACIÓN

La Anorexia Nervosa, tiene gran relevancia a nivel de salud mental, ya que se caracteriza por ser una patología de etiología multifactorial, con alta complejidad en su manejo, dificultad a la hora de diagnosticar, necesidad de intervención interdisciplinaria en su abordaje y posible mortalidad si no se logra un manejo adecuado. Las secuelas físicas, psicológicas y sociales afectan no solo a los pacientes, sino también a sus familias y entorno.

En Costa Rica no existe hasta el momento un protocolo de manejo para pacientes con TCA, tampoco contamos con estadísticas representativas del problema a nivel nacional que reflejen la realidad costarricense de pacientes con AN.

Con esta investigación se pretende inicialmente realizar una revisión del manejo que se ha venido dando en los pacientes con diagnóstico de AN durante los últimos 5 años a nivel del HNP, centro pionero en la atención de la patología mental.

El propósito de la revisión propuesta es analizar si las decisiones clínicas e intervenciones terapéuticas que se han venido dando en este grupo de pacientes; son adecuadas, eficientes, seguras y se ajustan según los recursos del sistema de salud, a los protocolos de manejo propuestos por las guías internacionales basadas en la evidencia. Todo lo anterior con la finalidad de emitir recomendaciones, que sirvan de guía para el abordaje futuro de la Anorexia Nerviosa.

1.5 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el manejo clínico interdisciplinario en pacientes con diagnóstico de Anorexia Nerviosa, atendidos por en el Hospital Nacional Psiquiátrico de manera ambulatoria o intrahospitalaria, durante los últimos 5 años?

1.6 OBJETIVO GENERAL

Analizar el manejo interdisciplinario que se ha realizado en pacientes diagnosticados con Anorexia Nerviosa, atendidos a nivel ambulatorio e intrahospitalario en el Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el periodo comprendido entre Enero del 2008 y Abril del 2013

1.7 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir y comparar los criterios para manejo intrahospitalario del H.N.P. con los propuestos por las guías internacionales norteamericanas, británicas y españolas.
- Describir el abordaje psicoterapéutico del paciente y su entorno, tanto a nivel ambulatorio como intrahospitalario.
- Describir y analizar el manejo farmacológico que se realiza en la realidad institucional actual con lo propuesto por las guías internacionales norteamericanas, británicas y españolas.
- Determinar cuales son las pautas de manejo nutricional que se llevan a cabo en esta población a nivel ambulatorio e intrahospitalario.

- Describir y comparar la batería de exámenes de laboratorios y gabinete que se realizan a pacientes con AN en el HNP con los propuestos en las guías internacionales antes citadas.
- Describir las comorbilidades que se encuentran en la población anoréxica estudiada.
- Determinar si el sistema de salud nacional dispone de adecuadas herramientas para el seguimiento ambulatorio de la población en estudio.

CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTE HISTÓRICO DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Contrario a lo que suele pensarse, los trastornos de la conducta alimentaria no son patologías propias de los últimos años. Existen semejanzas entre religiosas medievales y espectáculos circenses.

Uno de los primeros casos registrados es el de la santa Wilgefortis, séptima hija del Rey de Portugal, la cual a fin de preservar su cuerpo para Dios se sometió a un ayuno extenso y murió crucificada entre el 700 y 1000 A.C. (Rimbault G, Eliacheff C. 1991)

Con la llegada del cristianismo durante la edad media, el ayuno se institucionaliza como una práctica recurrente en occidente, surgen nombres como el de Catalina de Siena, monja Dominicana que como símbolo de su pasión religiosa, pasaba periodos de abstinencia alimentaria en donde solo ingería sorbos de agua. (Rimbault G, Eliacheff C. 1991)

Hacia el siglo XVI la anorexia sale de los conventos y comienza a ser adoptada como práctica cotidiana por las llamadas “ doncellas milagrosas”, las cuales eran jóvenes de estratos económicos bajos, estas realizaban ayunos considerados “milagrosos” y con connotación religiosa, despertando curiosidad en el público el cual les otorgaba dádivas. (De la serna de Pedro I, 1998)

La veneración de la delgadez se convirtió en un espectáculo y ya para el siglo XVIII y XIX en las ferias de circo se presentaban “Los artistas del hambre o esqueletos vivientes”, encerrados en jaulas, expuestos a la vista del público, estos permanecían encerrados sin ingerir alimentos y al final eran liberados y como celebración se les servía un gran banquete. (De la serna de Pedro I, 1998)

Para finales del siglo XIX y principios del siglo XX se dan las primeras descripciones clínicas de la anorexia, ya despojada de componentes mágicos y religiosos.

La primera descripción clínica de Anorexia se le atribuye a un médico Inglés llamado Richard Morton en 1694, este escribió un tratado sobre enfermedades consumptivas, en el cual describe el caso de St. Mary Axe, una joven con una pasión exagerada por el estudio, a tal magnitud que le provocaba gran euforia y se sentía tan llena como para no comer, a este fenómeno Morton lo llamó *consumption nervosa*: disminución del apetito, emaciación, amenorrea, aversión a la comida e hiperactividad que se da en mujeres jóvenes. (Pearce J, Richard M, 2004)

En 1873 el médico Francés Charles Lasegue describió clínicamente una enfermedad relacionada con el apetito y la ubico dentro del terreno de la histeria: “ L’Anorexia Hysterique” (Anorexia histérica) y un año después en 1874 Sir William Gull, médico británico, describió un estado mental mórbido caracterizado por la disminución de apetito. Gull es el primero en utilizar el nombre de anorexia nerviosa, término que procede de la etimología griega y significa: “ pérdida de apetito originada por un estado nerviosa” (Gull WW, 1868)

Por su parte Sigmund Freud, conocido como padre del psicoanálisis, profundiza poco en la temática, relacionado a la Anorexia con Melancolía y depresión en función de un sentimiento autodestructivo, en donde la sexualidad no habría alcanzado un adecuado desarrollo, clasificándola como una “ neurosis nutricional”.

En sus escritos se haya la siguiente descripción: “ ... *el mayor traumatismo de la existencia se produce en la primera infancia cuando el niño debe reprimir las presiones amorosas que experimenta con respecto a sus padres. En efecto, el*

niño espera amor y recibe sopa y patatas. Esto no le llena el corazón sino el estómago, que está justo un poco más abajo. Los alimentos que se le dan se vuelven entonces los símbolos del amor de sus padres. Más tarde, cuando tenga una dificultad, una depresión, una pena, se volverá a enganchar a los alimentos que representan aún el amor de su madre en su inconsciente. A la vez es un símbolo y un sustituto. Sustituto porque produce una gratificación cercana a la del amor. Se dice que el amor pasa por el estómago". (Toro J, 2008)

Durante las primeras décadas del siglo XX de la mano de los cambios sociales que se dieron en esa época en torno a la figura femenina, sumado al surgimiento de las revistas de moda y al cambio en el ideal de belleza, el fenómeno se globalizó y se convirtió desde entonces en un problema de salud pública. (Toro J, 2008)

2.2 DIAGNÓSTICO DE ANOREXIA NERVIOSA

Desde 1968 con la aparición del DSM-II quedaron finalmente descritos por primera vez oficialmente los síntomas para Anorexia y Bulimia, los cuales han ido variando según la progresión de estos manuales y concomitantemente los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se han reconocido como un problema de salud mental pública, destinándosele en los países desarrollados fondos para investigación y realización de centros de atención especializados.

Resulta en ocasiones complejo, encasillar a los pacientes en una clasificación ya que en ocasiones los TCA se presentan como un continuum de sintomatología y no cumplen todos los criterios propuestos por los sistemas de clasificación internacionales, esto ha estado generando el aumento de los diagnósticos de TCA no especificados (TANE). Con la nueva clasificación publicada en este año por el Manual DSM-5 se pretende que los criterios para TCA nos sean tan

rígidos y se evite el subdiagnóstico de estos trastorno así como la clasificación no especificada.

Los criterios vigentes para el establecimiento del diagnóstico de TCA según el Manual de Clasificación DSM-5.

Esta clasificación incluye 3 criterios principales : (APA, 2013)

- A. restricción en el consumo energético, lo cual lleva a mantener un bajo peso significativo en el contexto de la edad, sexo, desarrollo y salud física. Bajo peso significativo se define como el menor de rango normal mínimo y en el caso de niños y adolescentes , menos del mínimo esperado.
- B. Miedo intenso de ganar peso o convertirse en obeso, o conductas persistentes que interfieren con la ganancia de peso.
- C. Alteración en la percepción de la imagen corporal o inconformidad con en peso según la autoevaluación del paciente, con falta persistente en el reconocimiento en torno a la seriedad de mantener un bajo peso.

Se debe de especificar los subtipos:

Tipo restrictivo: durante los últimos 3 meses, el individuo no ha presentado atracones o conductas purgativas (ej. Vómitos auto inducidos, mal uso de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe la presentación en la cual la pérdida de peso se da mediante dieta, ayuno o ejercicio excesivo) .

Tipo purgativo/ con atracones: durante los últimos 3 meses, el individuo ha presentado recurrentes episodios de atracones o purgas.

Se especifica:

En remisión parcial: después de que se cumplían totalmente los criterios para Anorexia, el criterio A se ha dejado de cumplir por un periodo sostenido de tiempo, pero aun se cumple el criterio B y/o el C.

En remisión total: después de que se cumplían totalmente los criterios para Anorexia, ninguno de los criterios se ha cumplido por un periodo sostenido de tiempo

Clasificación de severidad: Los niveles de severidad en adultos se clasifican según índice de masa corporal (IMC), en niños y adolescentes la clasificación se hace mediante los percentiles de IMC. Los rangos descritos se toman derivan de los descritos por la Organización Mundial de Salud (OMS), para la clasificación de delgadez en adultos. El nivel de severidad aumenta con la idea de reflejar la sintomatología clínica , el grado de disfuncionalidad y la necesidad de supervisión.

Leve : $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderado: $IMC 16-16.99 \text{ kg/m}^2$

Severo: $IMC 15-15.99 \text{ kg/m}^2$

Extremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

A nivel de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), se utiliza el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades, revisión CIE 10 el cual es publicado por la OMS.

Según los criterios de CIE 10, el diagnóstico de Anorexia Nerviosa se ha de realizar de forma estricta, porque es necesario que estén presentes todas las alteraciones siguientes: (CIE10, 1992)

A. Pérdida significativa de peso (IMC menor de 17,5) o falta de aumento de peso en los niños/as, que lleva a un peso corporal de al menos un 15% por debajo del peso normal esperado para la edad y la talla correspondiente.

B. La pérdida de peso es autoinducida mediante:

1. La evitación de alimentos “que engordan” y por uno o más de los siguientes síntomas:
2. Vómitos autoprovocados.
3. Purgas intestinales autoprovocadas.
4. Ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

C. Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal forma que el enfermo se impone un límite de peso corporal.

D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisogonadal, que en las mujeres se manifiesta por amenorrea y en los hombres por una pérdida de interés por la sexualidad y de la potencia sexuales (una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras anticonceptivas. También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retarda la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento: en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

Dentro del apartado denominado : ” Otros trastornos de la conducta alimentaria”, según CIE 10 se describe el diagnóstico de Anorexia nerviosa atípica.

Este término ha de utilizarse en aquellos casos en que falta una o más de las características principales de la anorexia nerviosa , como amenorrea o pérdida

significativa de peso pero que, por lo demás, presentan un cuadro clínico bastante característico. También pueden incluirse aquí enfermedades que tienen todos los síntomas importantes de la anorexia nerviosa pero en grado leve. Este término no puede utilizarse para trastornos de la conducta alimentaria que se parecen a la anorexia nerviosa pero que son debidos a una etiología somática conocida.

El diagnóstico de anorexia es hecho en base a la historia clínica que aporta el paciente, complementando de ser posible con la información aportada por familiares o acompañante, lo cual se corrobora con medidas de índice de masa corporal. Sin embargo, en ocasiones solo la observación clínica revelará datos específicos del comportamiento alimenticio.

En AN se presenta un reto diagnóstico cuando hay comorbilidades asociadas como Diabetes Mellitus (DM) y patología tiroidea. En DM los pacientes pueden optar por reducir las dosis de insulina con la idea de reducir ingesta calórica, mientras que en otras ocasiones los síntomas intestinales orgánicos pueden enmascarar condiciones psicológicas. (National Collaborating Centre of Mental health, 2004)

Una característica usual en pacientes con diagnóstico de AN es el aislamiento social, hay gran asociación con síntomas ansiosos, depresivos y obsesivos, rasgos perfeccionistas, estilo cognitivo rígido y disminución de la libido.

Generalmente al inicio de la enfermedad los pacientes con diagnóstico de AN tienen poca conciencia de la enfermedad y experimentan sus síntomas como pensamientos intrusivos.

El trastorno de la vivencia corporal es un factor nuclear en el concepto de TCA, el descontento con la imagen corporal es el principal motivo para la pérdida de peso, sobretodo si se asocia a baja autoestima. Es un temor fóbico a engordar y

a perder el control sobre la comida. A nivel psicopatológico estos pacientes presentan humor depresivo, apatía, dificultad para concentrarse, ansiedad, irritabilidad, aislamiento social, pérdida de la libido, rumiaciones y/o rituales obsesivos alrededor de la comida. (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre TCA, 2009).

2.3 EPIDEMIOLOGÍA DE ANOREXIA NERVIOSA

La prevalencia a los largo de la vida en Estado Unidos para anorexia nerviosa (AN) se estima entre 0,3 a 3,7% con una relación mujeres- hombres de 1:6 a 1:10. (Hoek HW, Van Hoeken D, 2003)

Datos semejantes se manejan a nivel de la población española, en donde la prevalencia para AN oscila entre 0,5 a 1%, con una proporción hombre – mujer de 9:1. (Muñoz C, 2011)

A nivel latinoamericano, específicamente en México se ha realizado una sola encuesta a nivel nacional sobre prevalencia de TCA con datos representativos de la población, esta arrojó una prevalencia de 1,8% para BN en mujeres y de 0,8% en hombres. No se reportaron datos para AN. (Barrigueté J, Unikel C, 2006)

En el año 2007 se realizó en Estados Unidos, el primer estudio de correlación y prevalencia para TCA en la población latina de ese país, en este se encontraron mayores tasas de diagnóstico para trastorno por atracón y menor prevalencia para bulimia y anorexia en comparación con los nativos norteamericanos. Los latinos estudiados que habían nacido en territorio estadounidense o llevaban mayor cantidad de tiempo viviendo en ese país, presentaban tasas de prevalencia que se igualaban a las descritas para la población estadounidense,

se logró además determinar que la búsqueda de tratamiento era notablemente menor en la población latina. (Alegria M, Woo M, Cao Z, Torres M, Meng X, Striegel-Moore R, 2007)

La prevalencia a lo largo de la vida para comorbilidades como depresión y distimia en pacientes con AN asciende a cifras del 50-75% , para Trastorno Afectivo Bipolar 4-6%, Trastorno obsesivo Compulsivo a los largo de la vida 25% y abuso de sustancias del 10 al 12%. (APA, 2011)

La comorbilidad con trastorno de personalidad entre la población con TCA se estima hasta de un 42-75%, encontrándose en Anorexia, mayor relación con el Cluster C, específicamente trastorno de la personalidad evitativo y trastorno de personalidad obsesivo compulsivo (Wonderlich S, Brewerton T, Jolic Z, Danskyr B, Abbott DW, 1997)

Los familiares en primer grado de pacientes con TCA, tienen tasas más altas de prevalencia para estos trastornos en comparación con la población control, también se han encontrado mayores tasas de prevalencia en gemelos monocigóticos, presentando mayor concordancia los dicigóticos. (APA, 2011)

Se ha establecido un mayor número de casos en ciertos grupos como bailarinas, modelos, gimnastas, atletas y varones homosexuales, también en determinados problemas médicos crónicos que afectan a la autoimagen como lo son la diabetes mellitus, fibrosis quística, escoliosis, obesidad y colitis ulcerosa.

Parece existir una mayor vulnerabilidad individual en las mujeres puberales o adolescentes, sobre todo si llegan a la menarquia con un índice de masa corporal alto o bajo y con ciertos rasgos de personalidad: baja autoestima, trastornos afectivos, afán de perfeccionismo, problemas de identidad, elevado rendimiento escolar y tendencia a la sobrecarga de actividades. (Muñoz M, 2011)

2.4 ETIOLOGÍA

Existe un receptor particular de serotonina el 5HT_{2A} el cual se ha encontrado en niveles anormales aún en pacientes recuperados. Tomando en cuenta que las anomalías en el sistema de serotonina varían entre los distintos trastornos de alimentación, el hecho de que este receptor persista alterado aún en estado de recuperación sugiere que la función de serotonina podría ser un marcador de rasgos en trastornos de la conducta alimentaria. (Collier D, Trasure J, 2004)

Aun no ha sido posible establecer una clara conclusión en torno a la contribución de los genes y el ambiente en los TCA.

Se considera que la obesidad pre mórbida está asociada con la insatisfacción de la imagen corporal y consecuentemente se relaciona que puede estar presente previamente a la instauración de los trastornos de alimentación, presentándose desde un 7 a un 20% previo a Anorexia Nerviosa y de un 18 a 40% previo a Bulimia Nerviosa. (National Collaborating Centre of Mental health, 2004)

También la menarca temprana ha sido asociada directamente como un factor de riesgo sobretodo por su asociación con aumento del tejido adiposo y consecuente insatisfacción corporal. Los estresores severos a lo largo de la vida han sido implicados directamente con el inicio de los trastornos de la conducta alimentaria hasta en un 70% de los casos, sobretodo cuando se relacionan con problemas familiares. (National Collaborating Centre of Mental health, 2004)

Muchos de los casos de Anorexia nerviosa se desarrollan en mujeres atravesando la adolescencia, con cierto sobrepeso y baja autoestima, las cuales intentan realizar dietas para perder peso; cuando logran alcanzar este cometido reciben halagos por familiares y amigos, generando en ellas una sensación de auto control y de cumplimiento de metas planteadas, lo cual se traduce en mejor autoestima. (Walch T, 2013)

A través de la propuesta del fenómeno de “reforzamiento condicionado” ; el hábito de hacer dieta se convierte en una “recompensa positiva” para la joven; cuando el comportamiento de “dieta” se vuelve repetitivo, eventualmente se transformará en un hábito. Los hábitos que se aprenden en periodos de estrés son más propensos a tornarse habituales que cuando hay circunstancias más favorables. (Everitt BJ, Robbins TW, 2005)

Existe además secundario a los estudios realizados durante la II guerra Mundial; gran evidencia en relación a sujetos previamente sanos que experimentan una pérdida substancial en el peso, posterior a los cual desarrollan una tendencia a realizar hábitos compulsivos irracionales, lo cual se revierte con la ganancia de peso. (Keys A, 1950)

Se ha logrado demostrar que la pérdida de peso, promueve el mismo sistema de recompensa que el abuso de sustancia y “ regula a la alta” los mecanismo de plasticidad sináptica en el núcleo acumbens. Tanto en la Anorexia Nerviosa como en el trastorno por abuso de sustancias, los individuos están enfocados en un punto (pérdida de peso- adquisición de la droga respectivamente); al punto de incurrir en exclusión de actividades ocupacionales o sociales que previamente realizaban y sacrificar su salud física para obtener la meta. (Carr KD, Chau LS, Cabeza de Vaca S, Gustafson K, Stouffer M, Tukey DS, Restituito S, Ziff EB, 2010)

Los anteriores modelos hipotéticos van dirigidos a explicar exclusivamente una parte de este complejo trastorno; pero no se lo logra explicar con estos la importancia de la “vulnerabilidad”, ya que no todas las jóvenes que realizan dietas en la adolescencia desarrollan Anorexia Nerviosa. No existe aún un modelo que logre explicar en su totalidad la génesis de esta compleja enfermedad.

2.5 DETECCIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Existen pocos estudios sobre la detección y diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria en atención primaria, esto apunta a una situación de subdiagnóstico por distintos motivos, dentro de estos sobresalen el escaso conocimiento de los médicos generales en el tema, la falta de tiempo en las consultas para profundizar en la atención integral de estos pacientes y la poca asistencia en la adolescencia a citas de atención primaria con la consecuente falta de consciencia de enfermedad de priva en este tipo de trastorno.

El SCOFF es un instrumento de cribado de TCA que consta sólo de cinco preguntas dicotómicas (Sí/No) que valoran la pérdida de control sobre la ingesta, las purgas e insatisfacción corporal lo que permite su aplicación en la atención primaria. El rango de puntuación oscila de 0 a 5 puntos (No=0 y Sí=1), una puntuación total de 2 o más puntos identifica personas de riesgo de trastornos de conducta alimentaria. (Morgan J, Reid F, Lacey J, 1999)

La sensibilidad en Anorexia y Bulimia Nerviosa es del 100%; mientras que la especificidad para Anorexia es del 85% y para Bulimia del 80%, la tasa de falsos positivos 7,3% para Anorexia y 8% para Bulimia. (Morgan y col, 1999)

2.6 COMPLICACIONES FÍSICAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA

ALTERACIONES DERMATOLÓGICAS

Pese a que este tipo de alteraciones no ponen la vida del paciente riesgo inminente, al ser externas representan para los pacientes una gran preocupación, se han descrito hasta 40 manifestaciones cutáneas distintas en los trastornos de alimentación. Dentro de las más comunes se encuentran el desarrollo de lanugo en zonas como cara, brazos, espalda, cuello y piernas; La

presencia de carotodermia secundaria al exceso de ingesta de carotenoides en los vegetales Y Acrocianosis en manos y pies secundarias a regulación anormal de la temperatura. Otros signos que podrían estar presentes son deshidratación, pérdida de cabello o zonas de alopecia y uñas debilitadas. (Yager J, Anderson AE, 2008)

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES

El tracto digestivo resulta invariablemente alterado ante la presencia de un trastorno de alimentación, esta disfunción es el resultado de períodos de hambre prolongados, purgas, uso de laxantes, atracones o enemas. Adicionalmente la sintomatología funcional como dolor abdominal, disminución el apetito, sensación precoz de saciedad y distensión abdominal, suelen presentarse comúnmente en anorexia nerviosa. (Boyd C, Abraham S, Kellow J, 2005)

La cavidad oral presenta erosión del esmalte dental con consecuente aumento de la sensibilidad a alimentos fríos y calientes, hay alteraciones gingivales como xerostomía, aumento del tamaño de las glándulas salivales; particularmente la parótida y las submandibulares, lo cual esta asociado a mala nutrición, conductas purgatorias y disfunción autonómica. (Grilo C, Mitchell J, 2010)

La gastroparesia suele ser común en Anorexia nerviosa, el síntoma principal con el que se acompaña es la hinchazón abdominal posterior a las comidas, lo cual se empeora en dietas altas en fibra como las basadas en vegetales o el uso de laxantes que contengan fibra. El estreñimiento invariablemente acompaña a la pérdida de peso que ocurre en la anorexia nerviosa, de presentarse esta complicación se recomienda psicoeducación al pacientes para explicarle que los laxantes funcionan a nivel de colon, posterior a que la absorción de calorías ya se ha dado. (Pomeroy C, Mitchell JE, Roerig J, Crow S, 2002)

Los vómitos autoinducidos podrían llegar a rasgar el esófago, lo cual suele suceder en la porción que se conecta con el estómago, esto podría llevar a sangrado digestivo alto o complicarse y producir el síndrome de Boerhaave, caracterizado por ruptura total de la pared del esófago. (Grilo C, Mitchell J, 2010)

ALTERACIONES METABÓLICAS

La hipokalemia es una de las alteraciones más comunes y peligrosas que se presenta en trastornos de conducta alimentaria, a nivel intrahospitalario se han reportando una incidencia de hasta un 50%; en el caso de la presentación restrictiva de anorexia el porcentaje es menor. Como complicación aguda el resultado serían las arritmias cardíacas y crónicamente estreñimiento, alteración de la motilidad gástrica, miopatías y nefropatía que podría conducir a insuficiencia renal. (Le Grange D, Lock J, 2011).

La hiponatremia reportada en pacientes con Anorexia se asocia a la sobreingesta de agua, deshidratación por ingesta deficiente de alimentos y algunos casos reportados de secreción inadecuada de la hormona antidiurética; convulsiones pueden ocurrir en casos severos. Otras alteraciones comunes son la hipomagnesemia, hipocloremia y la alcalosis metabólica, más frecuentes en el subtipo purgativo de anorexia nerviosa. (Caregano L, Di Pascoli L, Favaro A, Nardi M, 1993)

La hipoglicemia leve se presenta comúnmente, no hay una explicación específica del porque de este fenómeno; pero se ha asociado a disminución de glicógeno en hígado, alteraciones en la gluconeogénesis y fallo en la secreción de glucagón. La hipercolesterolemia es común a pesar de la inanición, como resultado de la aceleración en la síntesis de colesterol que se da en esta población. (Le Grange D, Lock J, 2011)

ALTERACIONES CARDIOVASCULARES

Son comunes y pueden representar gran amenaza para la vida, los estudios se han enfocado en las alteraciones a nivel de la prolongación del intervalo QT como posible etiología, esto secundario a que predispone a torsada de puntas, una arritmia ventricular que puede producir taquicardia ventricular y fibrilación. (Grilo C, Mitchell J, 2010)

La inanición y gran pérdida de peso generan concomitantemente pérdida del músculo esquelético y cardiaco, generando específicamente una reducción en el volumen de las cámaras cardíacas y de la masa así como de la fracción de eyección. (Olivares JL, Vasquez M, Fleta J, Morena LA, Pérez- González JM, Bueno M, 2005)

Dos de las alteraciones más consistentemente encontradas en Anorexia nerviosa son la bradicardia y la hipotensión arterial, las palpitaciones también muy comunes en este tipo de pacientes y se asocian a taquicardia sinusal en respuesta a purgas, o a hipokalemia, hipomagnesemia y deshidratación. (Le Grange D, Lock J, 2011)

ALTERACIONES ENDOCRINOLÓGICAS

Las alteraciones del sistema hormonal secundarias a malnutrición crónica, pueden llegar a causar daños irreversibles en el crecimiento y desarrollo de los niños y adolescentes con anorexia nerviosa.

Uno de los sistemas endocrinos mayormente alterado es el reproductor femenino, en pacientes con AN 20-25% podrían presentar amenorrea antes de que se de una pérdida de peso significativa, y hasta un 50 a 75% experimentaran esta alteración en el transcurso de la enfermedad. (Katz M, Volenhoven B, 2000)

Las anomalías tiroideas en AN semejan a las del “ síndrome eutiroideo enfermo” , en donde los niveles totales de T3 y T4 se encuentran bajos, pero los de TSH (hormona estimulante tiroidea) suelen encontrarse dentro del rango esperado. Esta alteración revierte cuando se da la realimentación en los pacientes. (Mehler PS , 2001)

ALTERACIONES ÓSEAS

La disminución en la densidad ósea es una de las complicaciones más tempranas en jóvenes con AN, al punto de estar presente desde el primer año de la enfermedad. La osteoporosis tiene una incidencia de hasta 40% en pacientes con AN y la osteopenia de 92%, el hueso de tipo trabecular ubicado en caderas y columna lumbar se ve más afectado que el cortical. (Grinspoon S, Tom E, Pitts S, Gross E, Micley D, 2000)

La fisiopatología de la posible disminución de la densidad ósea es multifactorial y compleja, incluye niveles altos de cortisol, hipoestrogenemia, bajos niveles de testosterona, disminución de IGF-1, poca ingesta en la dieta de calcio y vitamina D, niveles anormales de péptidos gástricos, bajo peso y menor acreción del hueso. (Misra M, Katzman DK, Cord J, Manning S, Mendes N, Herzog D, 2008). Esta disminución es parcialmente reversible , la restauración en el peso y el patrón de menstruación son factores esenciales para que esto suceda, no hay aún evidencia sustancial que apoye el uso de fármacos para mejorar esta condición. (Mehler PS, Mackenzie TD, 2009)

OTRAS ALTERACIONES

Se reporta como la alteración hematológica más común a la anemia normocítica normocrómica, presente en el 21 a 39% de los pacientes con AN.

Micronutrientes como ácido fólico, vitamina B12 y hierro , suelen encontrarse en

niveles normales. Otra alteración presente hasta en un tercio de los pacientes es la leucocitosis y hasta un 5 a 11% de los pacientes pueden presentar leve disminución en el conteo plaquetaria, sin que se presente alteración en la coagulación. (Hutter G, Ganepola S,Hoffman WK, 2009)

A nivel del sistema neurológico; como consecuencia de la malnutrición secundaria a AN se han identificado cambios estructurales en el cerebro incluyendo, aumento en la cantidad de líquido cefalorraquídeo, disminución en el volumen de masa gris, sin cambios en la masa blanca. Estas alteraciones han permanecido aún después de la recuperación ponderal en los pacientes , lo que sugiere que estos cambios son parcialmente reversibles y se asocian directamente con altos niveles de cortisol y el bajo peso corporal. (Kerem NC, Katzman DK, 2003)

Las anomalías renales reportadas en pacientes con AN incluyen elevación del nitrógeno ureico y la creatinina , lo cual se explica secundario a la deshidratación presente, la depleción en volumen y a la disminución de filtración glomerular. (Le Grange D, Lock J, 2011)

2.7 RECOMENDACIONES EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ANOREXIA NERVOSA

ASPECTOS INICIALES

En los TCA interactúan de forma íntima los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Los cuatro pilares básicos del tratamiento son la normalización biológica, la recuperación ponderal, el abordaje psicológico y familiar. (González A, Gónzalez A, Beneyto C, González C, Salensanky A, Gamero L, García M, Díaz L, Sainz C, Santamaria M, Ajoy Ma, Basterra M, 2009)

La evidencia indica que es imprescindible iniciar y conseguir la recuperación del peso para que los tratamientos farmacológicos, psicológicos y las medidas sociofamiliares tengan éxito. (González y col, 2009)

Como objetivos generales según guías clínicas de NICE y APA, previo a el establecimiento del plan individualizado de manejo se plantean los siguientes:

El paso número uno a seguir cuando se trabaja con pacientes portadores del diagnóstico de AN en la primera entrevista es establecer una adecuada alianza terapéutica, en donde se le explique al paciente que la meta inicial será lograr un peso sano, mediante una nutrición balanceada. Importante incluir en esta parte, material de psicoeducación para el paciente y la familia así como, comentarios positivos y manifestación de apoyo durante el proceso. (APA Work Group on Eating Disorders, 2006)

Se debe de tener presente la característica de ambivalencia en estos pacientes, los cuales quieren mejorar pero al mismo tiempo temen de las implicaciones del tratamiento. Pueden asociar culpa cuando se han involucrado en conductas purgativas y miedo a recibir tratamiento por la idea de que esto implicara engordar. (National Collaborating Centre of Mental health, 2004)

Otros principios que se deben de tomar en cuenta durante la valoración inicial son: mantener una posición de apoyo mediante un enfoque motivacional, sin emitir juicios de valor, enfocarse en el compromiso para la participación en el tratamiento, mantener la mente abierta y garantizarle al paciente su derecho a la confiabilidad. (National Collaborating Centre of Mental health, 2004)

En el manejo de este tipo de trastorno se recomienda el abordaje multidisciplinario, el psiquiatra puede asumir el rol de líder del equipo, pero la recomendación establece que el equipo este conformado por distintas

especialidades, entre estas : nutrición, trabajo social, psicología, odontólogos y otros médicos e inclusive médicos especialistas dependiendo de las complicaciones presentes. (APA Work Group on Eating Disorders, 2006)

HISTORÍA CLÍNICA

En orden de establecer un adecuado diagnóstico y plan de manejo, se necesita inicialmente una historia clínica completa que debe incluir historia específica de los patrones de conducta alimentaria, hábitos alimentarios, tipo de alimentos consumidos, conductas compensatorias o restrictivas, patrón de ejercicio y percepción de la imagen corporal. También se deben de recolectar historia familiar de patología psiquiátrica y TCA incluyendo obesidad, es importante establecer cual es la actitud de la familia ante el problemas y buscar posibles estresores psicosociales. Desde el inicio se debe de incorporar a la familia e inclusive si es posible y se considera pertinente, extender el involucramiento a personeros de los institutos educativos y personal de salud cercano. (APA Work Group on Eating Disorders, 2006)

Los equipos que trabajen con niños y adolescentes, deben estar especialmente alerta sobre los posibles indicadores de abuso físico, emocional o sexual y mantenerse alertas durante todo el proceso. (National Collaborating Centre of Mental health, 2004)

Adicional a la entrevista estructurada que se le realiza a pacientes en busca de patología mental, se debe de dirigir la exploración a preguntas más enfocadas a aspectos claves a determinar ante la presencia de Anorexia Nerviosa; como lo son: (Fairburn CG, Beglin CJ, 1994)

1. Peso actual, talla, índice de masa corporal actual, cronología y tasa de la pérdida de peso así como menor peso alcanzado.
2. Actitud y pensamientos del paciente en torno al peso actual y ganancia o

- pérdida de este.
3. Percepción del paciente acerca de su peso actual, porcentaje de grasa corporal, percepción de su imagen corporal, preocupaciones que presente en torno a consecuencias físicas peligrosas ante el bajo peso.
 4. En mujeres posterior a la menarca; patrón de los ciclos menstruales y uso de anticonceptivos orales.
 5. Además de la evaluación de rasgos de otros trastornos de alimentación que se podrían estar presentando como comorbilidad:
 - Presencia de atracones (episodios en donde la persona siente que ha perdido el control sobre la ingesta de alimentos y consume más de estos que cualquier otra persona en circunstancias similares)
 - Presencia de conductas purgativas: vómito auto inducido, uso de laxantes, diuréticos para el control del lapso, enemas u omisión de la dosis de insulina en el caso de los pacientes diabéticos
 - Presencia de otras conductas no purgativas para controlar el peso como el realizar ejercicio, describiendo el tipo que se realiza, la frecuencia de este y las horas diarias que se dedican a la práctica.
 - Uso de medicamentos con el fin de perder peso como: pastillas de dieta, estimulantes, estimulantes de la tiroides y compuestos de hierbas.

Pacientes con Anorexia Nerviosa, no suelen ser confiables en la entrevista inicial ya que en la mayoría de los casos no desean brindar información detallada y fidedigna de su enfermedad por varias razones, entre ellas; resistencia al tratamiento que involucra aumento en el peso, miedo a la estigmatización y la creencia genuina de que de que sus hábitos y pensamientos en torno a la alimentación y estilo de vida son “ sanos”.

Repetir las valoraciones mediante la entrevista clínica a través de distintas fases de tratamiento es una buen manera de reforzar la información recolectada, esto secundario a que los pacientes van a estar más anuentes a revelar información

si tienen mayor confianza terapéutica y su sintomatología ha mejorado, también esta recomendación es crucial para determinar si el paciente ha ido progresando. (Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, Delinsky SS, Franco DL, Blais MA y col, 2002).

Se debe prestar especial atención a pacientes con condiciones mentales que podrían ser determinantes en el curso del manejo, dentro de estas se describen: pacientes que manifiesten ideación suicida, conductas autolesivas o impulsivas, comorbilidad con trastorno por uso de sustancias o trastornos de personalidad. (Grupo de Trabajo Guía Práctica Clínica de los TCA Murciana, 2005)

VALORACIÓN FÍSICA

Posterior a la historia clínica es necesario realizar un examen físico completo inicial. Se recomienda prestar particular atención a los signos vitales, el sistema circulatorio y cardiovascular, así como explorar piel en busca de lesiones autoinflingidas (cortes, arañazos, quemaduras). (APA Work Group on Eating Disorders, 2006)

Se debe realizar una exploración por aparatos: (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre TCA, 2009)

- Piel, mucosa y cavidad oral: revisar el estado de hidratación de la piel y mucosas (signo de pliegue cutáneo), presencia de pigmentación caroténica, presencia de hipertrichosis, alopecia, uñas frágiles, presencia de petequias, púrpuras, hipertrofia parotídea y/o de glándulas submaxilares, heridas en el dorso de la mano o los dedos a causa de provocarse el vómito (signo de Russell), lesiones orodentales o faríngeas crónicas, erosiones dentales, desmineralizaciones del esmalte y caries.
- Exploración cardiocirculatoria: El electrocardiograma se debe realizar a las personas con AN y signos de desnutrición. Se puede encontrar bradicardia.

La hipopotasemia puede causar onda U, aplanamiento/inversión de la onda T, extrasístoles y arritmias ventriculares, y la hipomagnesemia también puede ocasionar arritmias.

- Exploración respiratoria: Posibles infecciones oportunistas. En personas que presentan vómitos autoinducidos, posible neumotórax o incluso neumonía por aspiración.
- Exploración neurológica: Detección de posibles polineuropatías secundarias por déficits vitamínicos, detección de síntomas neurológicos secundarios a hipopotasemia y detección de intoxicación acuosa.

Dependiendo de la condición física del paciente se determinara los exámenes de gabinete a solicitar para completar la valoración de la condición física, la valoración inicial completa cobra mayor importancia en paciente con índice de masa corporal < a 16 o en los que presentan conductas purgativas. En general la evaluación médica debe de incluir: (Grilo C, Mitchell J, 2010)

1. Signos vitales (frecuencia cardiaca, presión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura corporal)
2. Nivel de glicemia
3. Nivel de electrolitos (sodio, potasio, cloro y magnesio)
4. Amilasemia
5. Hemograma completo
6. Pruebas de función tiroidea (T3, T4 y TSH)
7. Albúmina, transferrina y proteínas totales
8. Pruebas de función renal (nitrógeno ureico y creatinina)
9. Examen general de orina
10. Pruebas de función hepática
11. Electrocardiograma
12. Velocidad de eritrosedimentación

En pacientes con amenorreas de más de 6 meses es importante valorar densidad ósea, así como en pacientes con conductas purgativas mediante vómitos es esencial la valoración por odontología. En pacientes jóvenes se debe valorar el desarrollo físico en general y de caracteres sexuales. (APA Work Group on Eating Disorders, 2006)

Todo este proceso evaluativo previo a establecer plan de tratamiento a seguir es importante para determinar el escenario en donde se realizara el manejo. Por otra parte el peso del paciente según el esperado, la tasa de pérdida de peso, la condición cardíaca y metabólica son los parámetros físicos a los cuales se les da más importancia a la hora de elegir el plan de tratamiento.

FORMULACIÓN DEL PLAN DE MANEJO

REHABILITACION NUTRICIONAL Y DEL PESO

La meta en pacientes con pérdida de peso severa es, restablecer el peso, normalizar los patrones de alimentación, mejorar la autopercepción de hambre y saciedad y corregir los marcadores físico y biológicos de la malnutrición. (APA Work Group on Eating Disorders, 2006)

La restauración del peso no significa recuperación, con el proceso de rehabilitación nutricional se promueve la normalización de los problemas médicos y metabólicos asociados. También permite al paciente el alcance de funciones cognitivas necesarias para entender y responder a las intervenciones psicoterapéuticas. (Grilo C, Mitchell J, 2010)

Durante esta fase crítica en la cual el paciente teme aumentar de peso, se le debe explicar claramente al paciente que aumentará su cantidad de ingesta

alimentaria, esto con el fin de lograr la rehabilitación nutricional y consecuentemente, los patrones de pensamiento irán cambiando con la mejora. Es necesario establecer una relación de confianza y un buen rapport, con el fin de que el paciente se sienta como parte de un proceso guiado, en donde el consecuente aumento de peso, no estaría fuera de control. (Rock CL, 1997)

El soporte nutricional podrá ir desde una dieta basal, si la persona afectada presenta normonutrición, o bien dietoterapia específica (dieta oral) si coexiste con alguna patología asociada. (González y col, 2009)

Para valorar si el paciente requiere rehabilitación intrahospitalario y si tiene menos de 20 años, se calcula peso y talla según lo esperado por las curvas de crecimiento y tomando en cuenta las medidas de los padres, se estima la edad ósea y se determina el patrón de los periodos menstruales. (APA Work Group on Eating Disorders, 2006)

En el paciente ambulatorio, la realimentación habitual incluye seguir una dieta normal. En el hospital de día, el tratamiento es más intensivo y prolongado que a nivel ambulatorio. Cuando el tratamiento ambulatorio o de hospital de día es insuficiente, o el paciente presenta algún problema agudo, está indicado el ingreso hospitalario. (Guía de la práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria, 2009).

El consenso clínico sugiere que el promedio de peso que se debe ganar semanalmente en pacientes hospitalizados es de 0,5 a 1 kg y de 0,5 kg semanales para manejos ambulatorios, esto mediante una dieta de 3500 a 7000 calorías extras por semana. (National Collaborating Centre of Mental health, 2004)

Inicialmente se plantea una ingesta calórica diaria de 30-40 Kcal/kg por día (aproximadamente de 1000 a 1600 kcal por día) y se puede llegar hasta 70-100

Kcal/kg por día. (APA Work Group on Eating Disorders, 2006)

Otros programas plantean programas más estructurados que oscilan inicialmente entre 1200 a 1800 Kcal/ por día, lo cual va aumentando a 200-300 Kcal/ día cada 2-4 días, hasta el promedio consensuado de 3500 a 7000 Kcal/ por día. (Treat TA, Gaskill JA, McCabe EB, Ghinassi FA, Luczak AD & Marcus MD, 2005)

Este consumo calórico elevado es necesario para alcanzar la restauración del peso, tanto en jóvenes como adultos. Se ha encontrado que la energía que se consume en reposo aumenta dramáticamente en sujetos que experimentan el proceso de realimentación, esto presuntamente por los cambios metabólicos que se dan. (Forman-Hoffman VL, Ruffin T & Schultz SK, 2006)

En la mayoría de las veces la restauración se logra mediante un régimen regular de alimentación, esta estrategia conlleva a un bajo riesgo. (Grilo C, Mitchell J, 2010)

En pacientes que rehúsen alimentarse y requieran alimentación para preservar su vida a causa de malnutrición energético-protéica grave; se recomienda el uso de alimentación vía sonda nasogástrica. En estos casos se ha determinado que la alimentación sea continua por 24 horas, ya que ha demostrado mejores resultados que con la administración de 3 a 4 bolos diarios (APA, 2012)

La alimentación parenteral, da un aporte energético limitado en donde no se logra más de 800-900 mOsm/Kg, este método no se recomienda como una estrategia de rutina ya que no promueve la normalización de las funciones gastrointestinales y predispone a procesos infecciosos. (Silber TJ, 2008)

Un régimen de rehabilitación muy agresivo, particularmente en las primeras dos semanas podría presentar como consecuencia el “síndrome de realimentación”,

esta condición ocurre con mayor frecuencia en individuos con malnutrición crónica o cuando se eligen las vías parenteral o enteral. El síndrome se caracteriza por presentar, hipofosfatemia, hipokalemia, hipomagnasemia e hierglicemia; además se acompaña de retención de líquidos mediante la retención de sodio, y como consecuencia de las alteraciones hidroelectrolíticas se podría presentar: arritmias cardíacas, falla respiratoria, insuficiencia cardíaca congestiva, anormalidades hematológicas y complicaciones neurológicas. (Miller SJ, 2008)

Al inicio del tratamiento se suspende el ejercicio físico, y este se va retomando paulatinamente según la ingesta alimentaria, en este caso el objetivo del ejercicio no es la quema de calorías sino más bien el fortalecimiento físico. (National Collaborating Centre of Mental health, 2004)

INTERVENCIONE PSICOSOCIALES

Las intervenciones psicosociales incluyen psicoeducación, terapia individual y terapia familiar.

El abordaje psicológico es la base fundamental del tratamiento. Los pacientes deben de reestructurar creencias, pensamientos y actitudes, así como detectar las emociones alteradas que son los precipitantes y después mantenedores del trastorno alimentario. (González y col, 2009)

Durante el abordaje familiar la reorganización de la dinámica familiar y social es igualmente importante para conseguir los objetivos anteriormente descritos. Es fundamental que la familia y el mismo paciente sean vistos cómo un recurso, en sentido positivo y cómo colaborador del equipo terapéutico. (González y col, 2009)

a) PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

Consiste en realizar sesiones psicoterapéuticas individuales aplicando intervenciones psicodinámicas, motivacionales, cognitivo-conductuales, sistémicas e interpersonales. Desde el inicio se abordará la conciencia de enfermedad y capacidad introspectiva del paciente, motivándolo al cambio. La reestructuración cognitiva y normalización del estado afectivo se utilizarán mayoritariamente para intervenir en los pensamientos distorsionados que se mantienen respecto al peso, la figura y la alimentación. (González y col, 2009)

Carter y col realizaron en el 2011 un estudio sobre los resultados a largo plazo de las psicoterapias en pacientes con Anorexia nerviosa, el estudio randomizado tuvo una duración promedio de 6,7 años y comparo la terapia cognitiva conductual con la interpersonal, sin encontrar diferencias en la respuesta de ambos grupos.

Recomendaciones generales: (Subdirección General de Salud Mental Murciano. Guía Práctica Clínica de los Trastornos de Conducta Alimentaria, 2005)

1. Se recomienda trabajar sobre factores motivacionales para conseguir la participación del paciente. En la primera etapa del tratamiento debemos enfocarnos en dar psicoeducación al paciente en los temas de requerimientos nutricionales necesarios para el crecimiento, el mantenimiento del organismo, la actividad física y la ganancia de peso. Otros temas a tratar pueden ser: consecuencias fisiológicas de la desnutrición, círculos patógenos, causas de los trastornos de alimentación, aspectos socioculturales y consecuencias de los mecanismos inadecuados para bajar de peso.
2. Restablecer pautas alimentarias
3. Abordar aspectos del proceso de individuación y autonomía, expresión

- adecuado de sentimientos, relación con pares, resolución de conflictos, toma de decisiones y distorsión de la imagen corporal. Se puede utilizar terapia interpersonal, terapia psicodinámica o cognitivo conductual.
4. En la población de adolescentes y niños es imprescindible incluir a la familiar, en los adultos es muy recomendable.
 5. Cuando el paciente consigue normalizar sus hábitos alimentarios es muy importante trabajar en la prevención de recaídas.
 6. En el caso de los pacientes crónicos, los cuales no logran normalizar hábitos alimentarios, se recomienda un programa de reducción del daño. Este programa se da mediante técnicas motivacionales y una adecuada relación terapéutica; y tiene como objetivos: pequeñas mejoras progresivas, prevención de hospitalizaciones, mantener un peso compatible con la vida, centrarse en calidad de vida más que en el peso o la comida, evitar el aislamiento, fomentar socialización.

b) PSICOTERAPIA FAMILIAR

La intervención familiar suele ser útil en la disminución de la sintomatología y para lidiar con conflictos familiares lo cuales, sobretodo en la adolescencia podrían incidir en el problema. (APA Work Group on Eating Disorders, 2006)

El modelo de terapia basada en la familia busca ser una terapia enfocada en soluciones la cual ayuda a los padres a modificar las conductas de mantenimiento que hay en la Anorexia Nerviosa, este enfoque sigue tres fases: (Le Grange D, Lock J, 2011)

1. la primera fase se enfoca en alinear a los padres para que trabajen juntos y de manera efectiva las conductas como; exceso en la realización de ejercicio, restricción alimentaria y todos los factores que inciden en que su hijo no gane peso.
2. La segunda fase guía a los padres para que le transmitan al adolescente, el control sobre las conductas relacionadas con la alimentación.

3. La tercera y última fase, ayuda a identificar a los padres cualquier problemas que el adolescente desarrolló producto de la anorexia nerviosa, y como manejar estos si existen.

El programa tiene una duración usual de 6 a 12 meses, en los cuales se programan en promedio 10-20 sesiones de una hora por sesión, las cuales se van distanciando a como se avece en las fases.

Hay 5 puntos fundamentales que los terapeutas que elijan este método deben de tener presentes: (Le Grange D, Lock J, 2011)

1. Se debe manejar un unto de vista agnóstico sobre la causa de la anorexia nerviosa
2. Se debe de enfocar en los síntomas iniciales
3. Mantener una posición no autoritaria como terapeuta, abierto a consultas
4. Empoderamiento a los padres constante, sobre el manejo de la sintomatología
5. Habilidad de separar el trastorno de alimentación del adolescente, lo cual se conoce como capacidad de externalización

c) ABORDAJE GRUPAL

Las intervenciones grupales favorecen el abandono del aislamiento, así como el desarrollo de estrategias interpersonales y compartir experiencias. Los tratamientos grupales vienen a complementar la psicoterapia individual. Los grupos pueden ser homogéneos o heterogéneos. El número óptimo del grupo es de 8-10 pacientes. Suelen ser grupos cerrados y conducidos por uno ó dos psicoterapeutas. (González A, 2009)

La terapia grupal facilita el intercambio de experiencias comunes y procesos identificatorios que favorecen la efectividad terapéutica. Los grupos pueden

tener distintos enfoques. Los grupos psicoeducativos, son útiles al inicio del tratamiento ya que proporcionan información sobre el trastorno, su evolución, etiología y tratamiento. Además, favorecen la toma de consciencia sobre el problemas y el aprendizaje de hábitos alimentarios adecuados y mecanismos de afrontamiento. Otros grupos son los de relajación, los de autorregistro, autoestima y habilidades sociales e imagen corporal. (González A, 2009)

d) OTRAS TERAPIAS

Otras terapias relacionadas con la anorexia que se han estudiado, entre estas la terapia grupal enfocada en al espiritualidad, EMDR, yoga, terapia basada en la conciencia del cuerpo, entre otras. Todos estos estudios han presentado limitaciones en su diseño (APA,2012)

e) PROGRAMA INTRAHOSPITALARIO Y DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL

Se establecen como criterios de ingreso hospitalario los siguientes: :

(Subdirección General de Salud Mental Murciano. Guía Práctica Clínica de los Trastornos de Conducta Alimentaria, 2005)

- IMC<16,5
- Enfermedades física asociadas que requieran manejo intrahospitalario
- Comorbilidades psiquiátricas graves o descompensadas como depresión, ansiedad, psicosis o suicidio
- Grave conflicto familiar secundario al trastorno de alimentación
- Fracaso continuado y reiterado del tratamiento ambulatorio

Se contemplan tres dimensiones en la terapia intensiva: compromiso con el tratamiento y anuencia a la participación, eficacia del tratamiento en los participantes y el mantenimiento de mejoría con el tiempo. (Olmsted MP, Woodside DB, Carter JC, McFarlane TL, Staab R, Colton PA et al., 2007)

Estos programas generalmente utilizan enfoques de cambios comportamentales con una variedad de estrategias distintas como límites y consecuencias además de privilegios asociados con el alcance del peso planteado. Los programas han demostrado buena respuesta a corto plazo y mejores resultados que las terapias exclusivamente farmacológicas. (APA Work Group on Eating Disorders, 2006)

En estos programas estructurados generalmente se debe incluir la agenda semanal de actividades; así como la metodología para ir alcanzando las metas realistas planteadas. (Zipfel S, Reas DL, Thornton CE, Olmsted MP, Williamson DA, Gerlinghoff, et al. 2002).

Existe multimodalidad en estos, por lo que se suele incorporar, terapia cognitivo conductual, terapia motivacional, terapia interpersonal, terapia familiar, terapia dialéctica, terapia artística expresiva y terapia en relación con la imagen corporal entre otras. Los pacientes bajo este sistema suelen compartir de 30-40 horas semanales; por lo que se desarrolla un ambiente terapéutico en donde los pacientes son motivados por sus propios compañeros y se exponen diariamente, sobretodo en los tiempos de comida a su sintomatología. (Grilo C, Mitchell J, 2010)

Es importante tener presente que se podrían desarrollar complicaciones médicas secundarias a la Anorexia nerviosa, que requieren derivación urgente a servicios de emergencias médicas, dentro de estas: (Guía de la práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria, 2009).

- Pérdida de peso >50% en los últimos 6 meses (30% en los últimos 3 meses)
- Alteraciones de la consciencia
- Convulsiones.
- Deshidratación
- Alteraciones hepáticas o renales severas.
- Pancreatitis.

- Disminución de potasio <3 mEq/l o sodio (<130 o >145).
- Arritmia grave o trastorno de la conducción.
- Bradicardia de <40 bpm.
- Otros trastornos ECG.
- Síncopes o hipotensión con TAS <70 mm Hg.
- HDA: hematemesis, rectorragias.
- Dilatación gástrica aguda.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Antidepresivos

Estudios para la restauración de peso con antidepresivos son limitados, los tricíclicos se asocian con susceptibilidad a la hipotensión y arritmias cardiacas, sobretodo en relación a la prolongación del intervalo QT. (Yager J, Powers P, 2007)

Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), tampoco han demostrados mejoría en torno a síntomas antidepresivos y ansiolíticos. Esta falta de respuesta podría estar relacionada con el estado hiposerotoninérgico en el que se encuentran los cerebros en inanición, esto secundario a la baja ingesta de triptófano, lo cual genera que el sustrato de serotonina in vivo no este accesible para que los ISRS actúen sobre él. (Holtkamp K, Konrad K, Kaiser N et al., 2005)

La fluoxetina ha sido estudiada en el uso tanto en fases agudas como en fase de mantenimiento con miras a prevenir recaídas. Attia, haiman, Walsh y Flater (1998), evaluaron la efectividad de fluoxetina en pacientes hospitalizadas con bajo peso, no se demostró mejoría versus placebo en la recuperación ponderal. También existen comparaciones con otros antidepresivos como nortriptilina y amineptina, en ambos no se reportaron diferencias significativas en los IMC o los niveles de depresión posterior al tratamiento. (Bambrilla F, Draisi A, Peirone A,

Brunetta M 1995^a).

Como agente de mantenimiento posterior a la recuperación y evitación de recaídas, existen 2 estudios randomizados a doble ciego en pacientes manejados a nivel ambulatorio posterior a ser egresados de hospitales con adecuada recuperación ponderal. En el primero la muestra fue de 35 pacientes a los cuales aleatoriamente se les asigna fluoxetina 60 mg versus placebo por 1 año, de estos 10 de los 16 sujetos que permanecieron en el estudio mostraron una diferencia en términos de aumento de peso y reducción de ansiedad, depresión, obsesiones, compulsiones y sintomatología propia del trastorno de alimentación. (Kaye WH, Nagata T, Wetzin TE, Hsu LK, Sokol MS y col 2001). En otro estudio multicéntrico se comparó fluoxetina a 80 mg versus placebo en 93 pacientes con recuperación ponderal, este grupo se siguió por periodo de un año a nivel de un hospital de día, en donde se les atendía una vez por semana para terapia cognitiva conductual y mensualmente se les realizaba una evaluación de diferentes medidas psicométricas. A diferencia del primer estudio descrito, este que se realizó a mayor escala; falló en demostrar mejoría al sumar el uso de fluoxetina a la terapia cognitiva conductual, en términos de reducción de recaídas y mantenimiento del peso; además adicionalmente tampoco se logró demostrar mejoría en los índices de disminución de ansiedad, depresión o sintomatología relacionada propiamente con la Anorexia Nerviosa. (Walsh BT, Kaplan As, Attia E, Olsted m, Parides M, Carter JC y col, 2006)

En resumen hay 3 estudios randomizados controlados con fluoxetina, los cuales han presentado altas tasas de abandono durante su realización y no son concluyentes en demostrar que el tratamiento disminuye las recaídas y ayuda al mantenimiento ponderal. Potenciar la fluoxetina con otros suplementos nutricionales como triptófano, vitaminas y ácidos grasos esenciales , no se ha asociado a mayor aumento de peso. (Barbarich NC, McConaha CW, Halmi KA, Sunday SR, gaskill J, la Vía M y col, 2004)

El bupropión está contraindicado en esta población secundaria al aumento en las convulsiones reportado, la mirtazapina por su parte se ha asociado con neutropenia, por lo que se debe evitar su uso en pacientes con riesgo de discrasias sanguíneas. (Yager J, Powers P, 2007)

No se encontró evidencia que recomendara el uso de inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina como la Venlafaxina. Existe un estudio pequeño de 24 pacientes asignados aleatoriamente a fluoxetina 40 mg contra venlafaxina 75 mg junto como coadyuvante a la terapia cognitiva conductual a 6 meses plazo, este logró demostrar mayor disminución de sintomatología ansiosa con venlafaxina, sin llegar a demostrar diferencias a nivel de IMC o sintomatología relacionada con la anorexia nerviosa. (Ricca V, Manucci E, Paionni A, 1999)

Existen pocos estudios que han analizado la eficacia de la sertralina y el citalopram, ninguno de estos ha demostrado efectos directos del fármaco en la ganancia de peso para pacientes manejadas ambulatoriamente.

Antipsicóticos

Los antipsicóticos fueron de los primeros fármacos en estudiarse dada la distorsión casi delirante de la imagen corporal que se encuentra en estos pacientes. La primera generación de estos fármacos, no mostró ninguna mejoría y por el contrario predispuso a disminución del umbral convulsivo y prolongación del intervalo QT. (Yager J, Powers P, 2007)

Ha existido desde entonces mayor interés en el estudio de antipsicóticos atípicos, tomando en cuenta que estos aumentan peso, y tienen propiedades ansiolíticas y antiobsesivas. La Olanzapina es el antipsicótico con mayormente reportado por la literatura para el tratamiento de la Anorexia nerviosa, reportes de casos han descrito mejoría mediante ganancia de peso y disminución de la distorsión de la imagen corporal (Boachie a, Goldfield GS, Spettigue W,2003)

Otro estudio abiertos con una pequeña muestra de 15 pacientes comparando Olanzapina 5-15 mg/ día versus Clorpromazina 25-100 mg/ día, demostró una disminución de las rumiaciones hasta en un 54% versus 9% respectivamente. (Mondratyn, Birmingham CL, Touyz S, Sundakov V, Chapman L, Beumont P, 2005)

Olanzapina podría disminuir sintomatología obsesiva y acelerar la ganancia de peso, esto según un estudio abierto randomizado con 34 mujeres a las cuales se les dio Olanzapina versus placebo, ambos grupos recibieron el tratamiento en hospitales de día. (Bissada H, Tasca GA, Barber AM, Bradwejn J, 2008)

En el año 2005 el Instituto Nacional de salud mental Norteamericano realizó un estudio sobre el rol de la olanzapina en el manejo de pacientes ambulatorios con bajo peso, con buena respuesta. Pese a que aún no hay evidencia definitiva y contundente se debe de valorar su uso en casos individuales y como terapia coadyuvante no como tratamiento único. (Attia E, Kaplan AS, Schroeder L, et al., 2005)

Existen 2 estudios abiertos en el 2007 para el uso de quetiapina, los cuales no lograron dmostar mejoría en el aumento de peso basal, también un reports de casos para Risperidona en donde se describe mejoría en la persepción de la imagen corporal, todos estos limitados por pequeñas muestras , gran deserción y poca adherencia. Ante esto Olanzapina es el único antipsicótico típico del que hay alguna evidencia de efectividad según estudios randomizados controlados abiertos. (Grilo C, Mitchell J, 2010)

Reguladores del estado de ánimo

No hay evidencia que apoye su uso en Anorexia Nerviosa, con la excepción de que haya comorbilidad con Trastorno afectivo bipolar, en este caso se advierte

del uso del Litio por la potencial deshidratación que podrían presentar estos pacientes. (Yager J, Powers P, 2007)

Agentes prokinéticos

Pacientes con Anorexia suelen reportar sensación de saciedad temprana y regurgitación durante la realimentación, se han realizado estudios con metoclopramida y domperidona , en los cuales los pacientes han reportado mejoría inicial; sin embargo, se debe de estar alerta del potencial riesgo por efecto extrapiramidal con el uso de estos medicamentos. (Yager J, Powers P, 2007)

Otros fármacos

Suplementos como calcio, vitamina D, estrógeno y progesterona se utilizan regularmente para disminuir y minimizar la osteopenia u osteoporosis, no se ha demostrado que prevengan realmente el deterioro en el esqueleto. La única intervención eficaz es la rehabilitación nutricional mientras se este aún en periodo de crecimiento. (Golden NH, Lankowsky L, Schebendach J, et al., 2002)

El Zinc, la ciproheptadina y el tetrahydrocannabinol, no han logrado probar ser de ayuda para mejorar el apetito, lograr aumento de peso y disminuir distorsiones cognitivas en torno a la figura corporal.(Grilo C, Mitchell J, 2010)

CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Esta investigación se realizará mediante un estudio cualitativo observacional descriptivo de registros médicos.

Es retrospectivo ya que analizará población atendida en el HNP durante el período comprendido entre Enero del 2008 y Abril del 2013.

Será un estudio no experimental ya que el investigador no tiene control directo sobre las variables.

3.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

El centro asistencial donde se realizará el estudio es el Hospital Nacional Psiquiátrico, el cual pertenece a la CCSS.

Se incluirá dentro de la investigación el servicio de consulta externa de adultos, el servicio de consulta externa para niños y adolescentes y el servicio de hospitalización de corta estancia.

3.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes con diagnóstico de Anorexia Nerviosa según CIE-10 atendidos en los servicios de hospitalización y consulta externa entre Enero del 2008 y abril del 2013.

Los datos serán obtenidos mediante la revisión de expedientes clínicos; no se realizarán evaluaciones directas sobre los pacientes.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Población con diagnóstico de Anorexia Nerviosa según criterios de CIE-10
- Población comprendida entre los 8 a los 30 años
- Hombres o Mujeres
- Población provenientes de cualquier grupo étnico
- Población proveniente de cualquier nacionalidad
- Pueden tener otras comorbilidades psiquiátricas asociadas
- Se utilizará como referencia el primer ingreso

3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Paciente cuya conducta alimentaria anómala pueda ser explicada mejor por otra patología médica no psiquiátrica.
- Expedientes clínicos en donde la información disponible genere dudas diagnósticas
- Pacientes menores a los 8 años o mayores de 30 años

3.6 DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA

Se plantea realizar el estudio con la población con Anorexia Nerviosa atendida en el Hospital Nacional psiquiátrico, durante los últimos 5 años, por lo que el paso inicial fue solicitarle al departamento de estadística de dicho centro, un listado de expedientes, cuyo primer o segundo diagnóstico registrado fuera el de trastornos de la conducta alimentaria.

En la primera lista se recopiló las atenciones en Consulta externa para adolescentes, niños y adultos entre Enero del 2008 - Abril del 2013 y en el segundo se cuantificaron los egresos hospitalarios con diagnóstico de TCA entre Enero del 2008 y abril del 2013. De estos listados, se seleccionaron los pacientes con Diagnóstico de Anorexia Nerviosa según CIE10. La muestra inicial fue de 52 pacientes.

Después de la realización y presentación del protocolo al comité local de bioética, y contando con la previa aprobación del comité, se le solicitara al departamento de estadística los números de expedientes de la muestra inicial.

Se revisarán exhaustivamente cada uno de los expedientes para valorar si cumplen con los criterios de inclusión para el estudio, de ser así se recopilará los datos con el instrumento de cuestionario propuesto (Anexo1).

El cuestionario esta conformado por ítems que resumen los puntos claves del abordaje para pacientes con Anorexia Nerviosa, según lo propuesto en guías internacionales de España, Estados Unidos e Inglaterra.

Para garantizar la mayor confidencialidad se establece una clave para cada cuestionario la cual utiliza las iniciales de Anorexia Nerviosa “ AN”, seguida de una letra “H” que hace referencia a pacientes que fueron hospitalizados y una letra “C” para pacientes que llevan control en la consulta externa. Al lado de las

tres iniciales escritas con letra mayúscula se colocará un número del 1 en adelante, siguiendo en orden en que se revisarán los expedientes.

Los códigos alfabético numéricos se cotejarán con homólogos en una lista que si contendrá los números de expediente de los pacientes, esta será manejada con suma confidencialidad y exclusivamente por la investigadora principal.

El procesamiento de los datos se realizará bajo la supervisión de un profesional en estadística, con el fin de realizar una interpretación adecuada de la información obtenida y poder codificar los datos, que luego serán transmitidos a una matriz para su análisis.

Se hará una descripción amplia de los resultados encontrados, la información analizada se presentará mediante gráficas y cuadros, de los cuales se realizará un análisis interpretativo de los resultados, esto con el fin de ilustrar lo obtenido.

En una segunda fase, los resultados del análisis del abordaje a nivel institucional se compararán con lo propuesto según las guías de práctica clínica basadas en evidencia de España, Estados Unidos e Inglaterra.

A manera de conclusión se pretende realizar una revisión que sirva de guía para el abordaje de la Anorexia Nerviosa y plantear pautas de manejo clínico, así como tratamientos factibles para el sistema de salud nacional que se adapten a las características clínicas y sociodemográficas de la población.

3.7 TÉCNICA DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

El muestreo será realizado al azar, se seleccionará de forma directa e intencionada los individuos de la población.

A nivel de la consulta externa del Hospital Nacional Psiquiátrico se atendieron en los períodos comprendidos en el estudio a 93 pacientes en total con diagnóstico de TCA, de estos solo 4 eran hombres y el restante de 89 eran mujeres.

De esta muestra de 93 pacientes , 19 tenían diagnóstico de Anorexia Nerviosa como diagnóstico principal.

En el servicio de hospitalización el número de pacientes atendidos entre el período de realización del estudio corresponde a 38 pacientes, de los cuales 36 eran mujeres y 2 hombres.

De esta muestra de 38 , solo 10 pacientes egresaron con diagnóstico de anorexia Nerviosa.

El tamaño de la muestra propuesto corresponde a 29 pacientes, para los cuales deberá revisarse si cumplen criterios de inclusión propuestos.

4. Plan de trabajo

4.1 Duración y cronograma del estudio

1 año de Enero del 2013 a Enero del 2014

Fecha estimada de inicio y período de enrolamiento

Actividad	Mes	Posible fecha de entrega	Tiempo estimado
Recolección y lectura de literatura basada en la evidencia en relación al tema de estudio	Enero a Abril del 2013		4 meses
Planeamiento de la investigación	Abril a Mayo del 2013		2 meses
Propuesta de investigación al posgrado	Mayo 2013	13/05/13	
Primera presentación de protocolo al CLOBI	Octubre 2013	04/10/13	15 días
Entrega de avance al posgrado	Octubre 2013	30/10/13	
Segunda presentación al CLOBI del protocolo con enmiendas	Octubre 2013	31/10/13	15 días
Trabajo de campo: Revisión de expedientes y recolección de datos	Noviembre y diciembre 2013		2 meses
Fase de análisis	Enero 2014		15 días
Presentación de reporte final	Enero 2014	15/01/14	

4.2 Pruebas estadísticas utilizadas

Se utilizaran los siguientes programas para el análisis de datos, Microsoft Excel y Microsoft Word.

5. Limitaciones y posibles sesgos del estudio

A nivel de la C.C.S.S, los diagnósticos se realizan con el sistema de clasificación internacional CIE-10, sin embargo; la mayoría de la literatura basada en evidencia utiliza la clasificación del DSM-IV y DSM5, en este estudio de incluyen los pacientes con diagnóstico de anorexia atípica propio del el CIE-10 en el rubro de Trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

Una limitación importante es las falta de unidades para manejos ambulatorios parciales y residenciales, ya que esto deja como única opción las opciones de manejo intrahospitalario y ambulatorio total.

Cuando se propone un manejo ambulatorio total, secundario a la demanda de los servicios de salud nacional, es poco factible la probabilidad de citas dos veces por semana, como es estipulada en la mayoría de los protocolos internacionales, esto crearía un sesgo importante.

Mucha de la información propuesta en el cuestionario no se encontraba recopilada en los expedientes clínicos, por lo que algunos datos debieron tabularse como “no especificados”.

Puntualmente haciendo alusión a las preguntas del instrumento de recolección de datos en la parte de recolección para datos de a familia no suele incluirse si hay antecedente de obesidad en familiares de primer grado, solo en 6 expedientes de la muestra se documentaba como positivo, no así en los restante, siendo en estos casos difícil interpretar si el entrevistador no lo había

descrito por ser el dato negativo, o no lo había preguntado del todo. Fuera de evaluaciones de tamizaje para cuestionarios sobre trastornos de la conducta alimentaria, es raro que el clínico indague sobre el estado nutricional de la familia. Por tanto, es evidente la necesidad de educar más a los clínicos sobre este punto en particular.

En la sección del cuestionario correspondiente a las características clínicas del trastorno, el ítem 5 correspondiente a “ peso deseado por el paciente” , no fue posible recopilar este dato en la mayoría de los casos, ya que solo había sido preguntado en 4 expedientes. El inconveniente viene en que se pierde el auto parámetro de la paciente para considerar cual es el peso “adecuado”, o si ella misma mantiene un peso adecuado, lo que sería en sí mismo una limitante en la valoración del criterio de distorsión de la imagen corporal.

En la misma sección a nivel del ítem 7 que recolectaba datos acerca de conductas compensatorias surgió como limitante, que pese a que en la mayoría de las entrevistas se interrogaba a las pacientes sobre la realización de ejercicio físico, solo se consignaba como afirmativo o negativo y en la mayoría de los casos, no se describía el tipo o la frecuencia.

La mayor limitante en torno a la recolección de datos se encontró en la sección de cuestionario asignada a recolectar la información de estudios complementarios realizados a las pacientes. Solo en 1 caso se realizó TAC de cerebro y densitometría ósea, y solo en 2 ocasiones se indicó la realización de Ultrasonido de abdomen y gastroscopia.

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

La muestra final correspondió a 29 expedientes, solo uno de estos correspondía a un paciente de género masculino, este no se pudo ser incluido en el estudio secundario a que no cumplía criterios reales para el diagnóstico de AN.

6 expedientes se repetían en el listado de pacientes hospitalizados y el de pacientes atendidos a nivel de consulta externa, esto secundario a que habían tenido varios ingresos en el período del estudio, por lo que solo se tomó en cuenta el primer internamiento. Otros de los números de expedientes que repetían correspondían a pacientes que posterior a el egreso de hospitalización habían seguido control en la consulta externa del H.N.P.

Posterior a la revisión de los expedientes 23 cumplieron con los criterios de inclusión en el estudio y fueron los que se utilizaran dentro del análisis, de estos la muestra total corresponde a mujeres; de las cuales 17 fueron abordadas a nivel de hospitalización y 6 de manera ambulatoria en la consulta externa.

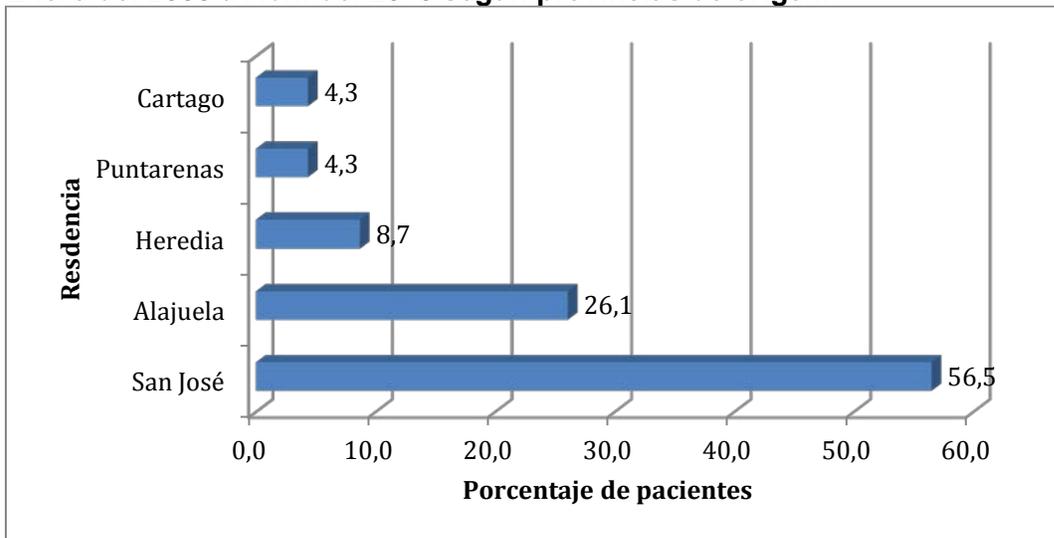
6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

La edad promedio de la muestra analizada fue de 16 años, estos datos se asemejan con la presentación bimodal descrita por Yager & Powers (2007), con un pico de incidencia entre 13-14 años y 17-18 años. El 100% de los expedientes analizados correspondió a mujeres, lo cual guarda cercana relación a la estadística estadounidense de relación de 1:10 hombres por mujeres. (Hoek HW, Van Hoeken D, 2003)

El estado civil de las 23 pacientes era la soltería, lo cual es esperable tomando en cuenta que 20 pacientes eran adolescentes menores de edad. En cuanto al lugar de residencia eran provenientes en un 56,5% de San José, 26,1% de

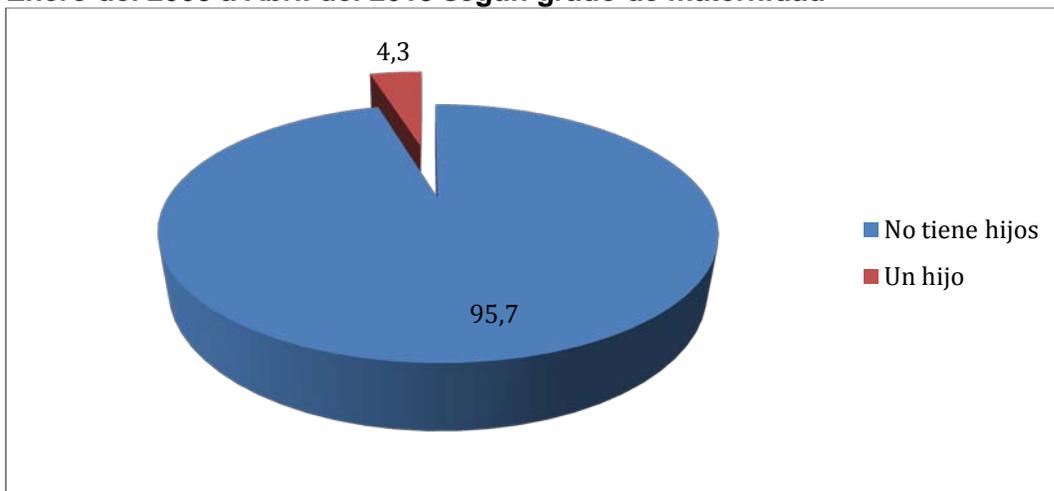
Alajuela, 8,7% de Heredia, 4,3% de Puntarenas y 4,3% de Cartago (gráfico 1), de estas el 95,7% no tenían hijos y solo un 4,3% , equivalente a una paciente tenía 1 hijo. Es importante recordar que puede subestimarse el número de pacientes procedentes de la región Atlántica, puesto que las mismas son manejadas por el servicio de hospitalización del Hospital Tony Facio.(gráfico 2)

Gráfico 1. Distribución de las pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013 según provincias de origen.



fuelle: elaboración propia

Gráfico 2. Distribución de las pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013 según grado de maternidad



fuelle: elaboración propia

En la descripción del grado académico, 21 de las pacientes se encontraban cursando la educación secundaria, 1 en educación técnica y 1 con educación universitaria (cuadro 1).

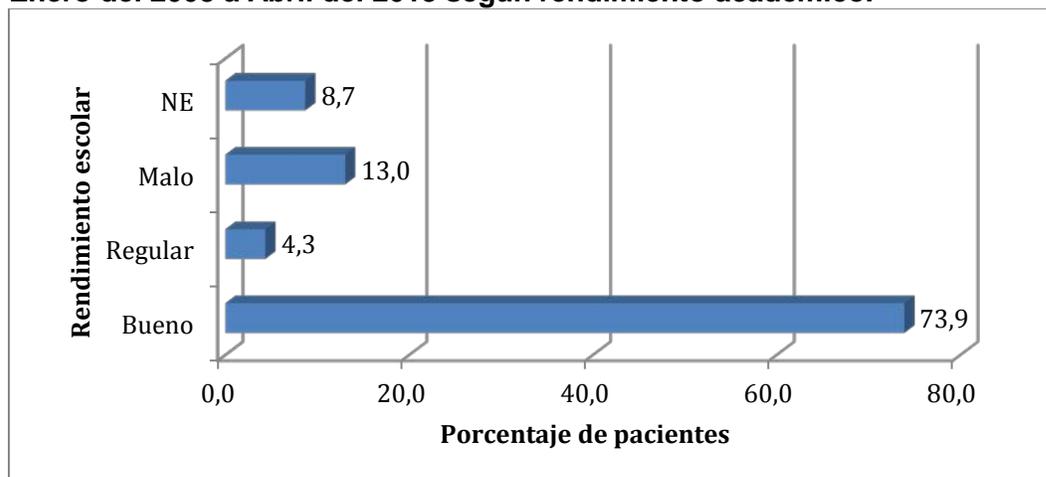
Cuadro 1. Grado académico en la población de pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.

Grado académico	Frecuencia	Porcentaje
Quinto año de colegio	1	4,3
Sétimo año de colegio	2	8,7
Octavo año de colegio	6	26,1
Noveno año de colegio	4	17,4
Décimo año de colegio	3	13,0
Undécimo año de colegio	5	21,7
Bachillerato por madurez y técnicos en INA	1	4,3
Licenciatura en educación	1	4,3
Total	23	100,0

Fuente: elaboración propia

Las características de personalidad encontradas en pacientes con AN como la rigidez y el perfeccionismo (Western D, Harnden –Fischer J, 2001); podrían explicar un buen rendimiento académico en estas jóvenes, de la muestra analizada un 73,9% se reportó como bueno, 4,3% regular, 13% malo y 8,7% no se especificó (gráfico 3).

Gráfico 3. Distribución de las pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013 según rendimiento académico.



fuentes: elaboración propia

6.2 DATOS DE LA FAMILIA

Respecto a la familia como posible factor decisivo en la génesis de la anorexia nerviosa, puede afirmarse que la familia como tal y sus disfunciones y conflictos en particular, no pueden ser considerados como agentes causales específicos del trastorno. Lo que sí se ha observado es que suele haber un cierto predominio de estilo educativo sobreprotector, al tiempo que se ha comprobado un antecedentes de trastornos alimentarios, afectivos y de ansiedad en los familiares de pacientes con anorexia. No obstante, estos elementos no pueden considerarse sino como factores de riesgo inespecíficos, es decir, que se asocian a muchas otras patologías que no son exclusivamente alimentarias.

Por su parte Minuchin, Rosman y Baker (1979) describieron cuatro factores que caracterizan a la “familia anoréxica”:

- a) Los miembros de la familia no están claramente diferenciados. Se pierden en el sistema familiar y hay gran intensidad en sus interacciones.
- b) Sobreprotección.
- c) Rigidez. La familia no quiere cambiar.
- d) Evasión del conflicto.

Las familias estudiadas se conformaban en un 52,2% por padres casados, 39% por padres separados, 1% por madres solteras y en un 1% no se especificaba el estado civil de los padres. (cuadro 2)

Cuadro 2. Estado civil de los padres de pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.

Estado civil padres	Frecuencia	Porcentaje
Casados	12	52,2
Madre soltera	1	4,3
Separados	9	39,1
NE	1	4,3
Total	23	100,0

Fuente: elaboración propia

De las 23 pacientes en análisis, 22 tenían hermanos, su posición entre estos era en un 47,8% la de hermana mayor versus un 17,4% como la hermana menor (cuadro 3). En uno de los casos estudiados la paciente era hermana gemela, su hermana no cumplía criterios para TCA, pero sí para obesidad. Los estudios en gemelos estiman una heredabilidad que va en un rango de 31 al 76% en pacientes con AN. (Bullick C, Sullivan P, Wade T, Kendler K, 2000)

Cuadro 3. Posición entre los hermanos que ocupan las pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.

Lugar entre hermanos	Frecuencia	Porcentaje
Mayor	8	34,8
Mayor gemela	3	13,0
Menor	4	17,4
Segunda	6	26,1
Tercera	1	4,3
Única	1	4,3
Total	23	100,0

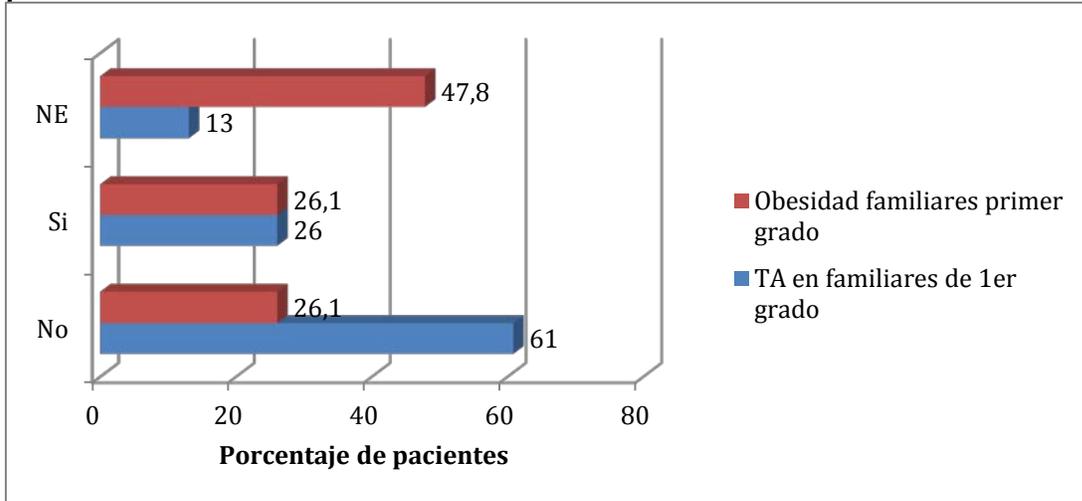
Fuente: elaboración propia

Como factores socioculturales de riesgo para AN, se describen antecedentes familiares de trastornos afectivos y de sintomatología obsesiva compulsiva, dieta y/o conductas alimentarias atípicas en la familia (preocupación por perder peso proveniente de los padres), obesidad, alcoholismo, hábitos alimentarios poco regulares en la infancia y actividades durante la infancia- adolescencia que valoren excesivamente el peso. (Guía de la práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria, 2009).

En un estudio grande de casos y controles realizado por Strober M. (2000) , se logró demostrar que las mujeres con antecedente en familiares de primer grado con diagnóstico de AN, tenían 11. 4 veces más probabilidad de desarrollar el trastorno que la población en general. El 26,1% de las pacientes en estudio, equivalente a la frecuencia de 6 casos, presentaron antecedentes heredofamiliares positivos para TCA, hubo 3 casos en donde no se consignaba en el expediente esta información, algo similar sucedió con el antecedentes de obesidad en familiares de primer grado, ya que pese a que se considera un

factor de riesgo, el dato se omitió de la entrevista a 11 pacientes, lo cual equivalía a un 47,8% de la muestra. (gráfico 4)

Gráfico 4. Antecedente de TA y Obesidad en familiares de primer grado de pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013



fuentes: elaboración propia
TA: trastorno de alimentación

Dentro de los trastornos mentales encontrados en familiares de primer grado; el trastorno depresivo fue el más predominante, presente en el 60,9% de la muestra, seguido por el alcoholismo con un 43,5% y la farmacodependencia 13%. Solo en un caso respectivamente se encontró antecedente de trastornos ansiosos y enfermedades mentales como Esquizofrenia y Trastorno afectivo Bipolar. (cuadro 4)

Cuadro 4. Antecedentes de otros trastornos mentales en familiares de primer grado de pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.

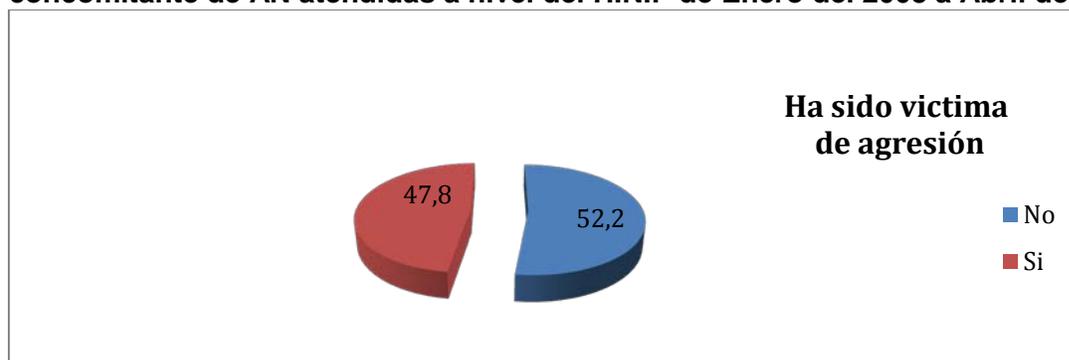
Antecedentes familiares trastornos mentales	Frecuencia	Porcentaje
Depresión	14	60,9
Alcoholismo	10	43,5
Farmacodependencia	3	13,0
Trastorno de personalidad límite	2	8,7
Trastorno Afectivo Bipolar	2	8,7
Esquizofrenia	1	4,3
Epilepsia	1	4,3
Polineuropatía	1	4,3
Suicidio	1	4,3
Ansiedad	1	4,3
Sin antecedentes	3	13,0
Total	23	100,0

Fuente: elaboración propia

6.3 ANTECEDENTES PERSONALES

En esta sección del cuestionario mediaron 3 puntos esenciales: la presencia de violencia física y el subtipo de esta, los antecedentes de sobrepeso o comentarios peyorativos en torno al peso de las pacientes previo el inicio del TCA y los antecedentes en la realización de dietas para adelgazar. De las pacientes en estudio el 47,8%, equivalente a una frecuencia de 11 pacientes fue víctima de violencia (comportamiento deliberado que puede provocar daño físico a otros seres). (gráfico 5)

Gráfico 5. Distribución de las pacientes víctimas de agresión con diagnóstico concomitante de AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013



fuentes: elaboración propia

El subtipo más frecuente de violencia fue la sexual, presente en un 72,7% de las pacientes, equivalente a una frecuencia de 8 pacientes (cuadro 5). Esta cifra es más alta que la reportada de un 20 a 50 % para pacientes con TCA, siendo más común la presencia de violencia en pacientes con Bulimia Nerviosa que con Anorexia nerviosa. Las mujeres con antecedentes de abuso sexual en un contexto de TCA, tienen tasas mayores de comorbilidades con otros trastornos psiquiátricos. (Wonderlich S, Brewerton T, Jovic Z, Danskyr B, Abbott DW, 1997)

Cuadro 5. Subtipos de agresión presentes en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.

Tipo de agresión	Frecuencia	Porcentaje
Sexual	6	54,5
Sexual/ física	2	18,2
Verbal	2	18,2
Física	1	9,1
Total	11	100,0

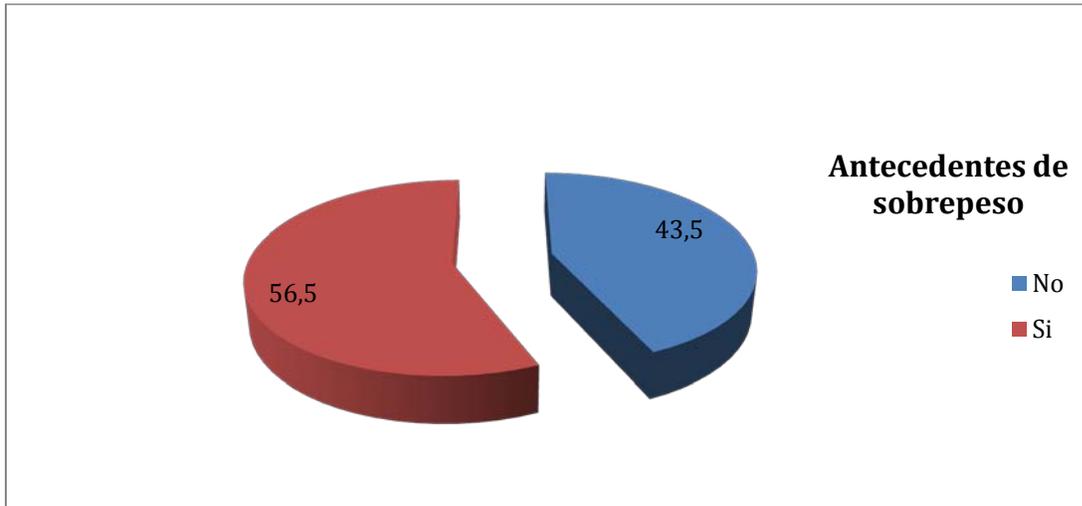
Fuente: elaboración propia

Historia premórbida de obesidad se ha reportado en un 7 a 20 % en pacientes con AN, existe evidencia prospectiva que este dato conduce a la propensión de un aumento significativo en la insatisfacción corporal y al desarrollo de hábitos de dieta, así como baja autoestima, similar a lo descrito previamente en la menarca temprana. (National Collaborating Centre of Mental health, 2004).

Datos muy similares se encontraron en la población analizada, en donde el 56,5% tenía antecedente de sobrepeso y además recibían en su mayoría comentarios peyorativos y sobrenombres por esto, de parte de compañeros del colegio y familiares de primer grado. (gráfico 6)

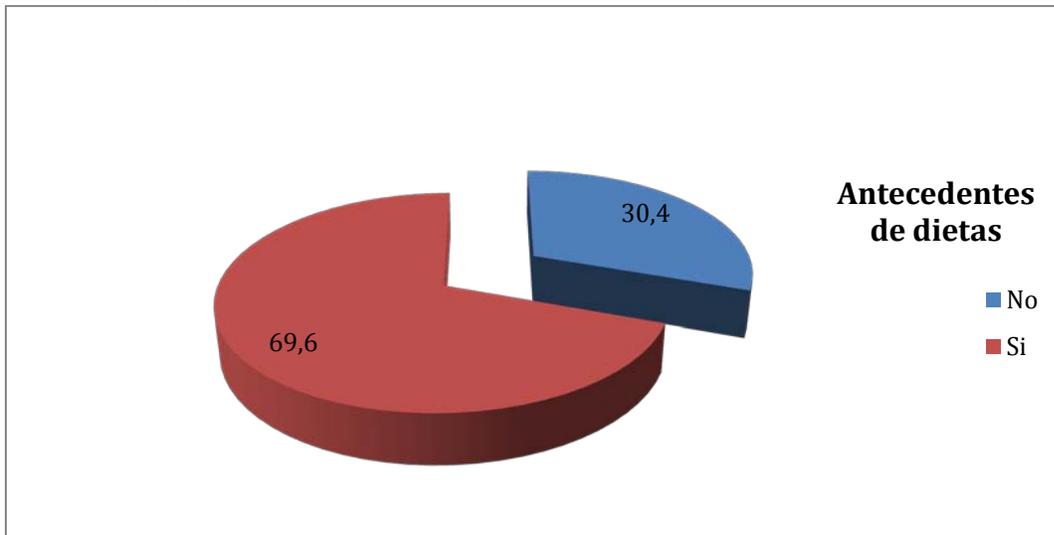
El 69,9% equivalente a una frecuencia de 16 pacientes habían realizado dietas previo al inicio del trastorno. (gráfico 7)

Gráfico 6. Antecedente de sobrepeso en pacientes con diagnóstico concomitante de AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013



fuelle: elaboración propia

Gráfico 7. Antecedente en realización de dietas previo al inicio del trastorno en pacientes con diagnóstico de AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013



fuelle: elaboración propia

6.4 CARACTERÍSTICA CLÍNICAS

La edad de inicio para anorexia nerviosa tuvo un promedio global en la muestra de 13,8 años, el IMC de ingreso para las pacientes se encontrada en 21 pacientes < 18,5, lo cual se describe como bajo peso, 10 pacientes se clasificaban como delgadez extrema (IMC < 16), 7 pacientes presentaban delgadez moderada (IMC 16-16,9) y 3 con delgadez leve (IMC 17-18,49). El resto de la muestra de 3 pacientes, aún mantenía un IMC clasificado como normal (18,5-24,99).

Cuadro 6. Índices de Masa Corporal según primera consulta con nutrición en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.

Índice masa corporal	Frecuencia	Porcentaje
12	2	8,7
13	3	13,0
14	2	8,7
15	3	13,0
16	7	30,4
17	3	13,0
18	1	4,3
19	1	4,3
20 y mas	1	4,3
Total	23	100,0

Fuente: elaboración propia

Estos índices de masa corporal, así como el peso en kilogramos y la talla en centímetros, se tomaron para su análisis de la primera atención que estas pacientes tuvieron con los departamentos de nutrición a nivel de hospitalización o en la consulta externa.

El peso mínimo alcanzado durante el transcurso del trastorno coincidía en 14 de las pacientes con el peso reportado en la primera atención, se podría hipotetizar que eso es secundario a que es con la disminución de peso marcada que el núcleo cercano a la paciente nota cambios físicos que los arietan a buscar ayuda y reconocer que hay un problema; además podría en los casos de

pacientes hospitalizadas ser un reflejo de fracaso a nivel de abordaje ambulatorio.

El dato del peso deseado por la pacientes suele incluirse en las entrevistas dirigidas a pacientes con trastornos de conducta alimentaria, este funciona como factor predictor de evolución y nos da una idea del nivel de distorsión corporal que presenta la paciente, en solo 5 pacientes de la muestra se logró encontrar este dato ya que se omitió en la entrevista de las 18 restantes. (cuadro 7)

Cuadro 7. Peso deseado en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.

Peso deseado	Frecuencia	Porcentaje
<50	1	4,3
28	1	4,3
34	1	4,3
35	1	4,3
47	1	4,3
NE	18	78,3
Total	23	100,0

Fuente: elaboración propia

Una vez iniciado el control a nivel hospitalario, ya sea a nivel de consulta externa o hospitalización; 22 de las pacientes equivalente al 95,7% de la muestra siguieron una dieta supervisada por profesionales en nutrición.

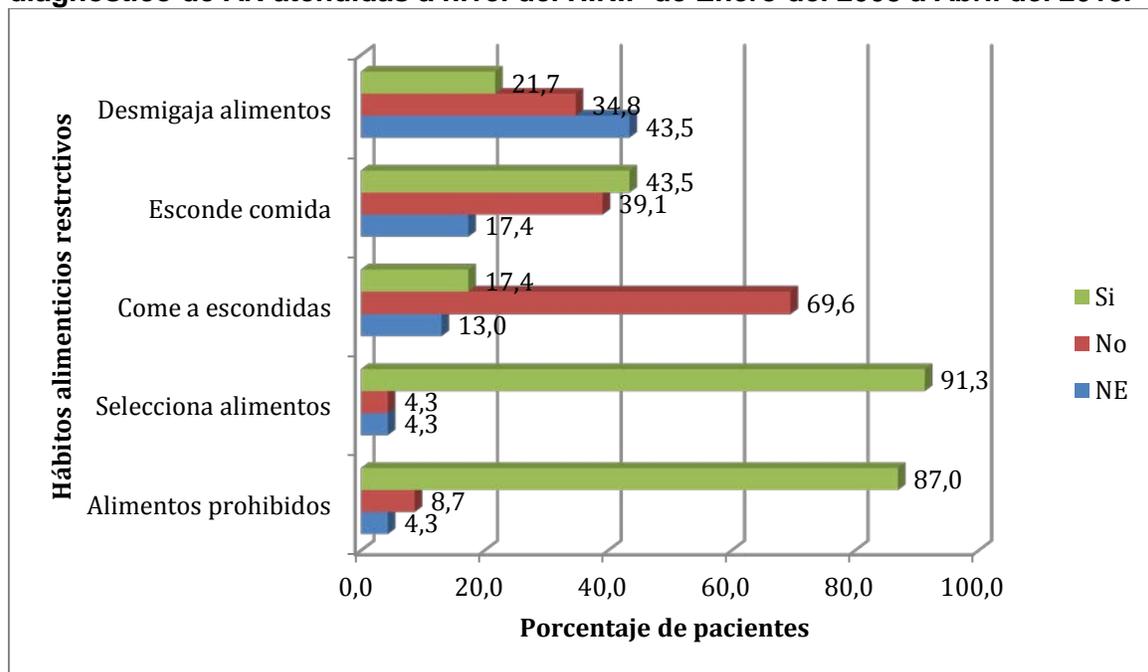
El peso meta en cada caso era dado por nutrición y en los casos de manejo intrahospitalario, el egreso iba de la mano en la mayoría de los casos con el alcance de esta cifra.

6.5 HÁBITOS ALIMENTARIOS

Los hábitos que se evaluaron fueron la presencia o ausencia de : alimentos prohibidos, selección e alimentos, comer a escondidas, esconder la comida, desmigajar los alimentos, realizar atracones y conductas compensatorias como : purgas, uso de laxantes, realización de ejercicio físico, uso de diuréticos para perder peso y ingesta de pastillas anorexígenas.

Dentro de las características de los hábitos alimentarios restrictivos en las pacientes, la selectividad de los alimentos fue la más preponderante, encontrándose en el 91,3% de los casos, seguido por la presencia de alimentos prohibidos en la dieta con un 87%. El hábito de desmigajar alimentos se omitió de la entrevista en un 43,5% de los casos. (Gráfico 8)

Gráfico 8. Presencia de hábitos alimentarios restrictivos en pacientes con diagnóstico de AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.

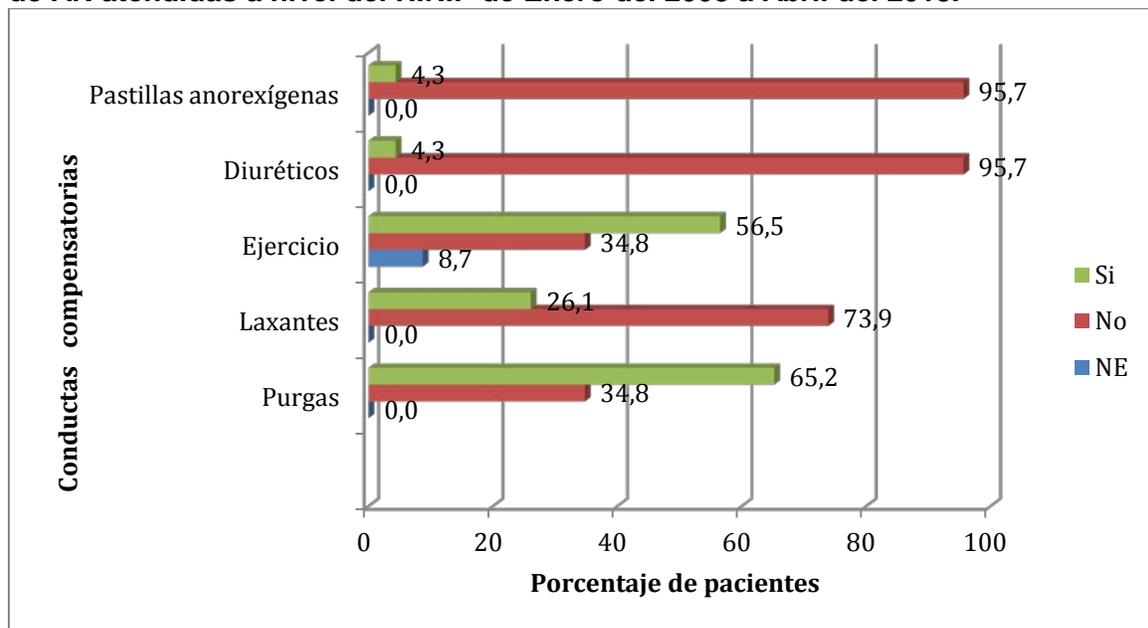


fuentes: elaboración propia

La realización de atracones alimentarios solo se encontró en 5 de los casos, en los cuales estos episodios habían sucedido antes de la consulta inicial y no cumplían criterios para trastorno por atracón ya que eran episodios aislados sin periodicidad semanal. En 4 de los expedientes analizados no se les preguntó a las pacientes si incurrían en este hábito.

La conducta compensatoria más frecuente fue la de vómitos auto inducidos, presente en un 65,2% de las pacientes. El ejercicio físico fue el segundo mas descrito, con la limitante de que de las 13 pacientes en que se reportó como presente, solo en 6 casos se describía el tipo de ejercicio físico y las horas dedicadas al día en este, en 2 casos se describió el tipo más nos e documentó la frecuencia y en uno solo se describió las horas dedicadas sin mencionar el tipo realizado. (Gráfico 9)

Gráfico 9. Presencia de conductas compensatorias en pacientes con diagnóstico de AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.



fuentes: elaboración propia

Al comparar el gráfico 7 con el 8, se hace evidente que a nivel de la historia clínica se suele explorar más sobre conductas compensatorias, sobre las

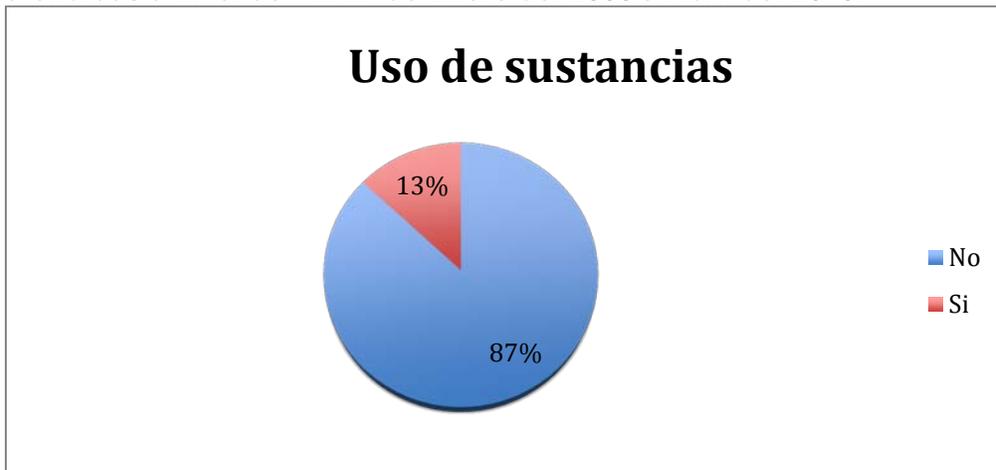
restrictivas ya que en estas últimas los porcentajes de preguntas no especificadas eran mayores.

6.6 CONDUCTAS IMPULSIVAS

El uso de sustancias es común en la población con TCA, en los pacientes con AN se estima un porcentaje de 12 a 18%, siendo más frecuente su presentación en pacientes que asocian conductas purgativas y en los que presentan comorbilidad con trastorno por atracón. Este subtipo de pacientes presenta además, mayor nivel de problemas de impulsividad, incluyendo la presencia de conductas suicidas o autolesivas. (APA Work Group on Eating Disorders, 2006)

El uso de drogas fue positivo en solo el 13% de la muestra, lo cual fue equivalente a 3 pacientes, de las cuales una reportaba un caso de consumo perjudicial de cannabis y 2 de alcohol. (Gráfico 10)

Gráfico 10. Presencia de uso de sustancias en pacientes con diagnóstico de AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.



fuentes: elaboración propia

Las tasas de suicidio en la población con AN son 57 veces más altas en comparación con la población general. Índices de peso muy bajos, larga evolución de la enfermedad y uso de alcohol, se asocian con mayor riesgo de

mortalidad. (Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, Delinsky SS, Franco DL, Blais MA, 2002)

A nivel de la muestra analizada en relación con intentos suicidas o amenazas; 57% de las pacientes dieron positivas, lo cual equivale a una frecuencia de 13 pacientes, dentro de las conductas reportadas están 5 casos con heridas de vacilación, 2 casos con intoxicaciones medicamentosas, 3 casos con heridas de vacilación e intoxicación medicamentosa, 1 caso mediante ingesta de plaguicida y 2 casos donde lo que las paciente emitieron exclusivamente amenazas.

6.7 PATOLOGÍA MÉDICA CONCOMITANTE

La inanición y las conductas purgativas asociadas a los TCA tienen el potencial de causar alteraciones en todos los órganos del sistema, es por esto que los equipos involucrados en el abordaje de este manejan este tipo de pacientes deben estar al tanto de las consecuencias médicas agudas y a largo plazo en esta población. Muchos de los cambios a nivel físico son el resultado de las adaptaciones propias del organismo para mantener la homeostasis como respuesta a la desnutrición. A continuación se analizaran las consecuencias físicas encontradas en la población analizada por sistemas

Se encontraron alteraciones a nivel cardiovascular en 6 de las pacientes abordadas, taquicardia fue la alteración más predominante, presentándose en el 17,4% de la muestra, el equivalente a una frecuencia de 4 pacientes, estas pacientes presentaban delgadez extrema ($IMC < 16$); 3 de ellas presentaban hábitos restrictivos y 1 purgativos. Las otras alteraciones encontradas fueron las más frecuentes descritas para AN según Le Grange D, Lock J (2011) 8, 6% lo cual equivale a 2 pacientes presentó bradicardia y solo en un caso se describió hipotensión arterial. (Cuadro 8)

Cuadro 8. Alteraciones cardiovasculares en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.

Cardiacas	Frecuencia	Porcentaje
Bradicardia	1	4,3
Bradicardia, hipotensión	1	4,3
Taquicardia	4	17,4
No	17	73,9
Total	23	100,0

Fuente: elaboración propia

Las alteraciones hidroelectrolíticas pueden instaurarse de manera rápida y requieren monitoreo constante en pacientes con TCA, sobre todo en los que presentan vómitos autoinducidos, uso de laxantes o diuréticos y bajo peso extremo. De estas complicaciones; la más frecuente con un 21,7% equivalente a 5 pacientes fue la hiponatremia. (Cuadro 9)

Cuadro 9. Alteraciones metabólicas en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.

Metabólicas	Frecuencia	Porcentaje
Hiponatremia	5	21,7
Hipocloremia, hipokalemia	1	4,3
Hipoalbuminemia	1	4,3
No	17	73,9
Total	23	100,0

Fuente: elaboración propia

De la muestra en análisis, 16 pacientes presentaron algún tipo de alteración gastrointestinal, de estas la más frecuente en frecuencia fue el estreñimiento en 6 pacientes, equivalente al 26 %. La dispepsia y la diarrea se presentaron en 3 casos respectivamente y gastritis en 2 casos. (Cuadro 10)

Solo 7 pacientes presentaron alteraciones a nivel neurológico, de estos 4 pacientes equivalente al 4% presentaron cefalea, en un caso se reportó extrapirramidalismo el cual fue un efecto adverso a el uso de haloperidol en gotas. (cuadro 11)

Cuadro 10. Alteraciones gastrointestinales en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.

GI	Frecuencia	Porcentaje
Colitis	2	8,7
Diarrea	1	4,3
Diarrea, dispepsia	1	4,3
Diarrea, epigatralgia	1	4,3
Dolor abdominal	1	4,3
Estenosis esofágica por ingesta de cáustico	1	4,3
Estreñimiento	5	21,7
Estreñimiento, fisura anal, dispepsia	1	4,3
Gastritis	1	4,3
Gastritis, dispepsia	1	4,3
Reflujo gastroesofágico	1	4,3
No	7	30,4
Total	23	100,0

Fuente: elaboración propia

Cuadro 11. Alteraciones neurológicas en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.

Neurológicas	Frecuencia	Porcentaje
Cefalea	4	17,4
Extrapiramidalismo	1	4,3
Mareos	1	4,3
Parestesias	1	4,3
Sincopes	1	4,3
No	16	69,6
Total	23	100,0

Fuente: elaboración propia

Los efectos sobre el sistema endocrino tienen gran impacto en distintos órganos, causando infertilidad, riesgo de desarrollar ovario poliquístico y pérdida de la mineralización ósea. En los casos en donde no se ha concluido con el desarrollo puberal, se puede presentar desarrollo incompleto de los caracteres sexuales secundarios y retraso en el crecimiento permanente. Los pacientes con AN presentan alteraciones a nivel del sistema reproductivo (bajos niveles de LH y FSH), supresión de TSH, Resistencia de la hormona del crecimiento y niveles aumentados de cortisol.

La alteración más recurrente en las pacientes de análisis fue la amenorrea en 69,6% lo cual coincide con el porcentaje propuesto por Katz M y Volenhoven B, (2000), de hasta un 50 a 75% que experimentaran esta alteración en el transcurso de la enfermedad. Hipotiroidismo solo se reportó en 2 casos del total e la muestra, correspondiente al 8,6%, uno se estos casos se clasificó como hipotiroidismo subclínico. (Cuadro 12)

Cuadro 12. Alteraciones endocrinológicas en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.

Endocrinas	Frecuencia	Porcentaje
Amenorrea	16	69,6
Hipoglicemia	1	4,3
Hipotiroidismo	1	4,3
Hipotiroidismo subclínico	1	4,3
No	6	26,1
Total	23	100,0

Fuente: elaboración propia

A nivel de cavidad oral, los efectos de las purgas son los que generan mayor discapacidad, causando a largo plazo erosión del esmalte dental y llevando en ocasiones a destrucción de a dentadura y dolor secundario o sensibilidad, o anterior se traduce en preocupación para el paciente en términos de confort, apariencia y autoestima.

10 de las 23 pacientes en análisis presentaron alguna alteración a nivel bucodental, tomando en cuenta a solo 12 pacientes fueron valoradas por odontología lo cual equivale a un 52% de pacientes atendidas; de este porcentaje el 43 % presentaban alguna alteración. El hallazgo de Caries fue lo predominante en 5 pacientes lo cual equivale al 21,5% de la muestra. También se describieron 2 casos con periodontitis, 2 con gingivitis, 1 caso para atrofia de maseteros y un caso en el que fue necesario la realización de una prótesis parcial superior. (Cuadro 13)

Cuadro 13. Alteraciones bucodentales en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.

Bucodentales	Frecuencia	Porcentaje
Atrofia de maseteros	1	4,3
Caries	3	13,0
Caries, periodontitis	1	4,3
Gingivitis	1	4,3
Gingivitis, caries	1	4,3
NE	1	4,3
No	13	56,5
Periodontitis	1	4,3
Prótesis parcial superior	1	4,3
Total	23	100,0

Fuente: elaboración propia

Solo 4 pacientes equivalentes al 21,7% presentaron patologías dermatológicas secundarias a AN, se describió en 2 casos caída de pelo y en una tercera paciente que presentó mayor alteración si se observaron áreas de alopecia definidas, hubo un caso en donde la paciente desarrollo lanugo y otro en donde se constató hematomas múltiples, sin embargo; presentaba pruebas de coagulación y conteo plaquetario sin alteraciones. (Cuadro 14)

Cuadro 14. Alteraciones dermatológicas en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.

Dermatológicas	Frecuencia	Porcentaje
Alopecia	1	4,3
Caída de pelo	2	8,7
Hematomas múltiples	1	4,3
Lanugo	1	4,3
No	18	78,3
Total	23	100,0

Fuente : elaboración propia

Otras alteraciones reportadas en menor frecuencia que fueron parte de los hallazgos durante los abordajes, se describen en el cuadro 15.

Cuadro 15. Otras alteraciones menos frecuentes en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013.

Otros	Frecuencia	Porcentaje
Anemia	1	4,3
Atrofia muscular moderada	1	4,3
Fatiga	1	4,3
Fatiga, dacroadenitis en párpados	1	4,3
Fatiga, insomnio, mareos	1	4,3
Hipotermia, leucopenia	1	4,3
Lipotimias	1	4,3
Neutropenia medicamentosa	1	4,3
Trombosis Miembro inferior der	1	4,3
No	14	60,9
Total	23	100,0

Fuente : elaboración propia

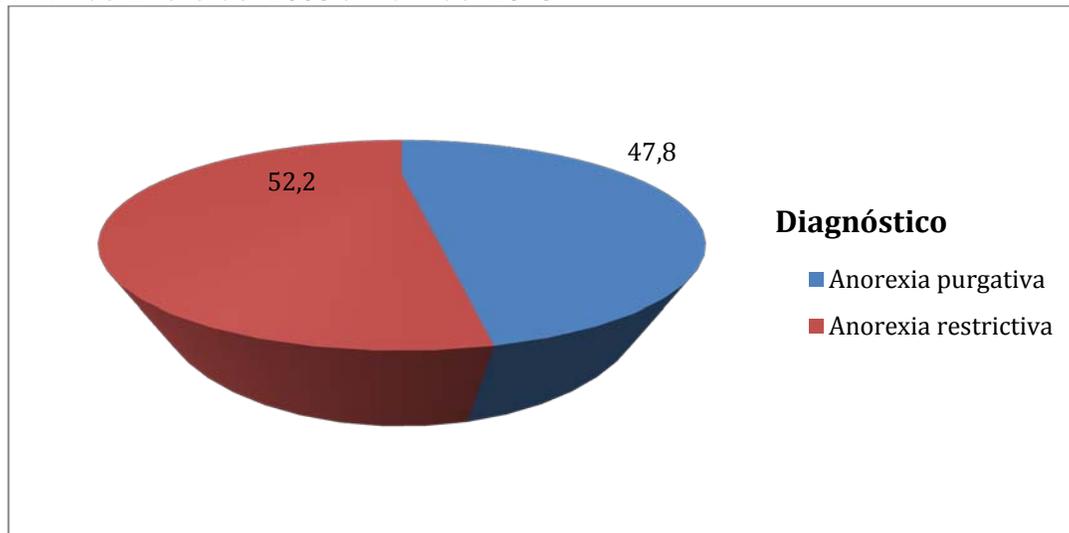
6.8 DIAGNÓSTICO Y SUBTIPOS DE ANOREXIA NERVIOSA

La AN aparece en 2 subtipos: restrictivo y purgativo; esta clasificación según subtipos esta basada en la presencia o ausencia de atracones y conductas purgativas, muchas veces los pacientes se alternan entre los 2 subtipos como parte del transcurso de la enfermedad. Migración en el diagnóstico suele darse con más frecuencia del subtipo restrictivo, al purgativo; se estima que este cambio puede presentarse alrededor del quinto año posterior al la aparición de la enfermedad. (Tozzi F, Thornton L, Flump KL, Fichter MM, Halmi KA, Kaplan AS, 2005)

A nivel institucional los diagnósticos de egreso deben ser codificados según CIE 10; clasificación en la cual no se realiza la distinción por subtipos a diferencia del sistema DSM 5; sin embargo, la decisión de incluir el subtipo en el cuestionario se realizó secundario a que, los subtipos ayudan a enfocarnos en cuales son los hábitos alimentarios del paciente y las posibles complicaciones físicas que se podrían presentar.

Según la descripción de los hábitos de conducta alimentaria que se anotaron en el cuestionario, se clasificó a cada paciente según subtipo, obteniendo al final casi el mismo porcentaje para cada uno. El 52,2% equivalente a 12 pacientes presentaba criterios para el subtipo restrictivo y el 47,8% restante que equivalía a 11 pacientes cumplía los criterios para el subtipo purgativo. (Gráfico 11)

Gráfico 11. Distribución según subtipo de AN en pacientes atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013



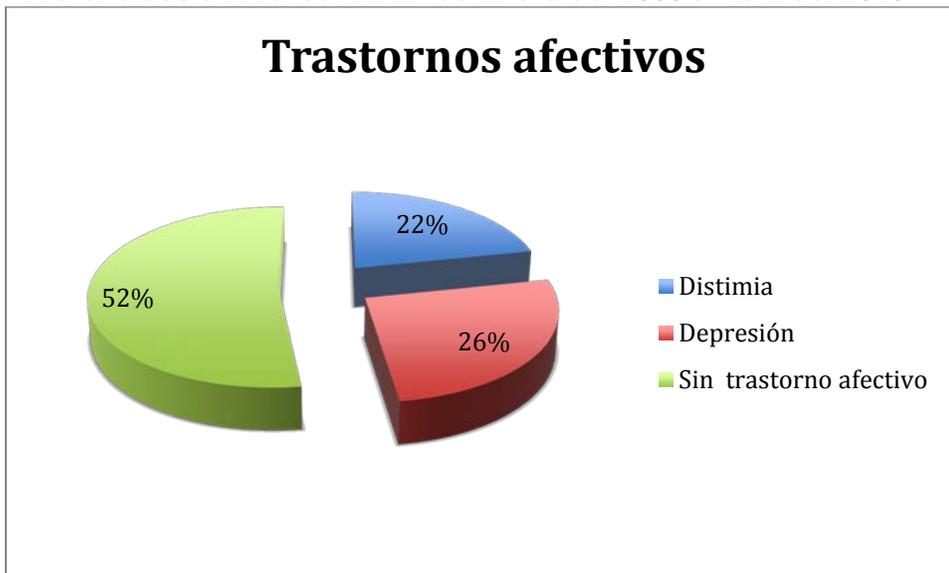
fuelle: elaboración propia

6.9 COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS

En pacientes atendidos por TCA suele presentarse altas tasas de comorbilidad con otros diagnósticos psiquiátricos. Se estima para depresión y distimia una prevalencia al o largo de la vida de un 50-75% en pacientes con AN. Datos similares se obtuvieron en la muestra analizada en donde la mayor comorbilidad se presentó con trastornos afectivos. (Herzog DB, Nussbaum KM, Marmor AK, 1996)

Según se puede observar en la gráfica 12, durante el período de atención de las 23 pacientes en el HNP el diagnóstico concomitante de distimia fue de un 22% equivalente a 5 pacientes y un 26% para 6 pacientes que presentaron diagnóstico de depresión, de estas según la clasificación CIE 10, hubo 1 caso con trastorno depresivo recurrente sine especificar grado de severidad en el episodio actual, 1 con episodio depresivo leve, 2 con episodio depresivo moderado, 1 con episodio depresivo moderado con síntomas somáticos y 1 con episodio depresivo grave sin psicosis.

Gráfico 12. Presencia de comorbilidad con trastornos afectivo en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013



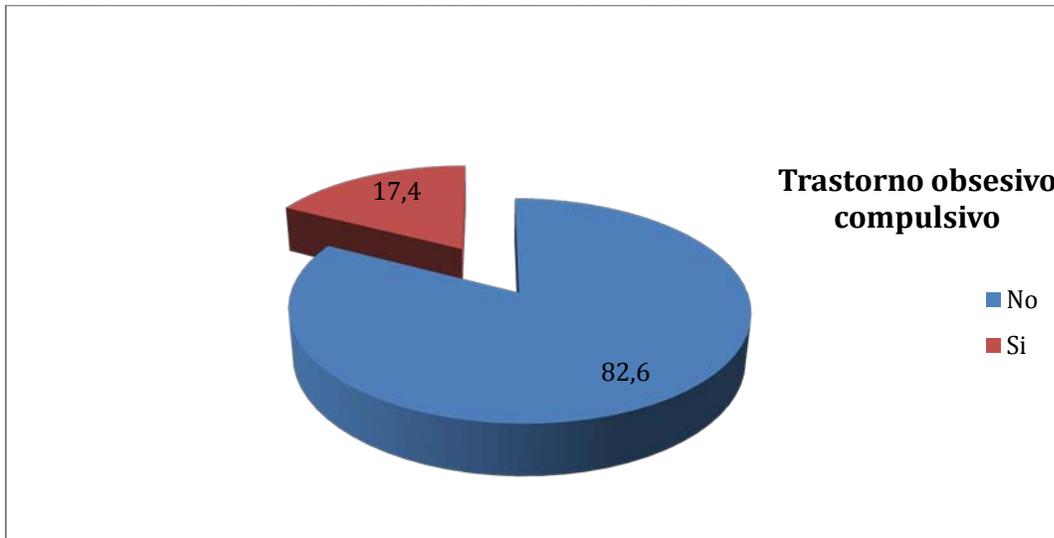
fuentes: elaboración propia

El diagnóstico de trastorno de personalidad fue la segunda comorbilidad más predominante en la muestra presentándose en 4 pacientes, de las cuales 2 se clasificaron como mixtos, una como histriónico y otra como limítrofe. En otros 2 casos a las pacientes se les describió con rasgos limítrofes e histriónicos respectivamente, sin realizar el diagnóstico formal.

Lo anterior refleja lo propuesto por la guía de la APA (2006); en donde se estima un rango de 42-75% de comorbilidad entre trastornos de personalidad y TCA. Esta relación suele ser más frecuente en pacientes con AN de tipo purgativo; de las 4 pacientes con trastorno de personalidad como diagnóstico concomitante encontradas en la muestra, 3 cumplían criterios del subtipo purgativo.

La tercera comorbilidad más frecuente en la muestra analizada fue el TOC, como se muestra en el gráfico 13, estuvo presente en el 17,4% equivalente a 4 pacientes, solo 2 pacientes presentaron comorbilidad con trastornos ansiosos, una con trastorno de ansiedad no especificado y otra con ataques de pánico.

Gráfico 13. Presencia de comorbilidad con T.O.C en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013



fuentes: elaboración propia

El porcentaje encontrado para trastornos ansiosos, fue el menor que el que se ha descrito en la literatura, ya que los estudios marcan prevalencias de ansiedad muy variadas que pueden oscilar entre un 10 a 40% dependiendo de los instrumentos de medida que se utilicen. (Swinbourne JM, Touyz SW, 2007)

6.10 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Esta sección se incluyó en el cuestionario con el fin de analizar que tipo de valoración médica que se realiza a las pacientes con AN en su primer contacto con el tercer nivel de atención. El cuadro 16 resume las pruebas que se incluyeron dentro del cuestionario.

Como protocolo de internamiento o durante la valoración de primera vez a nivel de la consulta externa a nivel del HNP se incluyen un hemograma, pruebas de función hepática (PFH), pruebas de función renales (PFR) , un examen general de orina (EGO), medición de electrolitos y un electroencefalograma (EEG). El resto de los laboratorios o pruebas complementarias que el médico indica quedan según su criterio clínico.

Cuadro 16. Pruebas complementarias realizadas a pacientes con AN atendidas a nivel del H. N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013

Pruebas complementarias	Frecuencia	Porcentaje
Hemograma	23	100,0
Pruebas de función renal	23	100,0
Electrolitos	23	100,0
Pruebas de función hepática	23	100,0
Examen general de orina	22	95,7
Proteínas	18	78,3
Toxicología	16	69,6
HCG sub Beta	11	47,8
Pruebas de tiroides	11	47,8
Electro encefalograma	11	47,8
Pruebas psicométricas	9	39,1
Niveles hormonales	6	26,1
Perfil Lipídico	5	21,7
Electrocardiograma	4	17,4
Pruebas de coagulación	2	8,7
Gastroscopia	2	8,7
TAC cerebro	1	4,3
U.S abdomen	1	4,3
Densitometría ósea	1	4,3
Total	23	100,0

fuentes: elaboración propia

Hemograma, PFR y PFH fueron laboratorios que se enviaron al 100% de la muestra y el caso del EGO al 95,7%. Sin embargo; el EEG, pese a ser prueba de rutina, solo se le indicó al 47,8%. En el escenario de consulta externa de las 6 pacientes analizadas solo 2 tenían la prueba y a nivel de hospitalización de las 17 pacientes, 9 tenían solicitada la prueba y 8 no. No se encontró relación causal con menor duración de internamiento en la omisión de la solicitud de esta prueba.

La tabla 1 resume las recomendaciones de las guías para el manejo de TCA APA (2006), NICE (2004) y Guía de Cataluña (2209), en esta se resume las pruebas descritas como básicas en el abordaje y las que son complementarias. A continuación se comparará las pruebas recomendadas con las que se han utilizado como de rutina y no rutina a nivel del HNP.

Las pruebas de función tiroidea demostraron ser el gran faltante a nivel de pruebas básicas de abordaje; de la muestra analizada el 47,8% de las pacientes contaban con estas como parte de su valoración inicial. A nivel ambulatorio la prueba solo se le pidió a 2 pacientes de las 6 y a nivel de hospitalización a 9 de las 17 pacientes, en los casos donde si se solicitó las pacientes presentaban IMC que las situaba en delgadez moderada a severa.

De las pruebas complementarias el EKG se realizó a solo 6 pacientes, llama la atención que de las 6 pacientes descritos en el cuadro 8 con alteraciones cardiovasculares, solo 1 tenía la prueba solicitada. Ante esto, se torna indispensable recordar que las alteraciones cardiovasculares más frecuentes descritas para AN según Le Grange D, Lock J (2011) son bradicardia e hipotensión arterial y que estas pueden ser mortales en esta población. Se concluye que la solicitud de la prueba en el grupo de análisis no guardó correlación con la sintomatología cardiovascular concomitante descrita en las pacientes, esto porque en los 2 casos en donde se presentó bradicardia, no hubo solicitud de ECG de valoración a las pacientes.

Tabla 1. Laboratorios recomendados en el abordaje de AN

Guía	APA	NICE	Grupo TCA Catalán
Pruebas básicas	Hemograma Electrolitos PFR(BUN, creatinina) PFH(ALT, AST, FA) PFT (T3,T4, TSH) EGO VES	Hemograma Electrolitos PFR(BUN, creatinina) PFH(ALT, AST, FA) PFT (T3,T4, TSH) EGO VES Glicemia Urea ECG	Hemograma Electrolitos PFR(BUN, creatinina) PFH (ALT, AST, GGT) PFT (T3,T4, TSH) EGO Perfil lipídico Proteínas totales y fraccionadas Perfil hormonal Coagulación (TP, TTPa)
Pruebas adicionales	ECG Densitometría ósea en amenorrea de > 6 meses Calcio, magnesio y fosforo sérico Orina de 24 hrs Estradiol sérico en mujeres Testosterona sérica en hombres HCG sub Beta TAC Toxicología Prolactina FSH,LH Guayaco en heces	Densitometría ósea Rx de tórax Calcio, magnesio y fosforo sérico Proteínas totales y fraccionadas Rx de tórax CPK Prolactina FSH,LH	ECG Densitometría ósea Rx de tórax

*PFR (pruebas de función renal), PFH (pruebas de función hepática), PFT (pruebas de función tiroidea), FA (fosfatasa alcalina), ALT (alanina transferasa), AST (aspartato amino transferasa), VES(velocidad de eritrosedimentación), EGO (examen general de orina), ECG (electrocardiograma), BUN(nitrógeno ureico), TAC (tomografía axial computarizada, FSH (hormona folículo estimulante, LH (hormona luteinizante), CPK (creatinin fosfoquinasa)

De las pruebas complementarias el EKG se realizó a solo 6 pacientes, llama la atención que de las 6 pacientes descritos en el cuadro 8 con alteraciones cardiovasculares, solo 1 tenía la prueba solicitada. Ante esto, se torna indispensable recordar que las alteraciones cardiovasculares más frecuentes descritas para AN según Le Grange D, Lock J (2011) son bradicardia e hipotensión arterial y que estas pueden ser mortales en esta población. Se concluye que la solicitud de la prueba en el grupo de análisis no guardó correlación con la sintomatología cardiovascular concomitante descrita en las

pacientes, esto porque en los 2 casos en donde se presentó bradicardia, no hubo solicitud de ECG de valoración a las pacientes.

El examen de gastroscopia se solicitó solo en 2 casos, ambos casos presentaban AN de tipo purgativo, en el primero la paciente asociaba comorbilidad con trastorno límite de la personalidad, como parte de sus conductas impulsivas había realizado un intento de autoeliminación con un cáustico 2 años antes del ingreso, por lo que la prueba fue para seguimiento por su estenosis esofágica secundaria a la ingesta del cáustico. El segundo caso correspondió a una paciente con historia de clínica sugestiva de gastritis de un año de evolución, el examen se envió para descartar otra patología médica concomitante.

Las guías recomiendan la realización de densitometría ósea en los casos donde se presente amenorrea secundaria de más de 6 meses de evolución, como se describe en el cuadro 12 de alteraciones endocrinológicas encontradas en la población de análisis, 16 pacientes presentaron amenorrea aunada al diagnóstico de AN, de estos casos; solo a 13 de las pacientes los clínicos a cargo preguntaron el período de evolución de la amenorrea, resultó que 9 pacientes llevaban más de 6 meses con la alteraciones, de estas solo a 1 se le indicó la prueba de densitometría ósea. Como parte de la valoración en la amenorrea resulta esencial comprobar que esta no se deba a otras causas como por ejemplo un embarazo, solo al 47,8% de la muestra se le solicitó al ingreso prueba de embarazo, esto pese a que todas ya habían presentado menarca. Los niveles hormonales por su parte, se le indicaron al 26,1% de la muestra.

El único caso en el cual se solicitó un ultrasonido de abdomen si guardó correlación con la clínica de la paciente, ya que esta reportaba dolor abdominal constante, la prueba se envió para descartar alguna otra comorbilidad médica. En el caso de la paciente a la cual se le solicitó TAC de cerebro, esta era la única de la muestra con inicio del TCA en la edad adulta posterior a un

embarazo y su cuadro había tenido una instauración aguda con rápida pérdida de peso. Las pruebas de coagulación se solicitaron en 2 pacientes en las cuales al examen físico se observó presencia de múltiples hematomas.

Otras pruebas complementarias se solicitaron en menor medida y según decisión del equipo tratante; las proteínas totales y fraccionadas se enviaron al 78% de las pacientes, la toxicología al 69,6% y el perfil lipídico al 21,7.

En general, fue evidente que hubo poco consenso a nivel de cual debía ser la batería básica de exámenes que se indica ante un ingreso de pacientes con AN, esta indicación variaba según equipos tratantes y en algunos casos las pruebas solicitadas no guardaban correlación con la clínica del paciente.

6.11 INTERVENCIÓN MEDIANTE INTERCONSULTAS

En el manejo de pacientes con TCA es necesario la intervención de distintas disciplinas. Los psiquiatras suelen asumir el liderazgo de los equipos, pero la conformación de estos y el rol de cada profesional, varía según los distintos programas de atención. En general los equipos suelen estar conformados por nutricionistas, psicoterapeutas, médicos especialista en medicina interna o pediatría, odontólogos y en el caso de los niños algunos programas incluyen a los orientadores de las instituciones primarias así como a los profesores.

En el cuadro 17 se detalla los profesionales que se incluyen mediante interconsulta en el manejo interdisciplinario de estas pacientes, el 100% de la muestra recibió atención por el servicio de nutrición y el 95,7% tuvo intervención por trabajo social.

Cuadro 17. Solicitud de interconsultas en pacientes con AN atendidas a nivel del H. N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013

Interconsultas	Frecuencia	Porcentaje
Nutrición	23	100,0
Ginecología	1	4,3
Odontología	12	52,1
Trabajo social	22	95,7
Pediatría	11	47,8
Medicina interna	17	73,9
Psicología	22	95,7
Otros *	4	17,4
Total	23	100,0

* Endocrinología, gastroenterología, medicina familiar y TO.
fuente: elaboración propia

Para la valoración física y de posibles complicaciones médicas secundarias a la AN en las 17 pacientes manejadas en los servicios de hospitalización, 7 de estas recibieron atención conjunta por profesionales en pediatría y medicina interna, lo cual permitió una valoración médica más detallada, otras 7 fueron abordadas exclusivamente por medicina interna, dentro de estas una de las pacientes con mayoría de edad. Sin embargo; hubieron 3 casos en donde la valoración física quedó exclusivamente en manos del médico psiquiatra, la guía emitida por la APA (2006) recomienda que en los casos en que los psiquiatras decidan manejar la patología médica y la psiquiátrica, estos deberán de tener un respaldo médico adecuado para tratar las complicaciones médicas asociadas con trastornos de la alimentación.

El 95,7% equivalente a 22 pacientes fueron abordadas por psicología y trabajo social, solo en un caso estos profesionales no intervinieron, este se trataba de una paciente que ya había tenido manejo previo en la institución a nivel ambulatorio y durante su primer ingreso de 10 días de evolución fue manejada exclusivamente por psiquiatría.

La intervención por trabajo social es muy llamativa. Pese a que en la literatura no se mencionan como parte fundamental de los equipos, a nivel del HNP, los trabajadores sociales siguen un enfoque de abordaje familiar. Además asumen

de manera individual o en compañía de otros profesionales las intervenciones familiares, las cuales han demostrado mayor efectividad en el tratamiento de AN.

El 52,1% equivalente a 12 pacientes fueron valoradas por odontología, 4 de estas cumplían criterios para anorexia purgativa y 8 para anorexia restrictiva. Como se mencionó previamente solo 10 pacientes mostraron alteraciones a nivel bucodental, sin embargo; esta cifra pudo haber sido mayor si el 100% de las pacientes hubiesen sido valoradas, ante esto es de importancia resaltar que la valoración por odontología debe ser de rutina en el manejo de pacientes con TCA.

Otros profesionales que se describen en las intervenciones son terapia ocupacional, los cuales se interconsultaron en 3 ocasiones y solo en un caso respectivamente se solicitó interconsulta a endocrinología y ginecología.

6.12 SERVICIOS DE MANEJO A NIVEL INTRAHOSPITALARIO

No existen a nivel de HNP criterios establecidos para definir en los casos de TCA, si el manejo debe ser ambulatorio o intrahospitalario. El cuadro 18 muestra la distribución según servicios de manejo de las pacientes en estudio.

Cuadro 18. Distribución de paciente con AN según servicio de intervención, atendidas a nivel del H. N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013

Servicio de manejo	Frecuencia	Porcentaje
Consulta externa	6	26,1
Pabellón de adolescentes	6	26,1
Pabellón de adolescentes y U. Médica	7	30,4
Pabellón de corta estancia y U. Médica	1	4,3
Unidad médica	3	13,0
Total	23	100,0

fuentes: elaboración propia

En el caso de las 6 pacientes manejadas a nivel ambulatorio, estas tenían un rango de edad entre los 14 a 17 años, todas estudiantes, en su mayoría con características de patrón de alimentación purgativas, con índices de masa corporal mayores a 16. Presentaban comorbilidades psiquiátricas afectivas como distimia y de trastornos de personalidad; así como complicaciones médicas secundarias como amenorrea, osteoporosis, caída de pelo, hiponatremia y estreñimiento.

Las 17 pacientes restantes fueron manejadas en el servicio de hospitalización, a nivel del HNP existen 3 servicios diferentes en donde los pacientes con AN pueden ser abordados, en el caso de los menores de edad existe el pabellón de adolescentes y para pacientes con mayoría de edad, el manejo se realiza en los pabellones de agudos 1 o 2 dependiendo del área de atracción de donde provengan. Si en la valoración de ingreso se determinan complicaciones médicas secundarias a AN no graves, su manejo inicial antes de ser trasladadas a los pabellones antes descritos, se da en el servicio de unidad médica.

La unidad médica es un servicio manejado por profesionales en medicina interna, de manera que cuando pacientes con TCA son ingresadas en ese pabellón, el médico internista es el que interconsulta a las diversas especialidades para el abordaje interdisciplinario. No existen aún criterios claros a nivel institucional para determinar cuales pacientes pueden ser manejadas en el HNP sin pasar previo por un hospital general, ni cuales son los criterios específicos para su ingreso a la unidad médica.

De las 6 pacientes ingresadas directamente al pabellón de adolescentes, ninguna presentaba complicaciones médicas potencialmente riesgosas y solo una de ellas requirió la utilización de Sonda nasogástrica para realimentación.

Por su parte, las 3 pacientes manejadas exclusivamente en Unidad médica, si presentaban complicaciones médicas secundarias mucho más peligrosas, dentro de estas: alteraciones hidroelectrolíticas y bradicardia.

Las 8 pacientes restantes que requirieron de manejo previo en unidad médica eran portadoras de un IMC menor a 16 y 4 de ellas requirieron colocación de sonda nasogástrica para realimentación.

En la tabla 2 se resumen los criterios para manejo intrahospitalario según las guías APA (2006), NICE ((2004), Guía para la práctica clínica de TCA del departamento de salud Murciano (2005) y Guía para la práctica clínica de TCA del departamento de Cataluña (2009).

Tabla 2. Criterios de hospitalización en pacientes con AN

<p>Guía APA (2006)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones físicas secundarias (bradicardia, alt. Hidroelectrolíticas, deshidratación, alteraciones cardiovasculares, compromiso agudo de algún órgano, alteraciones hepáticas o renales) • Riesgo de suicidabilidad • Peso corporal < al 85% del peso ideal según IMC • Pobre motivación y predominio de ideas intrusivas • Necesidad de supervisión durante los tiempos de comida y cantidad de ejercicio diario • Conflicto en el ambiente familiar severos • Que el paciente viva lejos del centro que le proporcionará tratamiento
<p>Guía NICE (2004)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de conductas autolesivas • Complicaciones médicas de moderadas a graves a causa de inanición, purgas, conductas compensatorias, embarazo o desbalances nutricionales) • Impedimento del desarrollo a nivel reproductivo y muscoloelástico.
<p>Guía Práctica Clínica de los TCA del departamento Murciano de salud Mental (2005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • IMC<16,5 • Enfermedades física asociadas que requieran manejo intrahospitalario • Comorbilidades psiquiátricas graves o descompensadas como depresión, ansiedad, psicosis o suicidio • Grave conflicto familiar secundario al trastorno de alimentación • Fracaso continuado y reiterado del tratamiento ambulatorio
<p>Guía para el manejo de TCA de Cataluña (2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El estado biológico que implique riesgo de complicaciones graves (nula ingesta de alimentos y especialmente de líquidos, IMC<16, alteraciones iónicas, • vómitos autoinducidos continuados, abuso de laxantes y uso de diuréticos, hematemesis y rectorragias). • Hay síntomas depresivos importantes con riesgo de autolisis. • Conductas autolesivas importantes.

El promedio de duración en días para el primer ingreso hospitalario de las 17 pacientes fue de 52, 8 días. A nivel de consulta externa el seguimiento y abordaje de las 6 pacientes de manejo ambulatorio tuvo como promedio de duración 2 años.

Los criterios propuestos para el alta según la Guía para el manejo de TCA de Cataluña (2009) son:

1. Normalización de las alteraciones biológicas que han motivado la hospitalización
2. Recuperación del peso según un programa individualizado (peso meta determinado por nutrición)
3. Mejora del estado psicopatológico
4. Desaparición de las conductas autolesivas
5. Remisión de las conductas alimentarias anómalas y las conductas compensatorias.
6. Conclusión de la intervención familiar con miras a mejorar los conflictos familiares.
7. Mejora del funcionamiento general del paciente

De los anteriormente descritos, dentro de la población analizada el criterio que tuvo mayor peso a la hora de decidir el alta fue el alcance del peso meta, determinado por nutrición en la valoración inicial. Las alteraciones biológicas que se determinaron durante el ingreso de las pacientes se fueron resolviendo de manera rápida y eficaz en el transcurso del internamiento. En general, los procesos psicoterapéuticos tanto familiares como individuales, se iban cerrando en relación a la cercanía con el peso meta.

6.13 ABORDAJE FARMACOLÓGICO

En cuanto al tratamiento farmacológico, existen puntos importantes a considerar en el manejo de las usuarias. En primer lugar, la importante proporción de pacientes en las que se utilizaron antidepresivos, medicamentos con pobre evidencia clínica de efectividad en el manejo de AN. Analizando la razón por la cual hubo una alta prescripción de antidepresivos a estas pacientes, surgen dos razones que pueden explicar este fenómeno en particular. En primer lugar la alta prevalencia de síndromes depresivos en la muestra clínica (48%), lo que podría justificar el empleo de esta medicación en buena parte de estas usuarias. Además de la presencia de comorbilidades psiquiátricas como TOC en el 17% y trastornos ansiosos en el 8,6%. En segundo lugar, existe la falsa creencia de que la fluoxetina ayuda en la recuperación ponderal de estas pacientes, lo cual podría hipotéticamente justificar los 7 casos en donde hubo prescripción de antidepresivos sin la existencia de las comorbilidades previamente mencionadas.

No obstante, a pesar de que pueda justificarse parte de la alta medicación de antidepresivos en estas usuarias, no puede decirse lo mismo de las prescripciones de antipsicóticos típicos, benzodiacepinas, antihistamínicos o estabilizadores del afecto que se detallan en el cuadro 19. En estos casos partimos del hecho de que analizamos el primer contacto con el tercer nivel de atención en estas pacientes, por lo que no se pueden clasificar como pacientes cronificadas que requieran de esquemas alternos farmacológicos secundarios a su tórpida evolución.

Los esquemas complejos de polimedicación parecen indicar la incertidumbre de los clínicos a “medicar” una condición patológica cuyos resultados son más que dudosos amparados en la medicación. Solo hubo un caso en el cual el manejo fue exclusivamente psicoterapéutico, fuera de este en promedio cada paciente

recibió 3 fármacos distintos durante el curso de sus tratamiento, sin incluir los que se prescribieron por complicaciones médicas de la AN.

Cuadro 19. Abordaje farmacológico en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013

Abordaje farmacológico	Frecuencia	Porcentaje
Antidepresivo (fluoxetina, Artruline y Venlafaxina)	22	95,7
Benzodicepinas (clonazepan)	12	52,2
Antihistamínicos (hidroxicina y difenhidramina)	9	39,1
Antipsicóticos típicos (olanzapina, risperidona)	5	21,7
Reguladores del estado de ánimo (litio, carbamazepina, lamotrigina y epival)	6	26,1
Antipsicóticos típicos (perfenazina y levomepromazina)	3	13,0
Total	23	100,0

fuentes: elaboración propia

En el tema de los antipsicóticos de segunda generación, se había mencionado con anterioridad que la Olanzapina es el antipsicótico con mayor aval por la literatura para el tratamiento de la Anorexia nerviosa, reportes de casos han descrito mejoría mediante ganancia de peso y disminución de la distorsión de la imagen corporal (Boachie a, Goldfield GS, Spettigue W,2003).

Olanzapina no forma parte de la lista oficial de medicamentos de la CCSS. En los 3 casos en los que se utilizó, las propias familias de las pacientes aportaron el fármaco. Lo anterior plantea una limitante en el uso de dicho medicamento, puesto que en ocasiones las familias no pueden costear la compra y el tratamiento se termina interrumpiendo, como sucedió en uno de los casos de análisis. En este caso al no tener más acceso al fármaco, se le inició clozapina, posterior a los cual la paciente tuvo como efecto secundario neutropenia y fue necesaria la suspensión inmediata del nuevo fármaco.

6.14 ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO

En el HNP el abordaje psicoterapéutico suele ser liderado por el departamento de psicología, no hay un enfoque claro y estandarizado; sino más bien depende del psicoterapeuta a cargo la decisión del modelo de atención a seguir. Inclusive dentro del abordaje de cada caso, se suelen mezclar intervenciones tanto individuales, como grupales, familiares u otros modelos terapéuticos.

El abordaje mediante sesiones individuales fue el método más utilizado en la población en análisis, como se describe en el cuadro 20, el 95,7% recibió intervención mediante sesiones psicoterapéuticas individuales, el promedio por sesiones , fue de 9,5 por paciente. El segundo modelo más utilizado fueron las sesiones familiares en el 60,9% de las pacientes, con un promedio de 3,3 sesiones por esquema de abordaje.

Cuadro 20 . Abordaje Psicológico en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013

Abordaje psicoterapéutico	Frecuencia	Porcentaje	Promedio de sesiones
Sesiones individuales	22	95,7	9,5
Sesiones familiares	14	60,9	3,3
Equipo interdisciplinario	3	13,0	2,3
Grupal	5	21,7	4,0
Psi coeducación	1	4,3	1,0
Sesiones por Psiquiatra	3	13,0	5,0
Sesiones por Medicina familiar	1	4,3	23,0
Intervención crisis	1	4,3	1,0
Arte terapia	1	4,3	3,0
Sesiones Para padres	1	4,3	1,0
No	1	4,3	
Total	23	100,0	

fuentes: elaboración propia

Las sesiones de equipo interdisciplinario, tienen la característica de que el equipo a cargo del manejo de la paciente se reúne a discutir la evolución del caso, en ocasiones solos como equipo y en otros casos con la presencia de la familia y la paciente. Estas sesiones sirven para recibir aportes de distintos

especialistas que ayudan a trazar metas terapéuticas más claras y unificadas. Otros abordajes menos utilizados fueron la psicoeducación a la paciente, sesiones solo a los padres y la arte terapia, cada una en un caso respectivamente.

6.15 ABORDAJE NUTRICIONAL

En cuanto al abordaje nutricional, es satisfactoria la cobertura brindada no solo en la captación de las pacientes (100% de las usuarias fueron vistas por nutrición), sino también en el porcentaje de ellas que tuvieron al menos diez citas por nutrición (52%), en el transcurso de su atención. (cuadro 21)

Cuadro 21 . Abordaje Nutricional en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013

bordaje nutricional (Número de citas de nutrición)	Frecuencia	Porcentaje
1	1	4,3
2	2	8,7
3	1	4,3
4	2	8,7
6	1	4,3
7	1	4,3
8	2	8,7
9	1	4,3
10	1	4,3
12	3	13,0
13	2	8,7
14	1	4,3
15	3	13,0
22	1	4,3
29	1	4,3
Total	23	100,0

fuentes: elaboración propia

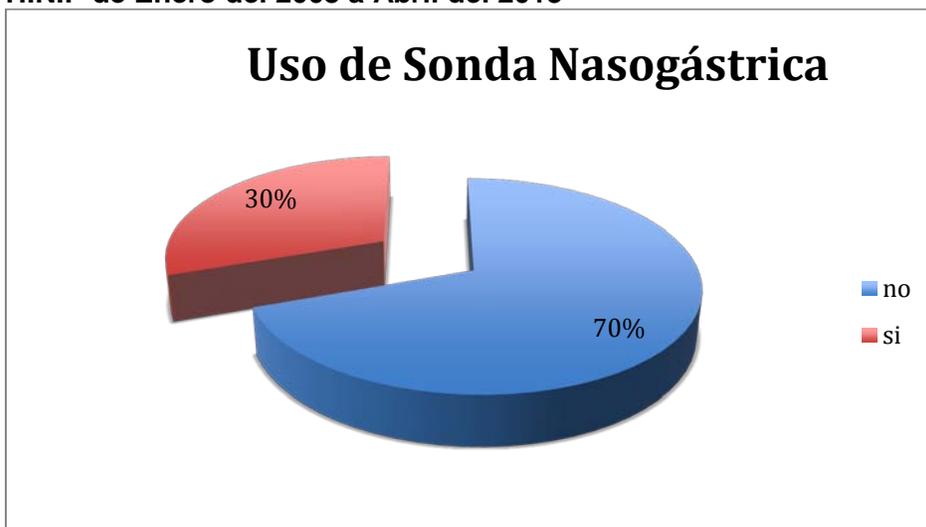
Este dato en particular nos habla de que las usuarias llevaron un proceso de seguimiento en donde se les dio psicoeducación y recomendaciones sobre la dieta que deberían de seguir al egresarse. Además se les supervisó en el

proceso de realimentación y recuperación ponderal, minimizando los efectos adversos como el síndrome de realimentación.

La vía oral fue el método más utilizado para la realimentación en la pacientes, en general se les indicó una dieta hiperproteica- hipercalórica de 6 tiempos, el personal de enfermería es el designado para vigilar y reportar en los expedientes clínicos el porcentaje de ingesta en las pacientes y que estas no presenten conductas purgativas post ingesta.

Solo el 30% de la muestra requirió la colocación de sonda nasogástrica como método de realimentación (Gráfico 14), en estos casos la decisión se tomó basada en que las pacientes se rehusaban a la ingesta oral o mostraban pérdida/ estancamiento en el peso durante las valoraciones por nutrición. El uso de la vía intravenosa para la reposición nutricional no se utilizó en ninguno de los casos.

Gráfico 14. Uso de Sonda nasogástrica en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013



fuentes: elaboración propia

6.16 INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

En esta sección se amplía sobre la labor de trabajo social en el abordaje de las pacientes con AN. Es importante reconocer la preponderancia de la terapia sistémica dentro de la formación profesional de los trabajadores sociales en Costa Rica. Debido a esta formación el trabajador social se involucra más desde el plano terapéutico, a diferencia de otros países donde el trabajar social se dedica más a servicios sociales y comunicación interinstitucional.

Como se detalla en el cuadro 20, las sesiones con los padres y las familiares fueron las de mayor frecuencia durante la atención con un 43,5% y un 52,2% respectivamente. Similar a lo sucedido con las intervenciones psicoterapéuticas, durante el abordaje de las pacientes con AN, estas recibieron en su mayoría sesiones tanto individuales (3 en promedio) como familiares (3 en promedio) por parte de trabajo social. (Cuadro 22)

Cuadro 22 . Abordaje Psicosocial en pacientes con AN atendidas a nivel del H.N.P de Enero del 2008 a Abril del 2013

Abordaje psicosocial	Frecuencia	Porcentaje	Promedio de sesiones
Sesión individual	7	30,4	2,9
Sesión con la madre o padres	12	52,2	1,8
Sesión familiar	10	43,5	2,9
Visita domiciliar	1	4,3	1,0
Grupo AS	1	4,3	1,0
No recibieron atención	2	8,7	1,0
Total	23	100,0	

fuelle: elaboración propia

Al egreso 14 de las 17 pacientes manejadas en hospitalización siguieron control ambulatorio post egreso en el H.N.P, este seguimiento se brindaba dependiendo de las necesidades de la paciente por parte de salud mental, nutrición, psicología , psiquiatría o pediatría. Hubo un caso aislado en donde la paciente fue referida al HNN para su seguimiento, y en otros 2 casos se refirieron para

continuidad del manejo por psiquiatría a su área de atracción y no volvieron a a consultar en el HNP.

7. CONCLUSIONES

- El perfil de las pacientes atendidas con diagnóstico de AN en el HNP de Enero del 2008 al Abril del 2013 correspondió a mujeres con un promedio de 16 años, solteras, sin hijos, provenientes de gran área metropolitana en su mayoría y que cursaban la educación secundaria con buen rendimiento académico.
- En la historia clínica inicial de las pacientes con AN, existen vacíos importantes en el interrogatorio.
 - En los datos familiares se omite la indagación de antecedentes de obesidad y trastornos de alimentación en otros miembros de la familia.
 - En la mayoría de los casos no se indaga en torno a los hábitos de conducta alimentaria de las pacientes, presencia de conductas purgativas o restrictivas y autopercepción de su imagen corporal.
- Dentro de los antecedentes de importancia en la población analizada resaltan altos índices de:
 - Agresión sobretodo agresión de tipo sexual
 - Obesidad y burlas en torno al peso
 - Dietas para adelgazar previo al inicio del trastorno
 - Intentos suicidas o amenazas
- Las complicaciones médicas mas frecuentes en la población analizada fueron : amenorrea, hiponatremia, estreñimiento, cefalea y taquicardia.
- La comorbilidad psiquiátrica que se encontró en mayor relación con AN en la población estudiada fueron: trastornos afectivos (Distimia 22%, Depresión 26%), Trastornos de personalidad (17%) y TOC (17%).

- No existe estandarización en las pruebas de laboratorio que se deben de enviar como parte de la valoración física en pacientes con AN, inclusive en ocasiones los clínicos omiten solicitar exámenes de laboratorios y gabinete establecidos por el HNP como de envío obligatorio en casos de primera vez.
- Otras valoraciones complementarias de importancia como el ECG, la densitometría ósea y los niveles hormonales, se omiten en casos que lo ameritan como amenorreas de más de 6 meses de evolución, alteraciones hidroelectrolíticas, bradicardia y taquicardia.
- El abordaje en pacientes con AN sigue un modelo interdisciplinario en el cual los profesionales en Psiquiatría, Medicina Interna, Nutrición, Psicología y trabajo social son los más consistentes.
- Las pacientes manejadas a nivel intrahospitalario se trasladan con mayor frecuencia al servicio de unidad Médica, allí posterior a su estabilización física se trasladan al pabellón que corresponda según su edad y área de atracción.
- No existen criterios estandarizados de internamiento para pacientes con AN en el HNP, analizando los criterios de internamiento utilizados versus los propuestos por las guías internacionales norteamericanas, británicas y españolas, los que se han venido siguiendo son:
 - IMC < 16
 - Complicaciones médicas secundarias a AN
 - Fracaso en el manejo a nivel ambulatorio
 - Negativa a alimentarse
- El promedio de duración en días para el primer ingreso hospitalario de las 17 pacientes fue de 52, 8 días. A nivel de consulta externa el seguimiento y

abordaje de las 6 pacientes de manejo ambulatorio tuvo como promedio de duración 2 años.

- Dentro de la población analizada los criterios que tuvieron mayor peso a la hora de decidir el alta fueron:
 - Alcance del peso meta, determinado por nutrición en la valoración inicial.
 - Resolución de las alteraciones biológicas que se determinaron durante el ingreso.
 - Remisión de las conductas alimentarias anómalas y las conductas compensatorias.
 - Cierre de los procesos psicoterapéuticos tanto familiares como individuales.
- A nivel del abordaje farmacológico existe una tendencia a la prescripción de antidepresivos como parte del tratamiento esto pese a la pobre evidencia clínica de efectividad en el manejo de AN.
- La tendencia a la poli medicación parece indicar la incertidumbre de los clínicos a “medicar” una condición patológica cuyos resultados son más que dudosos amparados en la psicomedicación.
- Olanzapina es el antipsicótico con mayor aval por la literatura para el tratamiento de la Anorexia nerviosa, este no forma parte de la lista oficial de medicamentos de la CCSS. Sin embargo; es de importancia tener presente que el manejo exclusivamente farmacológico no se recomienda en AN.
- El turno al abordaje psicoterapéutico, no hay un enfoque claro y estandarizado; sino más bien depende del psicoterapeuta a cargo la decisión del modelo de atención a seguir. Inclusive dentro del abordaje de cada caso, se suelen mezclar intervenciones tanto individuales, como grupales, familiares u otros modelos terapéuticos.

- El abordaje nutricional tuvo una cobertura del 100% de las usuarias, la vía oral fue el método más utilizado para la realimentación en la pacientes, en general se les indicó una dieta hiperproteica- hipercalórica de 6 tiempos. Solo el 30% de la muestra requirió la colocación de sonda nasogástrica como método de realimentación en casos donde las pacientes se rehusaban a la ingesta oral o mostraban pérdida/ estancamiento en el peso durante las valoraciones por nutrición.
- Las intervenciones psicosociales fueron lideradas por los trabajadores sociales esto secundario a la preponderancia de la terapia sistémica dentro de la formación de dichos profesionales. Las sesiones con los padres y las familiares fueron las de mayor frecuencia.
- Pese a que nuestro sistema de salud no cuenta con modelos de atención propuestos como los de hospitalización parcial u hospitalización ambulatoria intensiva, los quipos interdisciplinarios de los cuales dispone el HNP son de alta calidad profesional y logran plantear esquemas terapéuticos que se adaptan a la realidad nacional.
- En general hay poca estandarización del manejo que reciben las pacientes con AN a nivel del HNP y los abordajes dependen de los equipos implicados. Mediante el formato que se adjunta como Anexo 2 se plantea una propuesta de un instrumento para recopilación de datos y abordaje en AN.

CAPÍTULO 8. ANEXOS

Anexo 1: Instrumento de recopilación de datos (cuestionario)

Registro : ANH _____ ANC_____

Variables sociodemográficas:

1. Edad:
2. Sexo:
3. Estado civil:
4. Grado académico y rendimiento escolar:
5. Ocupación:
6. Lugar de residencia:
7. Hijos:

Datos de la familia:

1. Número de hermanos y Lugar entre los hermanos:
2. Estado civil de los padres:
3. Obesidad en familiares de primer grado: ___si ___no
4. TA en hermanos o padres : no___ si___ quien_____
5. Antecedentes familiares de otros trastornos mentales:

Antecedentes personales:

1. Ha sido víctima de violencia (comportamiento deliberado que puede provocar daño físico o psicológico a otros seres) física___, sexual ___o verbal___:
2. Antecedente de sobrepeso o de bromas/ comentarios peyorativos en torno a su peso previo: si___no___
3. Antecedente de dietas para adelgazar: si___no___

Características clínicas:

1. Edad de inicio del problema:
2. Peso:
3. Talla:
4. IMC:
5. Peso mínimo alcanzado:
6. Peso deseado por el paciente:
7. Peso meta por el equipo:
8. Sigue una dieta: si____no____

Hábitos alimentarios:

1. Tiene alimentos prohibidos: si____no____
2. Selecciona alimentos: si____no____
3. Come a escondidas: si____no____
4. Esconde comida: si____no____
5. Desmigaja los alimentos: si____no____
6. Realiza atracones: si____no____
7. Conductas compensatorias: purgas(si____no____) laxantes (si____no____), ejercicio(no____si____ tipo____ horas por día____), diurético (si____no____), pastillas anorexígenas (no____si____tipo____ cantidad/frecuencia____)

Conductas impulsivas:

1. Uso de drogas: no____si____ cuales____
2. Amenazas o intentos suicidas: si____no____

Patología orgánica

Complicaciones: si la respuesta es positiva especificar cuales

1. Renales
2. Cardiacas
3. Metabólicas
4. GI
5. Neurológicas
6. Endocrinas
7. Oseas
8. Dermatológicas
9. Buco-dentales

Diagnóstico actual (ambulatorio) o primer ingreso (intra-hospitalario)

1. Anorexia nerviosa
Tipo restrictivo _____
Tipo purgativo _____
Severidad según IMC _____

Comorbilidades psiquiátricas:

1. Trastornos afectivos:
2. Trastornos ansiosos:
3. TOC:
4. Trastornos de los hábitos y control de impulsos:
5. Trastorno de personalidad:
6. Otros, especificar:

Pruebas complementarias

Pruebas que se piden:

- () Hemograma () PFH () niveles hormonales
() Ego () toxicología () proteínas totales y fraccionadas
() PFR () HCG sub B () PFT

Estudios complementarios:

- densitometría ósea TAC cerebro Gastroscopia
 U.S pruebas psicométricas ECG
 EEG

Petición de interconsultas:

- Psicología Clínica Nutrición ginecología odontología trabajo Social
 Medicina Interna Pediatría otros _____

Servicio de manejo:

Consulta externa(), Pabellones agudos(), Unidad médica()

Duración del primer ingreso:

Abordaje farmacológico:

Tipo de fármaco y dosis

Abordaje psicológico:

Número de sesiones, frecuencia de estas y modelo planteado

Abordaje nutricional:

Número de citas _____

Uso de SNG si_____ no_____

Uso de Vía intravenosa para la reposición si_____ no_____

Intervenciones psicosociales realizadas:

Anexo 2. Instrumento para recopilación de datos y abordaje en AN

Ficha de Identificación	
Nombre:	M () F ()
Número de identificación:	Edad :
Estado civil :	Número de hijos y sus edades:
Convive con: (parentesco)	
Escolaridad :	
Rendimiento Académico:	
Ocupación :	
Datos familiares	
A. Antecedentes Psiquiátricos (de ser + especifique en que miembro)	
Trastornos de conducta alimentaria () _____	
Obesidad () _____	
Trastornos depresivos () _____	
Trastorno Ansiedad () _____	
Trastorno Obsesivo Compulsivo () _____	
Intento de autoeliminación () _____	
Trastorno Personalidad () _____	
Trastorno Afectivo Bipolar () _____	
Esquizofrenia () _____	
Consumo de Sustancias () _____	
Otros:	
B. Datos de la familia	
Estado civil de los padres:	
Número de hermanos y lugar entre los hermanos:	
Existe un ambiente familiar conflictivo: () si () no en caso de ser positivo explique _____	
Antecedentes personales	
Antecedentes Psiquiátricos (de ser + anote el tratamiento)	
Trastornos depresivos () _____	
Trastorno Ansiedad () _____	
Trastorno Obsesivo Compulsivo () _____	
Intento de autoeliminación () _____	
Trastorno Personalidad () _____	

Trastorno Afectivo Bipolar () _____
 Consumo de Sustancias () _____
 Otros:

Internamientos en Psiquiatría
 Edad primer ingreso.....
 Número de internamientos.....
 Lugar del último internamiento.....
 Fecha último egreso.....

Seguimiento Ambulatorio : Si..... No.....
 ¿ Donde?.....
 Tratamiento Psiquiátrico actual =

Antecedentes predisponentes al trastorno (marcar si/no)
 Antecedente de obesidad o sobrepeso:
 Antecedente de bromas o comentarios peyorativos en torno al peso:
 Antecedente de violencia (Física, sexual o psicológica) : especifique de ser positivo
 ¿Se siente a gusto con su peso actual ? (de ser negativa la respuesta especifique)
 Antecedente de cambios ambientales importantes (en el colegio, escuela, trabajo o casa):

Antecedentes médicos: (especifique tratamientos)

Antecedentes Gineco- Obstétricos
 Menarca: Hijos: G= P= A= O=
 FUR:
 Planificación:

Características clínicas			
Peso(kg):	Talla (cm):	IMC:	Peso Deseado
Peso Meta:	Porcentaje IMC Ideal:%	Dieta:	Peso Mínimo alcanzado:

Hábitos Alimentarios			
Hace Dieta ()	Selecciona Alimentos ()	Tiene alimentos Prohibidos ()	Come a Escondidas ()
Desmigaja Alimentos ()	Cuenta las calorías que ingiere ()	Realiza Atracones ()	Número de tiempos de comida al día que realiza..... .
Se autoinduce Vómito ()	Abusa de Laxantes ()	Abusa de Diuréticos ()	Utiliza medicamentos para perder peso ()
Hace Ejercicio ()	¿Qué tipo realiza? ¿Cuántas horas al día?		Mastica alimentos y luego los escupe ()
Valoración Inicial mediante laboratorios (exámenes de rutina en la valoración inicial para AN)			
Hemograma () Pruebas función Renal () Pruebas de función Hepáticas () Examen Orina () Electrolitos () Pruebas Tiroideas () Proteínas totales () HCG Sub B () Perfil hormonal ()		Perfil lipídico () Amilasemia () Tóxicos en orina () Glicemia () Pruebas de coagulación () V.E.S () ECG () EEG ()	
Valoración de gabinete complementaria (a criterios del médico tratante)			
Densitometría (en caso de amenorrea > 6 meses) () TAC () región: _____ Gastroscofia () Rx de tórax () Ultrasonido () región : _____ Niveles de Prolactina () Otras: _____			
Interconsultas para el abordaje interdisciplinario			
Soporte Nutricional () Medicina Interna () Psicología () Trabajo Social () Pediatria ()		Pediatria () Ginecología () Odontología () Terapia ocupacional () Otros	

Complicaciones médicas por sistemas	
Si la respuesta es positiva especificar cuales	
1. Renales:	
2. Cardiacas:	
3. Metabólicas:	
4. Gastrointestinales	
5. Neurológicas:	
6. Endocrinas:	
7. Oseas:	
8. Dermatológicas:	
9. Buco-dentales:	
10. Otras:	
Diagnóstico Actual: Anorexia Nerviosa	
Tipo restrictivo ()	Tipo purgativo ()
Severidad según IMC (clasificación DSM 5)	
() Leve : IMC ≥ 17 kg/m ²	() Extremo: IMC < 15 kg/m ²
() Moderado: IMC 16-16.99 kg/m ²	() Severo: IMC 15-15.99 kg/m ²

BIBLIOGRAFÍA

1. Alegria Margarita, Woo Meghan, Cao Zhun, Torres María, Meng Xia-Li , Striegel-Moore Ruth.(2007). Prevalence and correlates of eating disorders in Latinos in the United States. *Int J Eat Disord*, 40, S15–S21
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V*. (5th Ed, text rev.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
3. APA Work Group on eating disorders: Yager Joel, Devlin Michael, Hamli Katherine, Herzog David, Mitchell James, Powers Pauline, Zerbe Kathryn. (2006). Practice Guidelines for the treatment of eating disorders. 3 edición, Arlington,VA.
4. Asociación Psiquiátrica Americana. (2011) *Manual Diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales DSM –IV-TR*. (4ta Ed, text rev.). Barcelona, ES: Editorial Masson.
5. Attia E, Haiman C, Walsh BT & Flater SR. (1998). Does Fluoxetine augment the inpatient treatment of anorexia nervosa? *American journal of Psychiatry*, 155: 548-551.
6. Attia E, Kaplan AS, Schroeder L, et al. (2005). Atypical antipsychotic medication in anorexia nervosa. *Presentation at the anual meeting of the eating disorder Research society*, Toronto, ON, Septiembre 29.
7. Bambrilla F, Draisi A, Peirone A, Brunetta M. (1995). Combined Cognitive-behavioral, psychopharmacological and nutritional therapy in eating disorders: 1. Anorexia Nervosa, restricting subtype. *Neuropsychobiology*, 32: 64-67.
8. Barbarich NC, McConaha CW, Halmi KA, Sunday SR, gaskill J, la Vía M, et al. (2004). Use of nutritional supplements to increase the efficacy of fluoxetine in the treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1):10-5.

9. Barquero Oscar. (2007) Frecuencia de aparición y correlación entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos depresivos ansiosos entre las mujeres de 10 a 25 años atendidas en el servicio de nutrición de la consulta externa del Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2007. San José, Costa Rica.
10. Barriguete J, Unikel C. (2006). Prevalence of abnormal eating behavior in adolescents: results of a population-based nationwide survey. *Encuesta Nacional de Salud y nutrición, en prensa.*
11. Bissada H, Tasca GA, Barber AM, Bradwejn J. (2008). Olanzapine in the treatment of low body weight and obsessive thinking in women with anorexia nervosa: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry.* 2008 Oct;165(10):1281-8.
12. Boachie A, Goldfield GS, Spettigue W. (2003). Olanzapine used as an adjunctive treatment for hospitalized children with Anorexia Nervosa: case reports. *International journal of eating Disorders*, 33: 98-103.
13. Boyd C, Abraham S, Kellow J. (2005) Psychological features re important predictors of functional Gastrointestinal disorders in patients with eating disorders. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 40(8), 929-935.
14. Bullick C, Sullivan P, Wade T, Kendler K. (2000). Twin studies of eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 1-20.
15. Caregano L, Di Pascoli L, Favaro A, Nardi M. (1993) Iodine depletion and hemoconcentration: Over-looked complications in patients with anorexia nervosa. *Nutrition*, 21(4), 438-445.
16. Carr KD, Chau LS, Cabeza de Vaca S, Gustafson K, Stouffer M, Tukey DS, Restituto S, Ziff EB: AMPA receptor subunit GluR1 downstream of D-1 dopamine receptor stimulation in nucleus accumbens shell mediates increased drug reward magnitude in food-restricted rats. *Neuroscience* 2010; 165:1074–1086
17. Carter, A., Jordan, J., McIntosh, V., Luty, S., McKenzie, J. Joyce, P.,

- (2011). The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Int J Eat Disord*, 44(7), 647–654.
18. Collier D, Trasure J. (2004). The aetiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 185, 363-36.
19. Cuadra Miguel. (2005). Características Demográficas y Clínicas de las Adolescentes Internadas por Anorexia Nerviosa en el Hospital Nacional Psiquiátrico entre 1997 y 2003. San José, Costa Rica.
20. De la Serna de Pedro, I. (1998). La alimentación a través de la historia y las culturas. Comer no es un placer: Anorexia, Bulimia, Obesidad. 1era edición. Ed. Litofinter S.A. Madrid, ES
21. Everitt BJ, Robbins TW: Neural systems of reinforcement for drug addiction: from actions to habits to compulsion. *Nat. Neurosci* 2005;8:1481–1489
22. Fairburn CG, Beglin SJ. (1994). Assesment of Eating Disorders: Interview of Self-reported Questionnaire. *International Journal of eating disorders*, 16: 363-370
23. Forman-Hoffman VL, Ruffin T & Schultz SK. (2006). Basal metabolic rate in anorexia nervosa patients: Using appropriate predictive equations during the refeeding process. *Annals of Clinical Psychiatry*, 18, 123-127,
24. Golden NH, Lanzkowsky L, Schebendach J, et al. (2002). The effect of estrogen-progestin treatment in bone mineral density in anorexia nervosa. *Journal of Pediatric Adolesc gynecol.*15, 135-143.
25. González Adelto, González Ana, Beneyto Carlos, González Carmen, Salensanky Adriana, Gamero Loreto, García María, Díaz Lidia, Sainz Carmen, Santamaria Maite, Ajoy Manuel, Basterra Miguel. (2009). Protocolo de actuación en trastornos de la conducta alimentaria según nivel de intervención de la comunidad autónoma de Canarias. 1era edición, Islas Canarias, España.
26. Gull W.(1997). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica) *Obes Res*, 5, 498–502.
27. Grilo C, Mitchell J.(2010). The Treatment of eating Disorders: A clinical

- handbook. *The Guilford Press*, New York, NY.
28. Grinspoon S, Tom E, Pitts S, Gross E, Micley D. (2000). Prevalence and predictive factors for osteopenia in women with anorexia nervosa. *Annals of Internal Medicine*, 133: 790-794
 29. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2009). *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya*, Catalunya, ES.
 30. Grupo de Trabajo para la Guía Práctica Clínica de los Trastornos de Conducta Alimentaria. (2005). *Guía práctica clínica de los trastornos de conducta alimentaria*. Subdirección general de salud mental Murciano. Murcia, España.
 31. Herzog DB, Nussbaum KM, Marmor AK. (1996). Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19:843–859
 32. Holtkamp K, Konrad K, Kaiser N et al. (2005). A retrospective study of SSRI treatment in adolescent anorexia nervosa: insufficient evidence for efficacy. *J Psychiatric Res*, 39, 303-310.
 33. Hoek H, Van Hoeken D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *IntJ Eat Disord*, 34, 383–396.
 34. Hutter G, Ganepola S, Hoffman WK. (2009). The hematology of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(4),293-300.
 35. Katz M, Volenhoven B. (2000). The reproductive consequences of anorexia nervosa. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107: 707-713.
 36. Kaye WH, Nagata T, Wetzin TE, Hsu LK, Sokol MS, et al. (2001). Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting and restricting purging type anorexia nervosa. *Biological Psychiatry*, 49: 644-652.
 37. Keel, P., Mitchell, J., Miller, K., Davis, T., Crow, S., (1999) Long-term outcome of bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 63–69.
 38. Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, Delinsky SS, Franco DL, Blais MA et al.

- (2002). Predictors of treatment utilization among women with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 159: 140-142.
39. Kerem NC & Katzman DK. (2003). Brain structure and function in adolescent with anorexia nervosa. *Adolescent Medicine* 14(1),109-118.
40. Keys A: The Biology of Human Starvation. Minneapolis, University of Minnesota Press, 1950
41. Le Grange D, Lock J. (2011). Eating Disorders in Children and Adolescent: A Clinical handbook. *The Guilford Press*, New York, NY.
42. Mheler PS. (2001). AN in primary care. *Annals of Internal Medicine*, 134: 1048-1059
43. Mehler PS & Mackenzie TD. (2009). Treatment of osteopenia and osteoporosis in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(3), 195-201.
44. Miller SJ.(2008). Death resulting from everzealous total parental nutrition: The refeeding syndrome revisited. *Nutrition in Clinical Practice*, 23, 166-171.
45. Minuchin S, Rosman BL y Baker M. (1979). Familias Psicossomáticas. España: pp 35-122,
46. Misra M, Katzman DK, Cord J, Manning S, Mendes N, Herzog D. (2008). Bone metabolism of adolescent boy with anorexia nervosa. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 23(8),3029-3036.
47. Mondratyn, Birmingham CL, Touyz S, Sundakov V, Chapman L, Beumont P. (2005). Randomized Controlled Trial of Olanzapine in the treatment of cognitions in anorexia nervosa. *Australian Psychiatry*,13:73-75.
48. Morales Alberto, Ramírez, Walter, Ureña María Elena, Sevilla Angela, Umaña pameela, Chaves Rocío.(2002) Anorexia y Bulimia: Caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de una clínica de adolescentes. *Acta pediátr. Costarric*,16(3) San José.
49. Morgan J, Reid F, Lacey J. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*. 319(7223): 1467-8.

50. Muñoz, M. (2011). Trastornos del comportamiento alimentario. *Protoc diagn ter pediatr.* 1:255-67
51. The British psychological society and Gaskell (2004). *National Collaborating Centre of Mental health: Core Interventions in the treatment and management of Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa and related eating disorders.*
52. Olivares JL, Vasquez M, Fleita J, Morena LA, Pérez- González JM, Bueno M. (2005). Cardiac findings in adolescents with AN at the diagnosis and after weight restoration. *European Journal of Pediatrics*, 144: 383-386.
53. Olmsted MP, Woodside DB, Carter JC, McFarlane TL, Staab R, Colton PA et al. (2007). *Intensive treatment for eating disorders.* Treatments of psychiatry disorders (4th edition, pp 709-722). Washington, DC: American Psychiatric Association.
54. Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento.* (10ma Ed). Ed. Meditor. Madrid, España.
55. Pearce J, Richard M, (2004). Origins of anorexia nervosa. *Eur Neurol*, 52:191–192
56. Pomeroy C, Mitchell JE, Roerig J, Crow S. (2002). Medical complication of Psychiatric illness. Washinfon DC: American Psychiatric Asocciation.
57. Rausch, H., Bay, L., (2004). Parte 2: Bulimia y Cap. 5: Aspectos generales. En *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía.* Editorial Paidós. Bs. As.
58. Ricca V, Manucci E, Paionni A. (1999). Venlafaxine versus fluoxetine in the treatment of atypical anorectic outpatients: a preliminary study. *Eat Weight Disorders*, (1):10-4.
59. Rimbault G, Eliacheff C. (1991). *Las indomables: Figuras de la anorexia.* 1era edición. Nueva Visión. Bs. As.
60. Rock CL. (1997). Nutrition in anorexia and bulimia nervosa. *Baillere's Clinical Psychiatry*, 3: 259-273.
61. Silber TJ. (2008). A change in the treatment of anorexia nervosa?: Not to

- soon. *Journal of adolescent health*, 42:109-110.
62. Shapiro Ana. (2006). Importancia del abordaje diagnóstico en pacientes con trastornos de conducta alimentaria. *Revista costarricense de psicología*. 25(38), 47-54
 63. Striegel, R., Wonderlich, S., Walsch, T., Mitchell, J., (2011) *Developing an Evidence- Based Classification of eating disorders: Scientific Findings for DMS-5*. 1st Edition, American Psychiatric Publishing. Arlington VA.
 64. Swinbourne JM, Touyz SW. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *Eur Eat Disord Rev*,15(4):253-74.
 65. Toro, J., (2008) Cap. 2 *De la anorexia santa a la anorexia nerviosa*. En "El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad". 1era edición. Edit. Ariel. Barcelona.
 66. Tozzi F, Thornton L, Flump KL, Fichter MM, Halmi KA, Kaplan AS et al. (2005). Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. *Am J Psychiatry*. 172: 732-40.
 67. Treat TA, Gaskill JA, McCabe EB, Ghinassi FA, Luczak AD & Marcus MD. (2005). Short-term outcome of psychiatric inpatients with anorexia nervosa in the current care environment. *Int Journal of eating disorders*, 38:123-350.
 68. Walsh BT, Kaplan AS, Attia E, Olsted M, Parides M, Carter JC, et al. (2006). Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 295: 2605-2612.
 69. Westen, D., Harnden, F., (2001) Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II. *Am J Psychiatry*, (158). 547–562.
 70. Wonderlich S, Brewerton T, Jolic Z, Dansky B, Abbott DW (1997). Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (36) 1107–1115
 71. Yager J, Anderson AE. (2008). Clinical practice anorexia nervosa. *New England Journal of Medicine*, 353:1481-1488.
 72. Yager Joel, Devlin Michael, Hamli Katherine, Herzog David, Mitchell

- James, Powers Pauline, Zerbe Kathryn. (August 2012). Guideline Watch: Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd edition.
73. Yager J, Powers P. (2007). *Clinical Manual of Eating Disorders*. American psychiatric Publishing, Inc. Arlington VA.
74. Zipfel S, Reas DL, Thornton CE, Olmsted MP, Williamson DA, Gerlinghoff, et al. (2002). Day Hospitalization programs for eating disorders: A systematic Review of the literature. *International Journal of eating Disorders*, 31: 105-117117.
75. Zuñiga Gabriela (2013). Anorexia Nerviosa: Etiología, Manifestaciones Clínicas, Abordaje Diagnóstico, Modalidades Terapéuticas y Tratamiento farmacológico, psiquiatría basada en la evidencia. San José, Costa Rica.