TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO HUELVA

HOSPITAL JUAN RAMON JIMENEZ. HOSPITAL INFANTA ELENA. HOSPITAL VAZQUEZ DIAZ

U.G.C. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

DRA. PILAR RODRIGUEZ ORTEGA

10 Febrero 2015

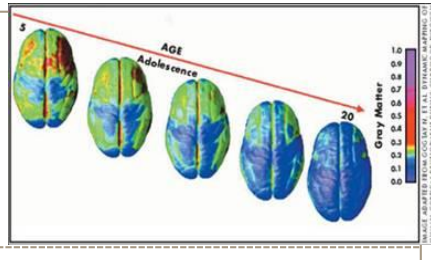
SUMARY

1. DEFINICION Y MAGNITUD DE ESTOS TRASTORNOS.
2. CRITERIOS DIAGNOTICOS. CLASIFICACION.
3. EPIDEMIOLOGIA. ETIOPATOGENIA. BASES BIOLOGICAS. CONDUCTAS ALIMENTARIAS. FACTORES DE RIESGO TCA.
4. COMPLEJIDAD Y HETEROGENICIDAD: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR: UNIDADES DE PSIQUIATRIA. COORDINADORES Y EJE DEL TRASTORNO. IMPLICACION DE EXPERTOS EN NUTRICION, Y CAPACITACION EN TCA. IMC Y COMORBILIDADES. RECURSOS SANITARIOS.
5. ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD. PRONOSTICO. COMORBILIDADES. COMPLICACIONES.
6. ESTRATEGIAS Y ABORDAJE TERAPEUTICO NUTRICIONAL: EDUCACION NUTRICIONAL Y REHABILITACION NUTRICIONAL.
7. EXPERIENCIA MANEJO TCA INFANTOJUVENIL USMIJ PROVINCIA DE HUELVA. HOSPITAL DE DIA.

“TRASTORNOS MENTALES CARACTERIZADOS POR UNA ALTERACION EN LOS PATRONES DE INGESTA O SOBRE EL CONTROL DEL PESO, QUE PRODUCEN UN DETERIORO FISICO Y PSICOSOCIAL”, DEBIENDOSE EXCLUIR OTRAS CAUSAS DE ENFERMEDADES MEDICAS O PSIQUIATRICAS»

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

MAGNITUD TCA



182.000 RESULTADOS

- ENFERMEDAD MENTAL GRAVE.> RIESGO DE MUERTE.
- ENFERMEDAD PSIQUITRICA MAS FRECUENTE EN MUJERES JOVENES
- ADOLESCENCIA. CAUSA DE MUERTE EVITABLE.SUICIDIO.
- 3ª CAUSA ENFERMEDAD CRONICA EN LA ADOLESCENCIA

Actas Esp Psiquiatr 2003;31(2):85-94

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DSM- IV/V/CIE 10 ANOREXIA NERVIOSA

<u>ANOREXIA NERVIOSA</u>

2 TIPOS RESTRICTIVO-COMPULSIVO/PURGATIVO

Peso corporal<85% del peso esperado IMC<17.5%

Intenso miedo a ganar peso

Percepción anómala de la imagen corporal

Amenorrea. EXCLUIDO EN DSM-V

BULIMIA NERVIOSA

2 tipos : purgativo /no purgativo (ayuno y ejercicio)

Atracones recurrentes al menos 2 veces por semana durante 3 meses, caracterizados por perdida de control.

Purgas recurrentes, laxantes, diureticos (tipo purgativo), o excesivo ejercicio , ayuno (tipo no purgativo)

Obsesión excesiva sobre el peso y la imagen corpo**ral**

BINGE EATING (DSM V)

Atracones recurrentes al menos 2 veces por semana a durante 3 meses, no episodios compensatorios, se caracterizan por perdida de control.

Comer muy rapidamente, hasta sentirse desagradablemente lleno, comer sin hambre, solo, sentirse culpable tras la ingesta

TCANE: No cumplen los criterios de los anteriores. EATING NIGHT.

AVOIDANT/RESTRICTIVE FOOD INTAKE DISORDER

- **PREVALENCIA NO CLARA. 14% INFANCIA-ADOLESCCENCIA.**

POCO CONOCIDO

PERDIDA DE INTERES, SELECTIVIDAD, SENSACIONES NEGATIVAS CON LA INGESTA, RETRASO DEL CRECIMIENTO, DEFICIENCIAS NUTRICIONALES, BAJO PESO

NUTRICION ENTERAL SUPLEMENTARIA O SUPLEMENTOS ORALES NUTRICIONALES

Otros: TCANE (trastonos del comportamiento alimentario no especificado) . Pica. Rumiacion .

FRECUENCIA. TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

- ANOREXIA NERVIOSA: 0.1-0.8%
- BULIMIA: 1-1.5%
- TRASTORNOS ALIMENTARIOS NO ESPECIFICADOS:2.7-3.8%.
- BINGE EATING 3-3.5%

- RELACION MUJER /HOMBRE:9/1
- Comienzo Adolescencia: Pico 14-18 AÑOS. Mayor número de casos en infancia, mujeres adultas maduras. Casos de varón.

Actas Esp Psiquiatr 2003;31(2):85-94

Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España

P. M. Ruiz-Lázaro

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. D. G. A. Teruel. Grupo ZARIMA. Unidad Mixta de Investigación. Hospital Clínico. Universidad de Zaragoza

TABLA 2. Estudios en muestras comunitarias españolas

Autor	*Ciudad*	*Fecha*	*Curso*	*Sexo*	*Edad*	*Número*	*Instrumento*	*1.ª fase*	*2.ª fase*	*Dg*
Morandé et al.	Madrid	1985, 1986, 1987	Escolares	V y M	X = 15	636 M 86 V	EAT, GHQ	Sí	Sí	Sí
Toro et al.	Barcelona	1989	COU, BUP 7.º EGB, 8.º EGB	V y M	12-19	848 V 706 M	EAT	Sí	No	No
Canals et al.	Reus	1990	Escolares	V y M	13-14	520	EAT	Sí	No	No
Carbajo et al.	Reus	1990 1991	Escolares	V y M	13-15	290 V 225 M	EAT	Sí	No	No
Raich et al.	Ocho ciudades catalanas	1991	BUP, FP	V y M	14-17	1.263 M 1.144 V	EAT, EAV, BSQ	Sí	No	No
Raich et al.	Cinco ciudades catalanas, Estados Unidos	1992	BUP, FP	V y M	14-17	1.041 M 935 V en España	EAT	Sí	No	Sí
Morandé et al.	Móstoles	1993, 1994	1.º BUP 2.º BUP FP	V y M	X = 15	725 M 520 V	EDI, GHQ	Sí	Sí	Sí
Loureiro et al.	Coruña	1996	3.º BUP	M	X = 16,7	607 M	EAT-40	Sí	No	Sí
Canals et al.	Reus	1997	Estudiantes	V y M	17-18	152 M 138 V	EAT SCAN	Sí	Sí	Sí

V: varones; M: mujeres; Dg: diagnóstico;EAT: *Eating Attitudes Test;* GHQ: *General Health Questionnaire;* EAV: *Escala Analógica Visual;* BSQ: *Body Shape Questionnarie;* EDI: *Eating Disorder Inventory;* SCAN: Cuestionario para la evaluación clínica en neuropsiquiatría.

FRECUENCIA. TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

Tabla 1. Estudios sobre prevalencia de TCA en mujeres adolescentes en España

Estudio N	N	Edad (años)	AN (%)	BN (%)	TCANE (%)	TCA (%)
Madrid, 1997 Morandé G y Casas J.	723	15	0,69	1,24	2,76	4,69
Zaragoza, 1998 Ruiz P et al.	2193	12 a 18	0,14	0,55	3,83	4,52
Reus, 2008 Olesti M et al.	2862	12 a 21	0,31	0,77	3,07	4,15
Navarra, 2000 Pérez-Gaspar M et al.	551	12 a 21	0,9	2,9	5,3	9,1

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, Febrero 2009. Barcelona.

Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus

M. Olesti Baiges, J.L. Piñol Moreso, N. Martín Vergara, M. de la Fuente García, A. Riera Solé, J.Mª Bofarull Bosch y G. Ricomá de Castellarnau

Centro de Atención Primaria Reus-Altebrat. Reus. Tarragona. España.

TABLA 1. **Criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los TCA no especificados**

Criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa (307.1):

1. Rechazo a mantener el peso corporal a un nivel mínimamente normal para su edad y talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% de lo esperable)
2. Miedo intenso a ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal
3. Distorsión del tamaño y formas de la imagen corporal propia
4. Amenorrea secundaria (ausencia de 3 ciclos menstruales consecutivos en la mujer pospuberal) o amenorrea primaria (ausencia de aparición de la menstruación a la edad adecuada)

TABLA 2. **Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes femeninas de 12 a 21 años**

Anorexia	0,9% (IC 95%: 0,4-2,4)
Bulimia	2,9% (IC 95%: 1,7-4,7)
Otros	5,3% (IC 95%: 3,6-7,5)

IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

An Pediatr (Barc). 2008;68(1):18-23

N: 551
Edad media 17,6 años. (12-21 años)
100% criterios diagnosticos AN
alteracion 3 test. VPP
EAT/BAT/CIMEC

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICOS CONDUCTAS DE RIESGO TCA

Original

Conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 2.142 adolescentes

Lidia Pamies-Aubalat*, Yolanda Quiles Marcos y Miguel Bernabé Castaño

Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante, España

EATING ATTITUDES TEST
Take The EAT- 40

Resultados: Un 11,2% de los adolescentes presentó conductas alimentarias de riesgo para el desarrollo de un TCA, de los que un 7,79% fueron chicas y un 3,34% chicos. Los adolescentes de 12 años presentaban con puntuaciones superiores en el EAT-40 que el resto de compañeros. Los adolescentes que presentaban conductas alimentarias de riesgo relacionadas con el desarrollo de los TCA tenían un IMC superior al de los que presentaban en menor medida este tipo de conductas.

Med Clin (Barc). 2011;136(4):139–143

Localizador web
Artículo 84.86

Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares

M. Díaz Benavente[a], F. Rodríguez Morilla[b], C. Martín Leal[c] y M.V. Hiruela Benjumea[d]

N:789. 12-15 años
5 Instituos HVR

Resultados. El 6,9% presenta un índice de masa corporal (IMC) de 15-17, que se corresponde con una desnutrición ligera. Escalas: EAT, 68 sujetos (8,8%) tienen una puntuación significativa (si no presentan la enfermedad se considera población de riesgo) y 25 (3,3%) podrían diagnosticarse de TCA según criterios de la DSM-IV.

TABLA 1 Distribución de la muestra según intervalos del índice de masa corporal

IMC		N	%
< 15	Desnutrición	2	0,3
15-16,9	Desnutrición ligera	52	6,8
17-18,9	Delgadez	153	20,0
19-22,9	Normal	328	42,9
23-24,9	Sobrepeso ligero	168	22,0
25-34,9	Obesidad	57	7,5
≥ 35	Obesidad mórbida	4	0,5
		764	100,0

Peso: media, 56,7; DE, 12,7; rango, 30-60.
Talla: media, 1,61; DE, 0,08; rango, 1,41-1,83.
IMC: media, 21,7; DE, 3,9; rango, 14,5-36,2.

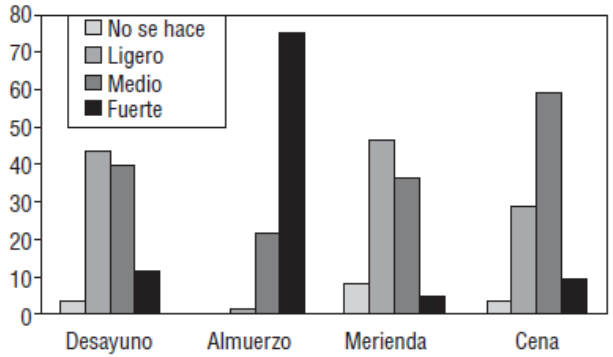


FIGURA 2 Distribución diaria de la dieta

[a]Antropóloga, enfermera y coordinadora de la Unidad de Investigación en Enfermería. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.
[b]Supervisor de Psiquiatría. Hospital Vigil de Quiñónez. Sevilla. España.
[c]Enfermero de Atención Primaria. Centro de Salud de Pilas. Sevilla. España.
[d]Auxiliar de Enfermería. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

NIH Public Access
Author Manuscript
J Am Diet Assoc. Author manuscript; available in PMC 2012 July 1.

Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study

N:2.287. 55% MUJERES 52 % VARONES

Conclusions—Study findings indicate that disordered eating behaviors are not just an adolescent problem, but continue to be prevalent among young adults. The tracking of dieting and disordered eating within individuals suggests that early use is likely to set the stage for ongoing use. Findings suggest a need for both early prevention efforts prior to the onset of harmful behavioral patterns, as well as ongoing prevention and treatment interventions to address the high prevalence of disordered eating throughout adolescence and young adulthood.

J Am Diet Assoc. 2011 July ; 111(7): 1004–1011.

Factores de riesgo de los TCA

Factores de riesgo relacionados con la conducta alimentaria (Garfinkel y Garner)

Factores predisponentes	Factores precipitantes
Predisposición genética	Inicio de una dieta adelgazante
Mujer y adolescente	Transformaciones propias de la pubertad
Sobrepeso	Acontecimientos vitales: cambios de casa o colegio, conflictos, etc.
Creencias irracionales sobre apariencia física	Incremento rápido de peso seguido de comentarios críticos de la familia
Baja autoestima	Problemas amorosos, primeras relaciones sexuales...
Perfeccionismo	Separación de los padres
Hábitos de alimentación inadecuados	Nacimiento de un hermano
Sobreprotección paterna	
Falta de comunicación familiar	
Altas expectativas paternas	
Familias que sobrevaloran el aspecto físico	

Factores de mantenimiento	
Restricción dietética	Actitudes de familiares y amigos: refuerzo del adelgazamiento, culpabilización, comportamientos inadecuados
La propia purga	
Reducción progresiva de las relaciones	

The Female Athlete Triad

TRIADA ATLETICA FEMENINA: AMENORREA-TCA-OSTEOPOROSIS

TCA:15-65%
AMENORREA 2aria: 5% poblacion
ATLETAS:10-20%. ELITE 30-50%

Endocrinol Nutr. 2012 Aug-Sep;59(7):469

WJD

DIABOLEMIA

Disordered eating behaviors in type 1 diabetic patients

Table 1 Prevention of eating disorders or disordered eating behaviors in type 1 diabetics

Avoid rigid glycaemic control in susceptible patients

High index of suspicion for health professional attended adolescents patients in order to precocious diagnosis

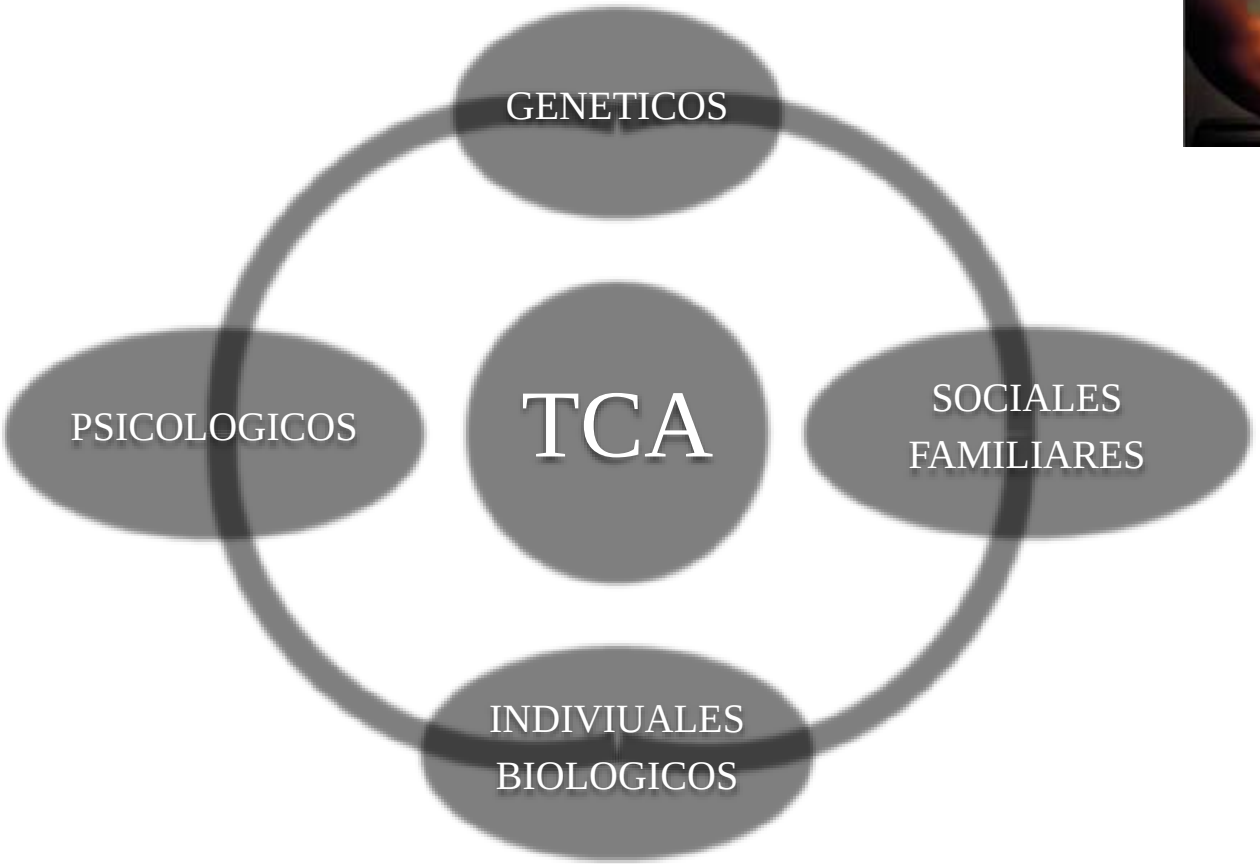
Consider psychological factors in patients with poor metabolic control

Use of a validate questionnaire in subjects with high risk of DEB or ED

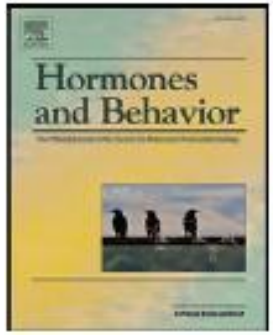
World J Diabetes 2011 November 15; 2(11): 189-195

Diabetes Care 2010; **33**: 495-500

FACTORES ETIOLOGICOS



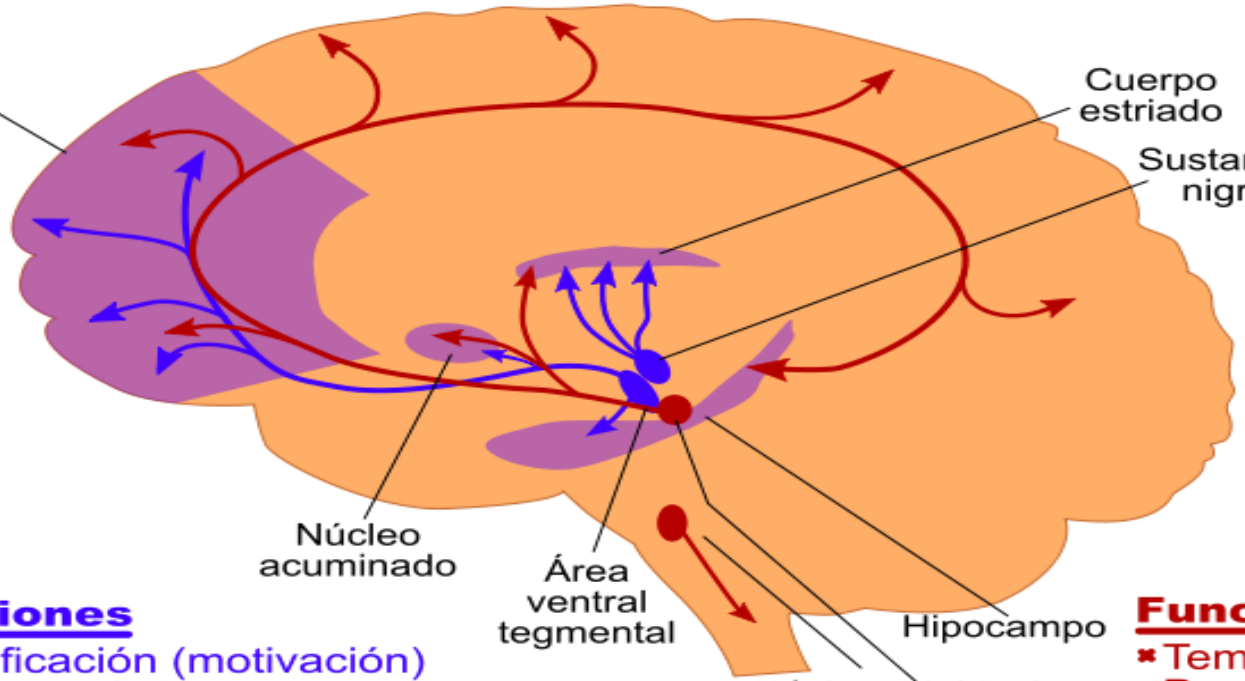
HERENCIA VS AMBIENTE



Review

When do we eat? Ingestive behavior, survival, and reproductive success

Vías dopaminérgicas **Vías serotoninérgicas**



Funciones

- Gratificación (motivación)
- Placer, euforia
- Función motora fina
- Compulsión
- Preservación

Funciones

- Temperamento
- Procesamiento de memoria
- Sueño
- Cognición

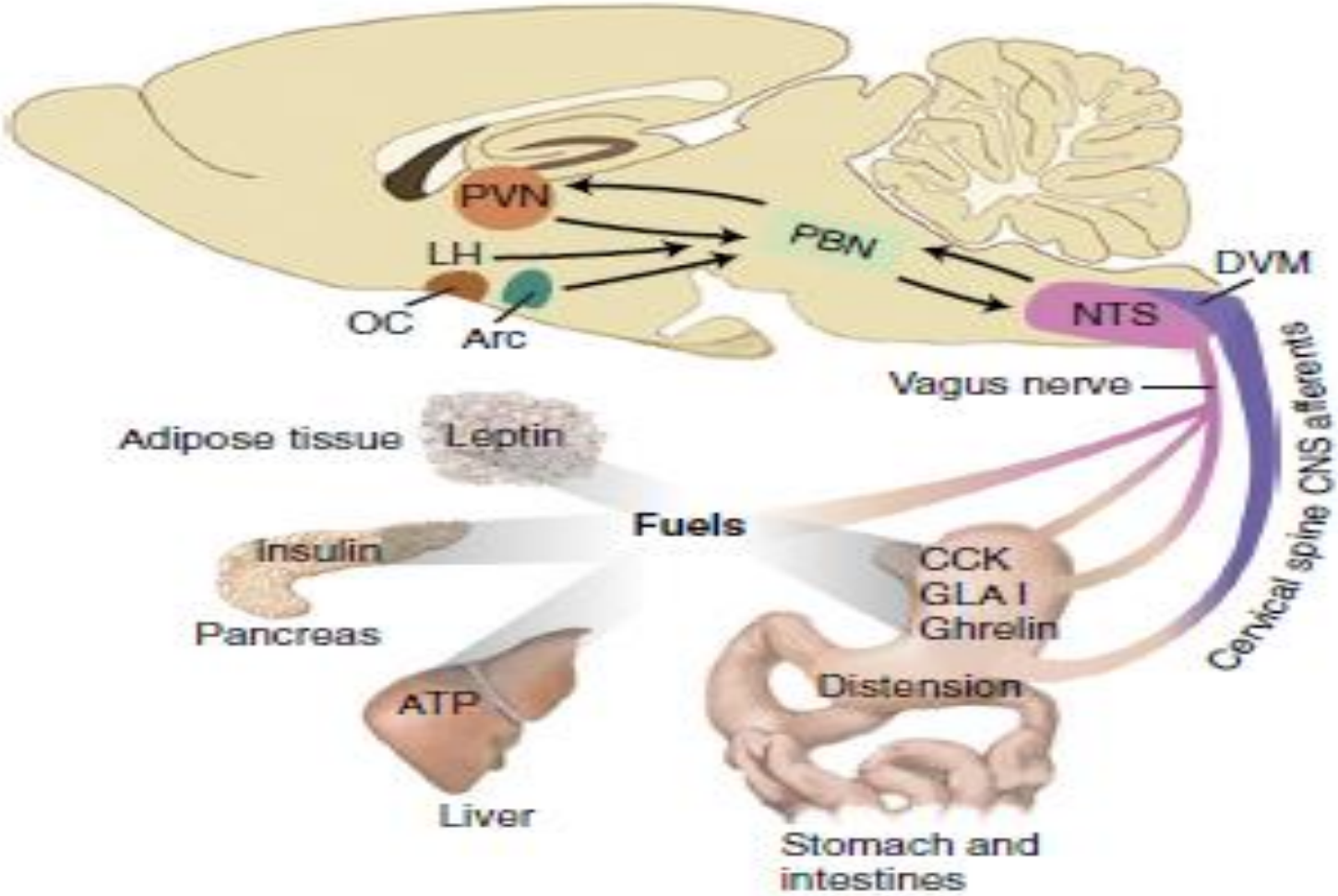
Hormones and Behavior 64 (2013) 702–728

Review article

Ghrelin and eating disorders

Deniz Atalayer [a,b,*], Charlisa Gibson [a], Alexandra Konopacka [a], Allan Geliebter [a,b,c]

[a] Department of Medicine, New York Obesity Research and Nutrition Center, St. Luke's-Roosevelt Hospital, New York, NY, USA
[b] Department of Psychiatry, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, NY, USA
[c] Department of Psychology, Touro College, New York, NY, USA



DEBATE Open Access

A debate on current eating disorder diagnoses in light of neurobiological findings: is it time for a spectrum model?

BMC Psychiatry

Samantha Jane Brooks*, Mathias Rask-Andersen, Christian Benedict and Helgi Birgir Schiöth

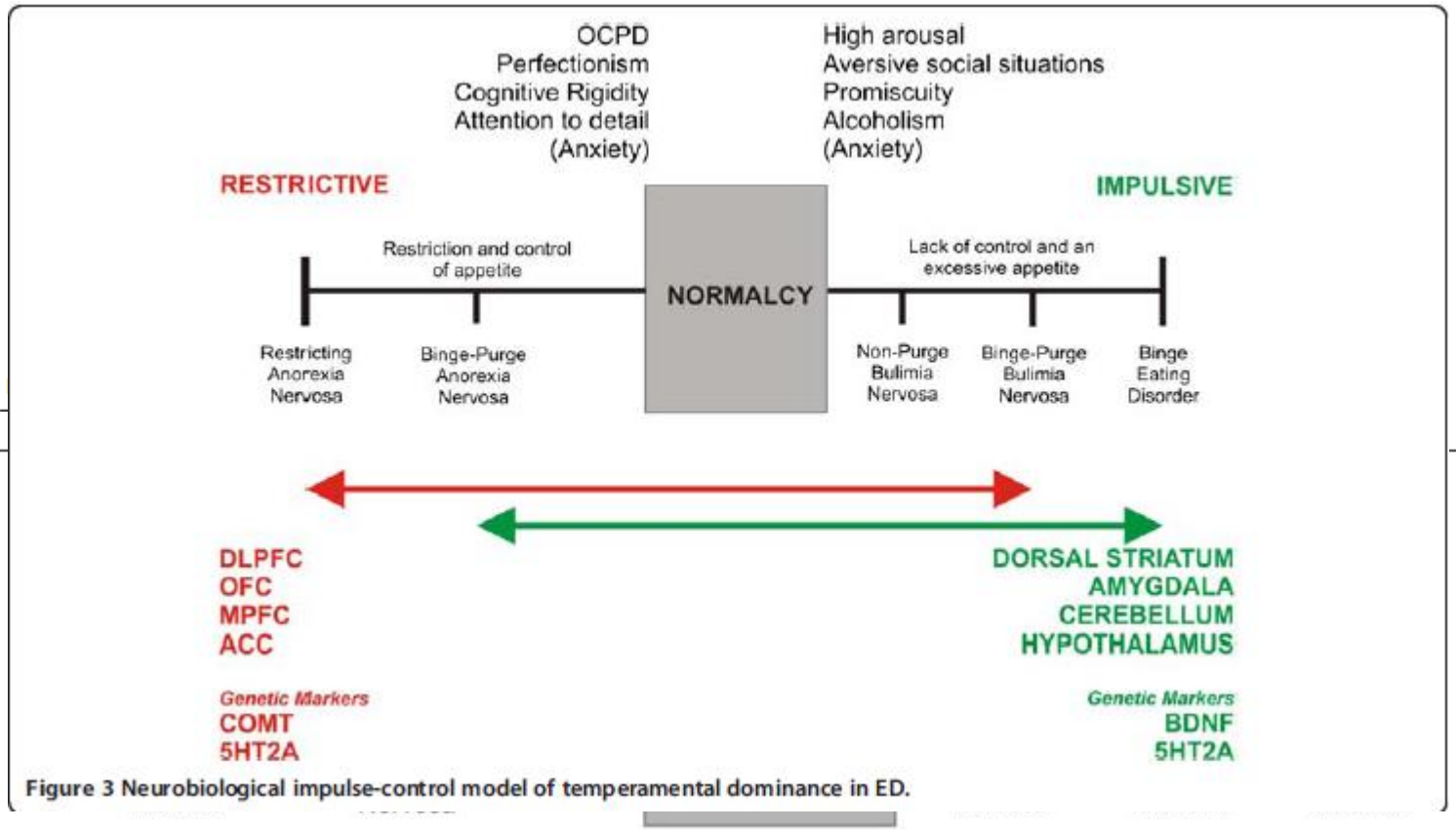


Figure 3 Neurobiological impulse-control model of temperamental dominance in ED.

Figure 1 Impulse-control spectrum model of eating disorders.

ABORDAJE DIAGNOSTICO TERAPÉUTICO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

5 CLAVES TCA

1. PACIENCIA

2. EMPATIA: « Lo que sufre».

3. NO INFORMAR: EDUCAR

4. NO EVALUAR EL TRABAJO PROPIO POR LA EVOLÚCIÓN DEL PACIENTE, ALGUNOS PERMANEN ATRAPADOS. NIHILISTAS. ACEPTAR LAS LIMITACIONES.

5. SER FLEXIBLES. Motivar al cambio. Aceptar dietas incompletas para evitar fracasos. No regañar.

ABORDAJE TERAPEUTICO. Expertos en TCA

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR. MEDICOS-DUE.PSIQUIATRAS-PSICOTERAPEUTAS-TERAPIA OCUPACIONAL	
EQUIPO MEDICO. Monitorización clínica	PERSONAL ASOCIADO.

ESFERA PSICOPATOLOGICA	
FAMILIA Y PACIENTE	ENTORNO

TRATAMIENTO NUTRICIONAL. Educacion nutricional	
REHABILITACION NUTRICIONAL Nutrición oral	NUTRICION ARTIFICIAL

EXTRAHOSPITALARIO

HOSPITAL DE DIA

HOSPITALIZACION COMPLETA

Planes estratégicos de tratamiento. Programa de Educación Nutricional

- Objetivo de tratamiento: Nutricional. Restablecer peso adecuado MINIMO SALUDABLE >85-90% del peso ideal. IMC>18.5%. Normas de conducta alimentaria. Estado psicopatologico. 1º nutrir.
- Mejorar y optimizar el comportamiento en relación a la comida. PATRON ALIMENTARIO.
- Disminuir la practica de medidas compensatorias: vomitos, atracones, ejercicio, ayuno. Evaluar progresion. Individualizar tratamiento.
- Estadios de la enfermedad comorbilidades y abordaje de las secuelas físicas y psicológicas.
- Orientación a los padres. Entorno en adultos.

Evaluación de la utilidad de un programa de educación Nutricional en TCA. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Nutr Hosp. 2009;24(5):558-567.

Evaluación de los pacientes: Hªnutricional. E. física. D/D.

- Historia clínica: Médica completa y nutricional. Edad pediatrica. Menarquia. Historia de obesidad. Habitos y horarios. Comportamiento alimentario. Ciclos menstruales. Hª de vómitos, purgas, laxantes. Ejercicio vigoroso.
- Valoración Nutricional: % perdida de peso. Grado de desnutrición. VSG. Antropometría IMC: Peso , talla. Pliegues cutáneos.
- Impedancia. +fx patologicas: 10 años de evolucion. >2DS en mas 45% bajo peso y amenorrea de mas de 2 años de evolcuion.
- CUESTIONARIO EAT-40. EAT-26. SCOFF. ESCALA PSICOPATOLOGICA.
- RECUERDO 24 HORAS. .
- CUESTIONARIO REDUCIDO DE FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS.

Evaluación de la utilidad de un programa de educación Nutricional en TCA. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario La Paz. Madrid.
Nutr Hosp. 2009;24(5):558-567.

Exploraciones complementarias

- VALORACIÓN INICIAL.
  - Hemograma, VSG, Glucemia, Proteínas viscerales, Estudio lipidio, Gases venosos, Electrolitos, Calcio, Fosforo, Magnesio, Función renal, Creatinina, Urea, Acido Úrico, Función Hepática, Análisis de orina.
  - Parámetros nutricionales: prealbumina, trasferrina.
  - Serología celiaquía.
  - Hormonas tiroideas.
  - EKG.
  - Radiología torácica.

- OTROS ESTUDIOS EN EVOLUCION:
  - Hierro sérico, ferritina, zn, cobre, vitaminas.
  - Perfil gonadal, cortisol, testosterona, PRL.
  - Estudio digestivo.
  - DEXA. . +fx patologicas: 10 años de evolucion. Disminución >2DS en mas 45% de los pacientes con bajo peso y amenorrea de mas de 2 años de evolucion.
  - Ecocardiografia.

Tratamiento nutricional.
Plan terapeutico. Calculo de los requerimientos nutricionales

- Las alteraciones nutricionales son más frecuentes en la AN que en la BN (trastornos HE).

- Pérdida de peso a expensas tanto del compartimento graso como del no graso o magro. El compartimento visceral, tardio. Porcentaje de grasa corporal es inferior al 20% .Pliegues. bioimpedanciometria.

- Cálculo del gasto energético en reposo: Calorimetría indirecta (20% menos). Reducción de masa magra, ecuaciones de prediccion,porque estos procedimientos sobrestiman el GEB. HB sobreestima el GEB en estas pacientes. Schöfield. (Edad peditatrica y adolescentes. Formula de Madruga-Rodriguez. H. Niño Jesus.
- Peso ajustado o al real, no al ideal. IMC 16% ,estimaciones, alrededor 1000 cal . IMC 13, 830 Kcal.

TRATAMIENTO NUTRICIONAL AN EVIDENCIAS : FEED BACK DESNUTRICION ANOREXIA

- Elección: Dieta oral. NE no es necesaria en muchos casos, tras la propuesta de hospitalización.
- Opción de Suplementación oral. Coadyuvancia.
- ELECCION N. ARTIFICAL: Nutrición Enteral. Coadyuvancia dieta oral
  - Negativa a Dieta oral.
  - Pacientes con malnutrición severa y alto riesgo. Vómitos o purgas incoercibles. Estudios coste-eficacia. Criterios de intervención. HB sobreestima. Peso ideal.
  - GANANCIA DE PESO PROGRESIVA: 30-40 kcal/kg (1000-1500 kcal/dia) e ir incrementando. Mantenimiento 40-60kcal/kg/dia.
    SD. REALIMENTACION 6%. Poco volumen. Inicio 18-20 Kcal/Kg/día. Proteínas 1.5 g/kg/dia. (15-205 delas calorias totales. Determinaciones k,P,Mg estrecha. TIAMIINA. P. MG. Zn
  - Si CI (no viable Tracto GI): NPT. > COMPLICACIONES.

- NUTRICION ENTERAL: Dietas poliméricas sin lactosa y con fibra 1 kcal/ml inicio (FASE I 19% prot, 44% CH, 36% Lip, posteriormente 1.5 kcal/ml.). NEP nocturna. PEG. Estigmas psicologicos-Relacion medico-enfermo-Complicaciones-Manipulaciones-Aspectos judiciales.

Aplicattion criteria of enteral nutrition in patientes with anorexia nervosa.
JPEN;May/Jun 2006;(30)231-239.

Enteral Nutrition for Feeding Severely Underfed Patients with Anorexia Nervosa

- Antropometria 10 pacientes, day 0,15,30,60,90

BMI [b] (kg/m^2)	11.2 ± 0.7 (9.6–11.9)	12.9 ± 0.9 (11.4–14.5)	14.1 ± 0.9 (13.2–15.6)	15.8 ± 1.3 (14.1–17.9)	17.3 ± 1.6 (13.9–20.0)
Estimated resting metabolic rate (kcal/24 h)	1092 ± 115 (809–1197)				
Measured resting metabolic rate (kcal/24 h)	739 ± 161 (514–1123)				

N 89
Años 2009-2012
10 pac IMC<12%
GEB Calorimetria indirecta
N. Enteral continua seguimiento90 dias
Polimerica sin lactosa fibra, alta en N2
Tiamina
80-1000 mg P/dia
H2O:25-30 ml/kg/dia
Edad media 23,9 +-11
Duracion 3 meses-133 meses
Edad dco:19 años.

Nutrients **2012**, *4*, 1293-1303

Enteral Nutrition for Feeding Severely Underfed Patients with Anorexia Nervosa

Table 2. Treatment of 10 anorexia nervosa patients with extreme undernutrition [a].

Time	Day 0	15 days	30 days	60 days	90 days
Enteral feeding regimen (kcal/day)	450.0	837.5	1100.0	1000.0	800.0
Amount of enteral fluid diet (mL/day)	300.0	650.0	600.0	500.0	400.0
Caloric density (kcal/mL)	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
Protein (enteral feeding) (g/kg body weight)	0.7	1.3	1.5	1.2	0.9
Protein (oral diet) (g/kg body weight)	1.3	1.5	1.7	1.8	1.8
Protein (total) (g/kg body weight)	2	2.8	3.0	2.9	2.6
Fiber (enteral feeding) (g)	5.0	11.0	12.5	12.5	10.0

Ganancia 0,5-1 Kg/semana. 3500-7000 kcal /semana

Nutrients **2012**, *4*, 1293-1303

Mujer 33 años. 23 kg, habitual de 30 Kg. IMC 8,8%

(*Nutr Hosp.* 2014;30:690-694)

1. National Institute for Clinic Excellence. Eating disorders-core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. *NICE Clinical Guideline* no. 9. 2004.

Aplicación Criteria of Enteral Nutrition in Patient With Anorexia nervosa. JPEN. May . Vol .30. pag 231

TABLE I

Minimal criteria for a "life-saving" intervention with artificial nutrition

Criteria based on weight loss rate:

- Patient with a basal BMI <13kg/m^2 showing a loss of weight >10% in the last 15–30 days
- Patient with a basal BMI <13 kg/m^2 showing a progressive reduction of weight (even <10% in the last 3 months) coupled with cardiac rhythm disorders

Criteria based on "metabolic distress" (associated or not with excessive weight loss):

- Patient with a basal BMI <13 kg/m^2 showing symptoms of strong dehydration (clinical and blood-chemical evaluation)
- Patient with a basal BMI <13 kg/m^2 showing significant alteration of plasma electrolytes (particularly K, Mg and Na)
- Patient with a basal BMI <15 kg/m^2 showing repeated episodes of hypotension and/or lipothymia, cardiac rhythm disorders, or metabolic disorders (eg, transitory hypoglycemia, transitory myopathy) or serious concomitant illnesses on suspected debilitation hypothesis (eg, hyperglycemic crises, ketosis, permanent slowing of osteo-tendinous reflexes, central or peripheral neurological disorders even if transitory, etc)

Criteria based on presence of "psychiatric symptoms" (associated or not with excessive weight loss):

- Patient with a basal BMI <15 kg/m^2 showing a depressive symptomatology (with suicidal or self-injury plans) associated with the weight loss described in the preceding frames

Note: A cardiac rhythm disorder, in a patient with a significant reduction of oral intake, even in absence of weight loss, represents a criterium for a clinical surveillance (and/or a "life-saving" intervention).

Abordaje terapéutico

- American Medical Association publicó en 1994 presentó guías para screening TCA entre adolescentes. DIAGNOSTICO PRECOZ, EN FASES INICIALES. Estadios y abordaje.

- FASES DE LA ENFERMEDAD: Estratificar tipo, evolucion y comorbilidades asociadas. Diferentes estrategias.
  - CRONICIDAD: 25-30%. CURACION. 50% BN.
  - MORTALIDAD: 5-10% COMPLICACIONES.

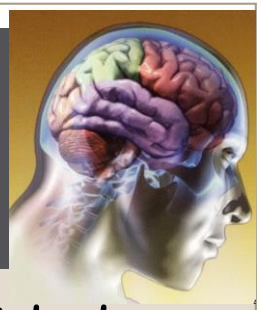
PANDEMIA DE OBESIDAD

- BINGE EATING. 30-50% OBESOS
- 3,5% PREVALENCIA TCA.
- COMORBILIDADES ASOCIADAS. DM2.
- TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y FARMACOS IRS Y ANTIEPILETICOS.
- EQUIPOS DE TRABAJO. PSIQUIATRA DE REFERENCIA.
- INERCIA TERAPUETICA. FALTA DE RECURSOS.
- FRACASOS TERAPEUTICOS.
- ESTUDIOS DE COSTES A LARGO PLAZO. DIAGNOSTICO PRECOZ.
- CAMBIOS ECONOMICOS 25 CICLICOS.. MEMORIA METABOLICA. CIRUGIA METABOLICA. NUTRICION ARTIFICIAL. NET

A 3-month at-home tube feeding in 118 bulimia nervosa patients: a one-year prospective survey in adult patients.

Clin Nutr. 2014 Apr;33(2):336-40.

TRATAMIENTO PSICOTERÁPICO Y PSICOFARMACOS.



- Psicoterapia conductual. Menor estancia mas estabilidad del peso. BN. Binge eating.
- No ha demostrado ningún fármaco por si solo beneficios.
- Coadyuvancia : Casos graves.TCC+farmamos
- BN hasta 50% remisiones. Psicoterapia cognitivo conductual.
- IRS. dosis altas 60 mg fluoxetina. (an dosis de 40 mg/dia. Sertralina.
- Topiramato. Canales cel ca y rc gaba, dismunuye el apetito y estabiliza el animo. muy buenos resultados.
- Zonisamida. Ultima generación .
- Casos refractarios. NET. Cirugia.

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE LOS TCA EN UN HOSPITAL DE DIA. MODELO USMIJ

MENORES 18 AÑOS
UNIDAD DE PSIQUIATRIA
EQUIPO DE SALUD MENTAL
PERSONAL ESPECIALIZADO
HOSPITALIZACION PARCIAL
HOSPITAL DE DIA: 9-21 HORAS
COMEDOR TERAPÉUTICO
OTROS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS:
PSICOSIS DE LA INFANCIA,TADH,TCA.

Lancet. 2014 Apr 5;383(9924):1222-9. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62411-3. Epub 2014 Jan 17.

Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial.

Lancet 2014;383:1222

Introducción

- **Los TCA (trastornos de conducta alimentaria) son una patología compleja y heterogenea que precisa en su abordaje un equipo multidisciplinar.**

- **Se precisa de personal cualificado y centros capacitados para su manejo:** Psiquiatras, Endocrinologos, Nutricionistas, D.U.E especializados, Auxiliares, Psicologos ,Educadores, Psicoterapéutas. Optimizar los recursos de cada Área. Labor de consultoria: Especialista Endocrinología y nutrición, capacitación en esta Area, imprencindible en el equipo.

- **Es la 3ª causa de mortalidad en la adolescencia**. Pico de incidencia 14-16 años. Distintos escalones terapeuticos según la edad y estadio de la enfermedad. Heterogenicidad. Sensibilización en su manejo y abordaje precoz.

METODOLOGIA

- La Unidad de salud Mental InfantoJuvenil, para menores de 18 años, ofrece en su cartera de servicios, desde el año 2000, el abordaje en los trastornos de conducta alimentaria en un Hospital de dia.

- Su régimen de hospitalizacion es parcial, de 9 h a 21 h, dias laborables y también se integran en su hospitalización con otros niños/as con otras Trastornos Psicopatológicos (Trastornos del desarrollo, TADH, entre otros).
- USMIJ: Puesta en marcha 2000. Coordinadora: Psquiatra Lourdes Hernandez. 3er nivel. Equipo de salud mental. Disponemos de Aula, Comedor terapéutico, Area de terapia ocupacional y personal especializado, en la supervisión y cuidados de este tipo de pacientes. Contrato y autorizacion a los padres. Normas y compromiso.

- Desde Octubre de 2010, se realiza una consultoria presencial semanal desempeñada por un Especialista en Endocrinología y Nutrición, contamos la experiencia y características de las pacientes con TCA ingresadas en la Unidad por esta patología.

EQUIPO TCA

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

EQUIPO MEDICO. Unidades Psiquiatría.

Monitorización clínica

Valoracion nutricional. Antropometrica. Despistaje organicidad.

PERSONAL EXPERTO ASOCIADO.

Salud mental. Programa de

Educacion nutricional.

ESFERA PSICOPATOLOGICA

FAMILIA Y PACIENTE

Abordaje terapéutico

ENTORNO

TRATAMIENTO NUTRICIONAL

REHABILITACION NUTRICIONAL

Nutrición oral

NUTRICION ARTIFICIAL

ORGANIGRAMA DE TRABAJO

HOSPITAL DE DIA

CRITERIOS DE INGRESO: IMC <16% CLAUDICACION DOMICILIARIA, RIESGO PSICOPATOLOGICO NO CONSCIENCIA DE ENFERMEDAD, VOMITOS INCOERCIBLES

SOPORTE CUIDADOS: Esfera Clínica y Psicopatológica

Situacion clinica, normas contrato, valoracion medica, protocolo de ingreso, constantes vitales, vigilancia, antropometria, pediatria si precisa, registros dieteticos, esfera psicoafectiva, medicacion, soporte nutricional

ENTORNO: Entrevista con los padres y abordaje.

TRATAMIENTO NUTRICIONAL

NUTRICION ORAL

NUTRICION ARTIFICIAL

OBJETIVO: EDUCACION NUTRICIONAL Y REHABILITACION NUTRICIONAL

ORGANIGRAMA DE TRABAJO

OBJETIVOS: RHB nutricional, esfera cognitiva

Ganancia ponderal 0,5-1 Kg Objetivos escasamente realistas: 500 gr/semana de media.

Prevencion sd. Realimentacion. Mejoria psicopatologica. Registros ingesta oral completa de forma progresiva sin complicaciones. Opcional SO. Opciones N. Enteral : NET (continua diurna, 4 tomas, NEP complementaria.

EVOLUCION

FAVORABLE

DE RIESGO: NUTRICIONAL O PSICOPATOLOGICO

PERMISOS ACTIVIDADES

FINES DE SEMANA

SEGUIMENTO AMBULATORIO

INGRESO AGUDOS

HOSPITALIZACION

COMPLETA

Coordinación Unidad Nutricion- Pediatria

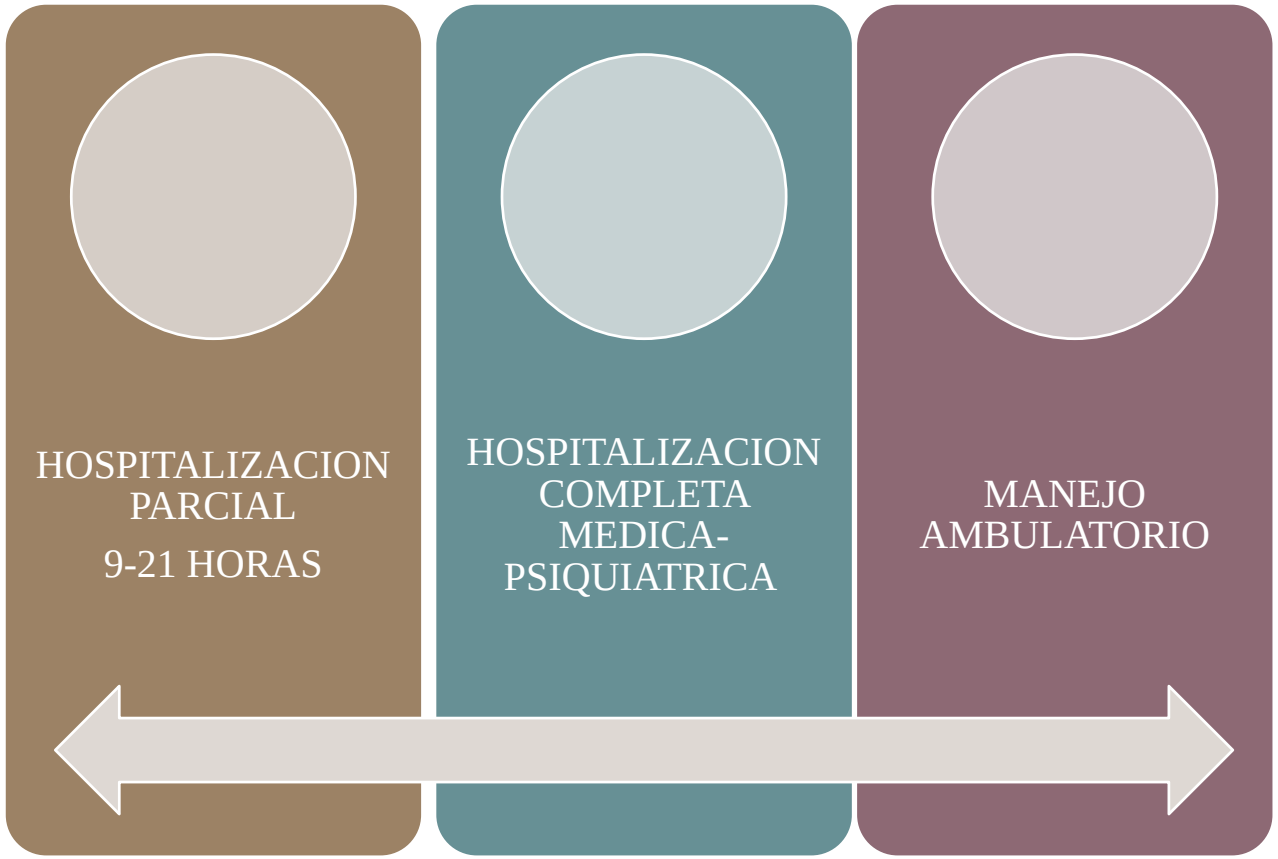
METODOLOGIA II

- ESTUDIO RETROSPECTIVO OBSERVACIONAL
- ESTUDIO DE VARIABLES.
  - Epidemiologicas, clínicas, psicopatologicas.
  - Historia clinica detallada, Enfermedades subyacentes,.
  - Variables Antropometricas.
  - Abordaje nutricional.
  - Estancia media.
  - Complicaciones .
  - Evolucion ponderal.
  - Rehabilitacion nutricional.
- BASE DE DATOS. ESTUDIO ESTADISTICO SPSS 20

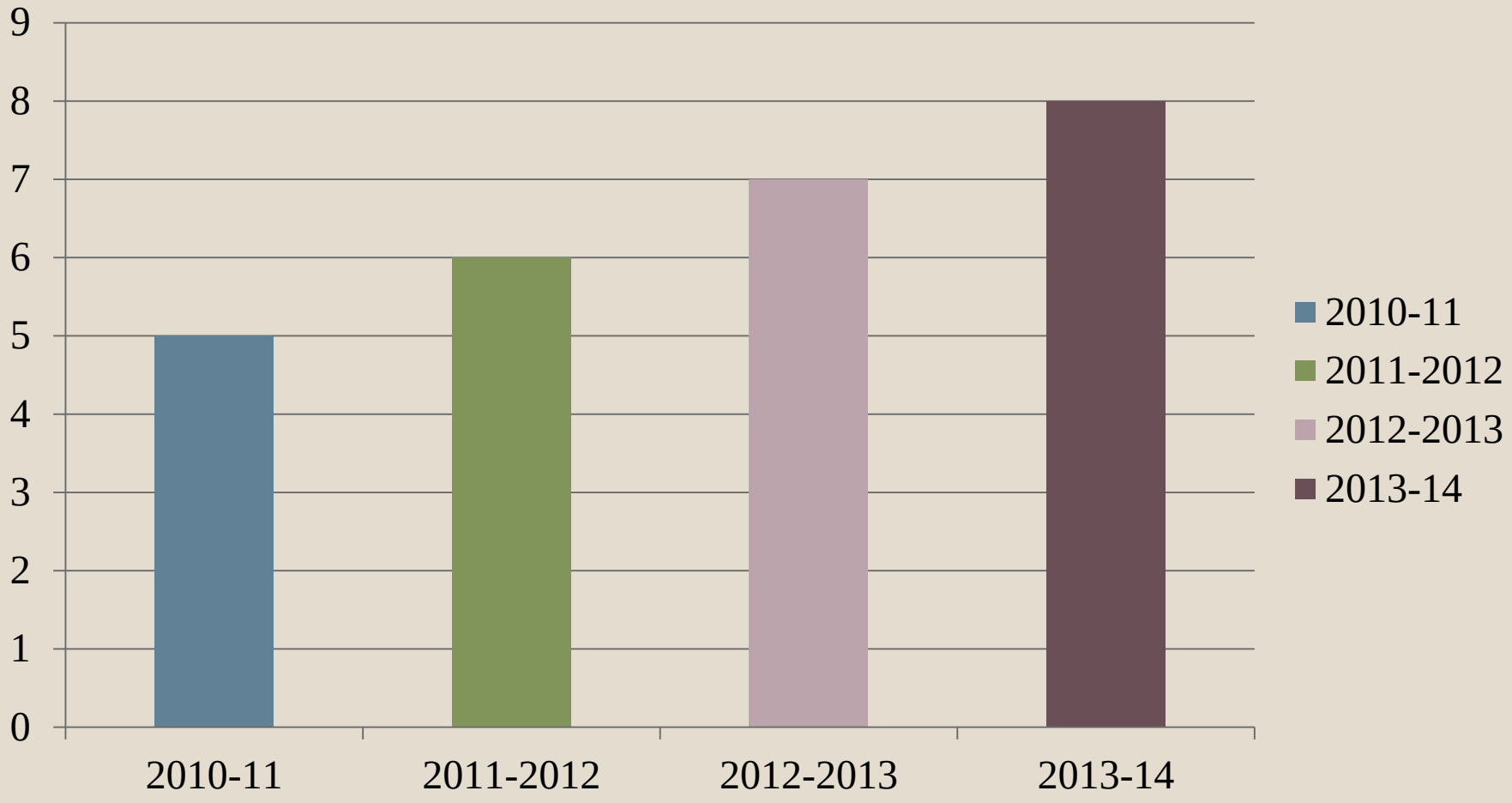
RESULTADOS

- INGRESOS USMIJ TCA: OCTUBRE 2010-DICIEMBRE 2014. PERIODO: 4 AÑOS
- N=29. GENERO 28 NIÑAS.
- Edad media 14 años (8-17)
- PICO INCIDENCIA: 14-16 Años.

OPCIONES DE ABORDAJE TERAPEUTICO EN TCA



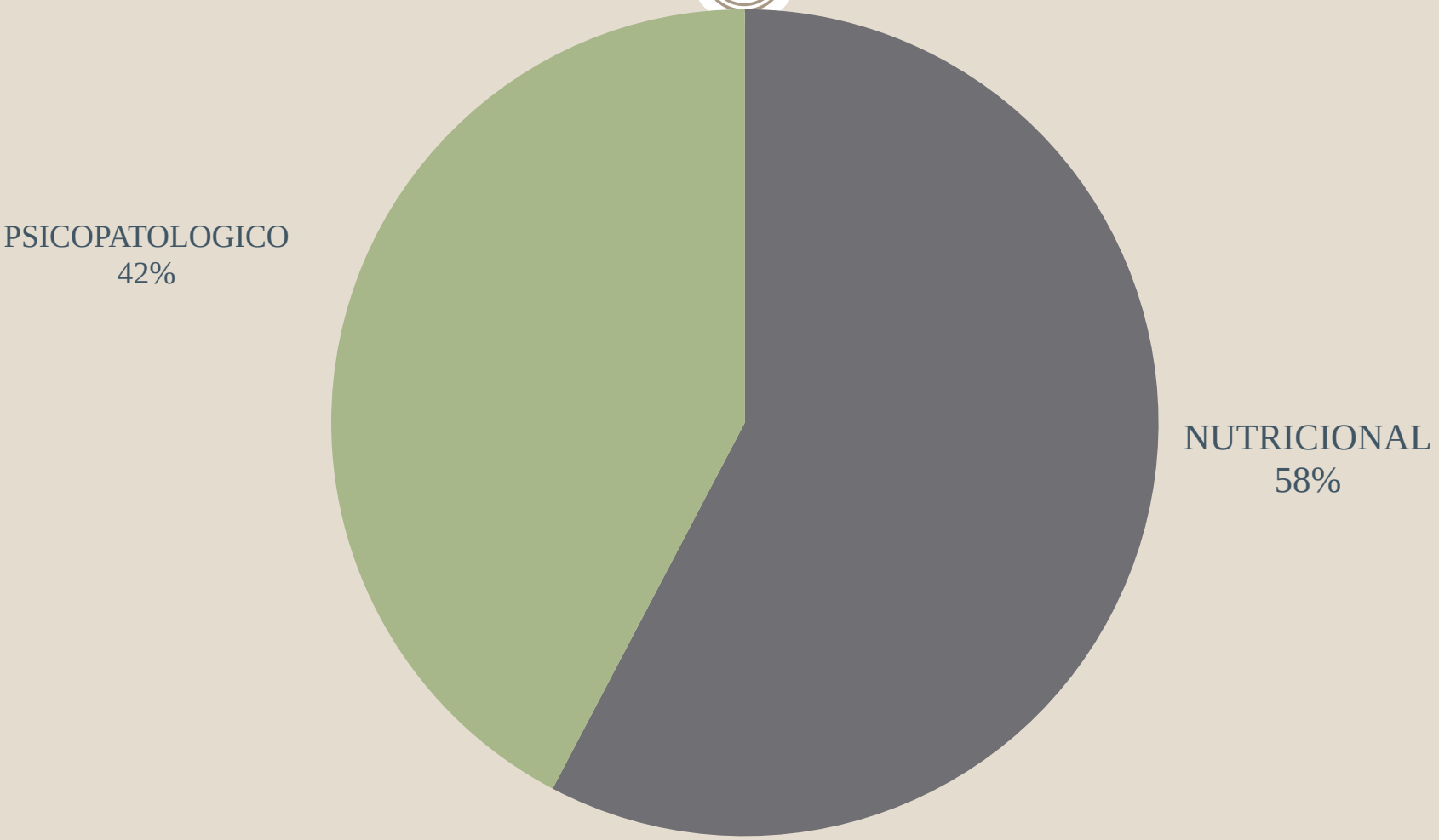
NUMERO INGRESOS/AÑO



RESULTADOS II

- Valoracion Antropométrica. Tablas de crecimiento. GER/GEB.
- Protocolo de ingreso. Historia clinica. Estabilidad HD. Monitorizacion. Abordaje Nutricional.
- Requerimientos energeticos. HB. Shofield. Fórmula Madruga-Rodríguez . 1000-1500 kcal/dia. Media 1225 kcal/día.
- 42% AMENORREA al ingreso. No menarquia 2 niñas.
- Motivo de Ingreso:
  - RIESGO NUTRICIONAL 25/29 (<85% del peso esperado, con negativa a comer en entono domiciliario y falta de consciencia de enfermedad). PSICOPATOLOGICO 4/22
- IMC de media al ingreso 16% (11.9%-21%).

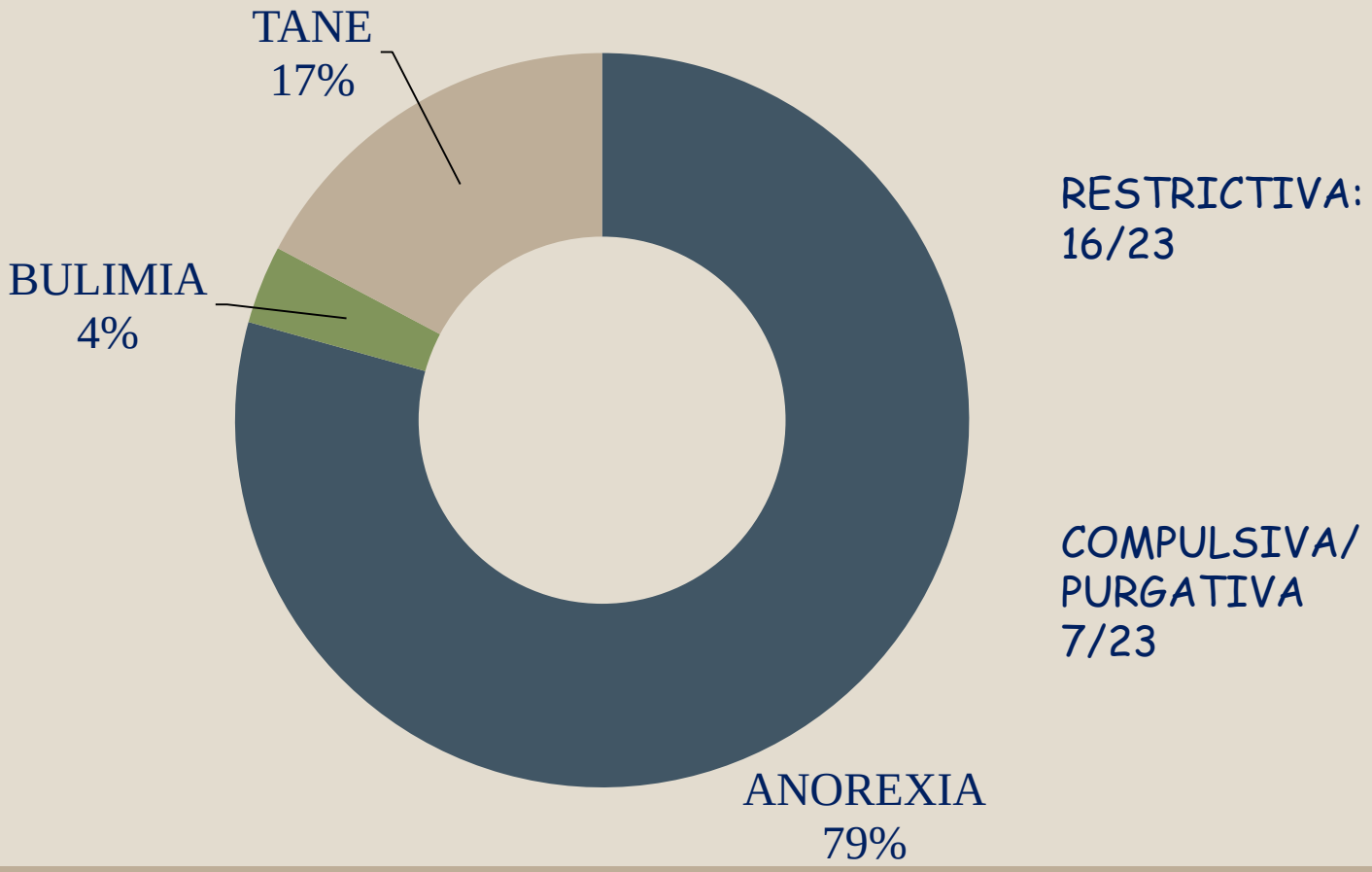
MOTIVOS DE INGRESO. USMIJ



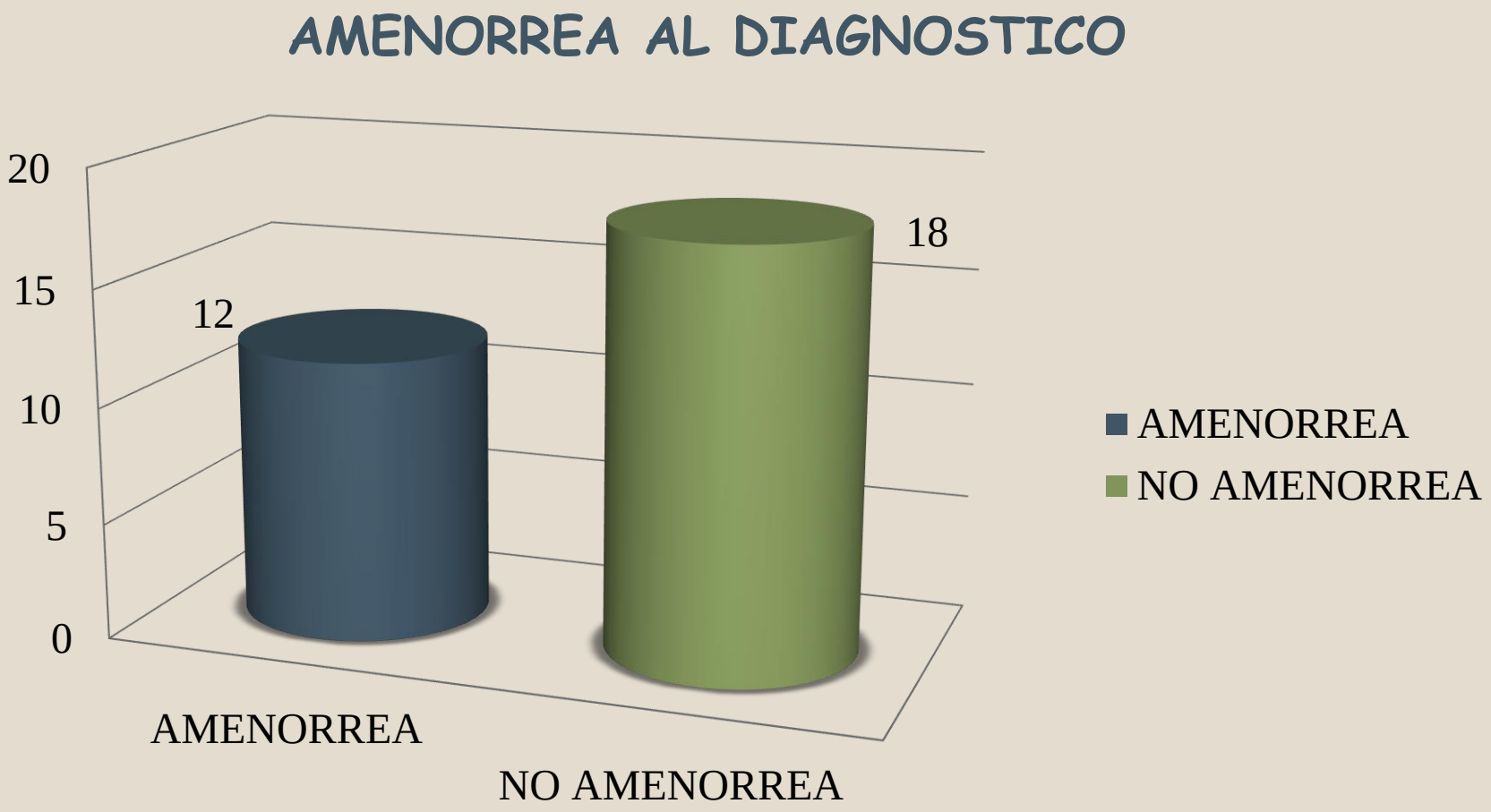
IMC MEDIA AL DIAGNOSTICO 16%

RESULTADOS III

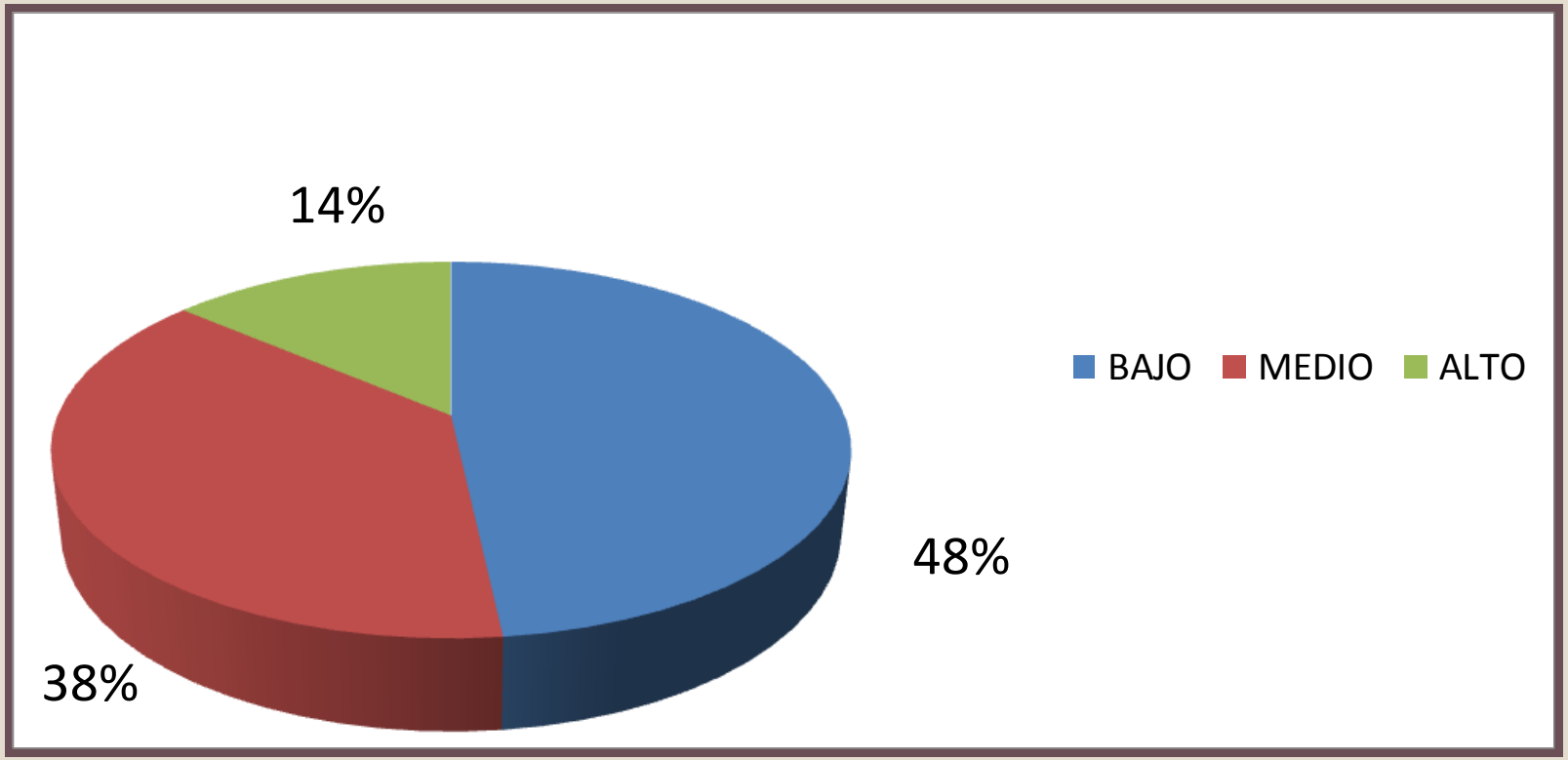
CRITERIOS DIAGNOSTICOS



RESULTADOS IV



NIVEL SOCIOECONOMICO



PATOLOGIA ASOCIADA

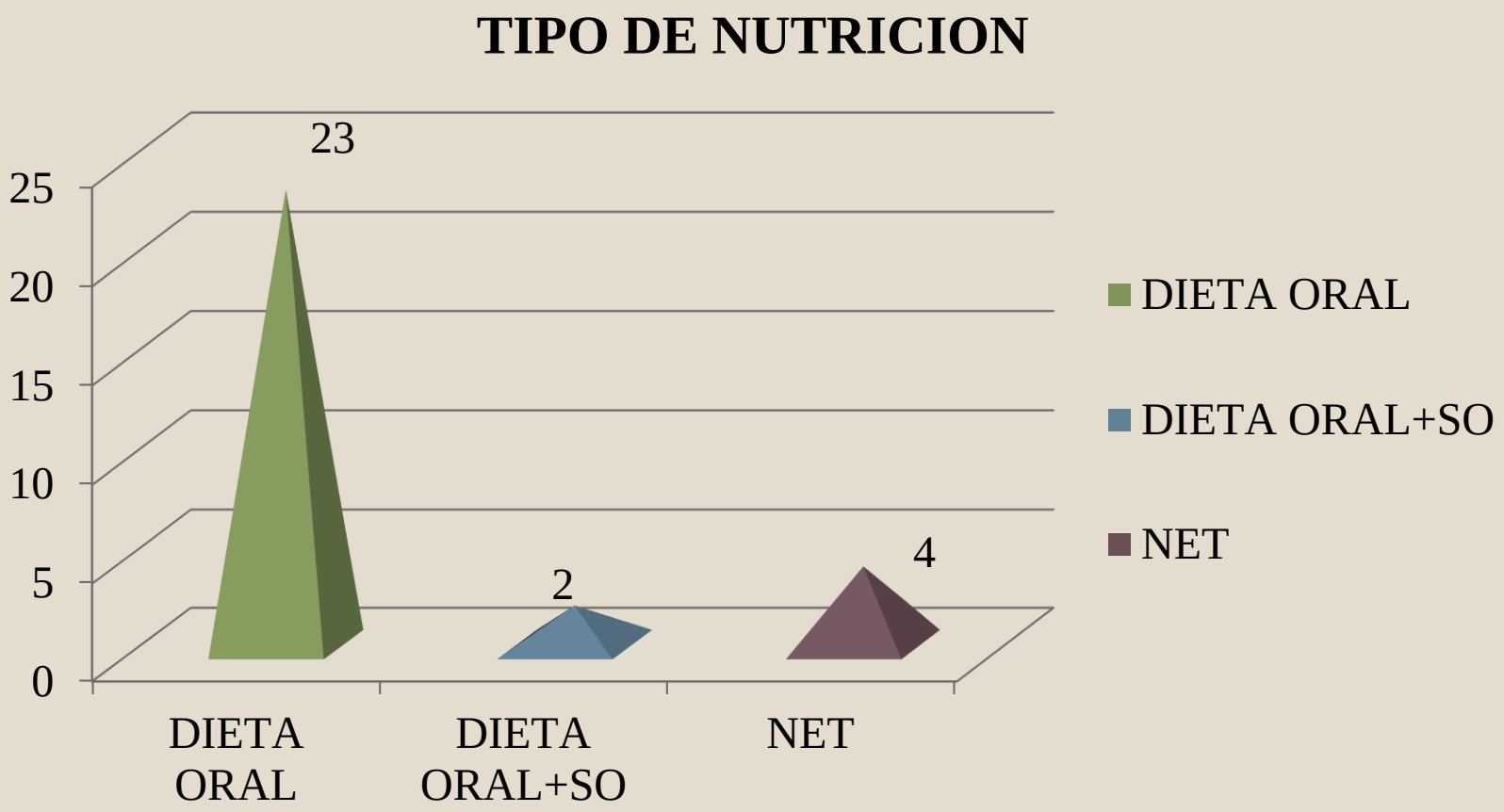
NIÑA 1	NIÑA2	NIÑA3
HIPOTIROIDISMO AUTOINMUNE	CELIAQUIA SILENTE EDA NORMAL.+AC RENUTRICION AC -	DESNUTRICION GRAVE. IMC 11,9% DEFICIT DE VITAMINA K

NIÑA 4	NIÑA 5
AMENORREA 1 ARIA	AMENORREA PRIMARIA

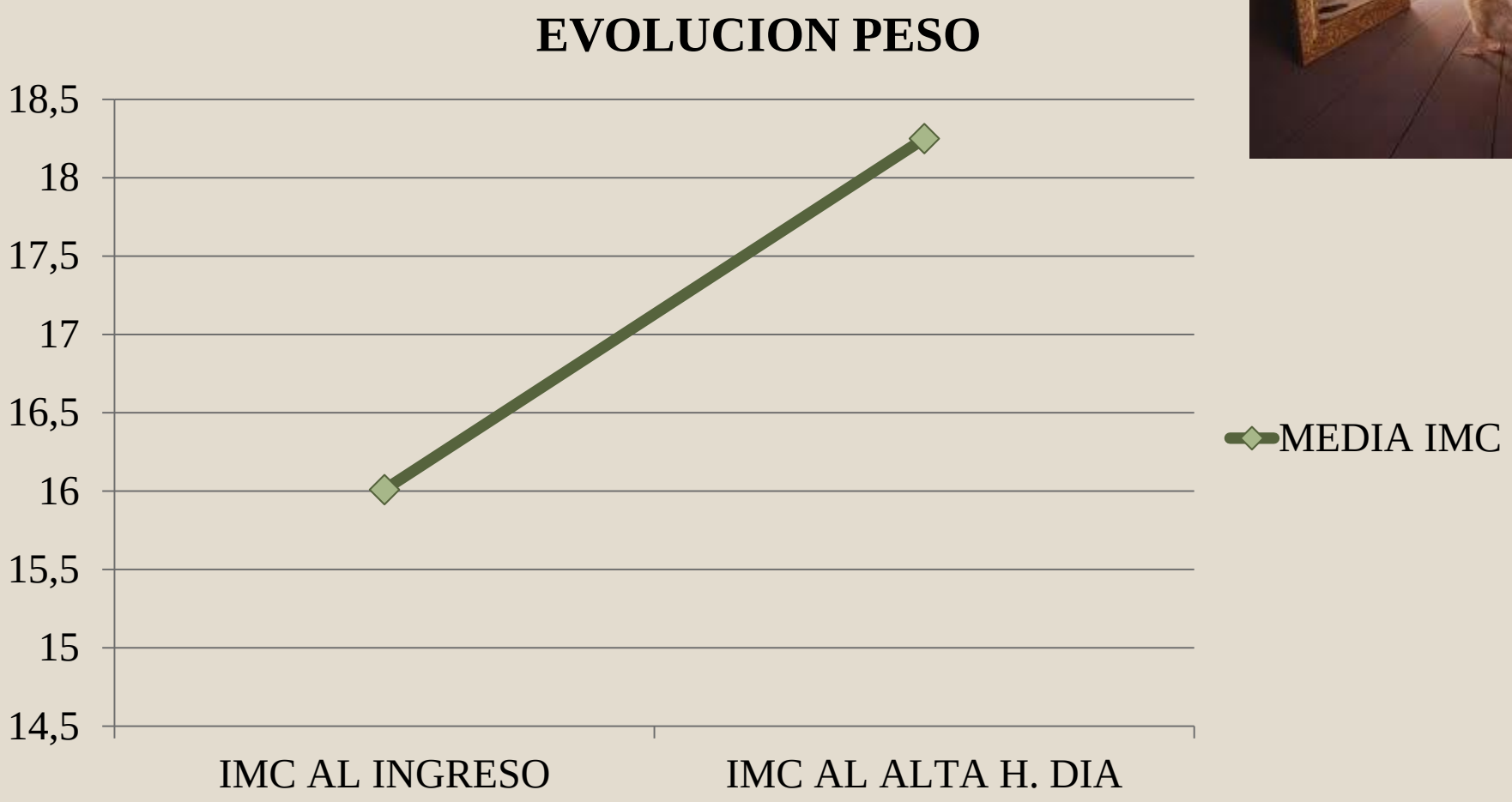
METABOLISMO CALCIO FOSFORO. VITAMINA D	ZN, ALTERACIONES HEMATOLOGICAS
NO ALTERACIONES	NINGUNA

MANEJO NUTRICIONAL

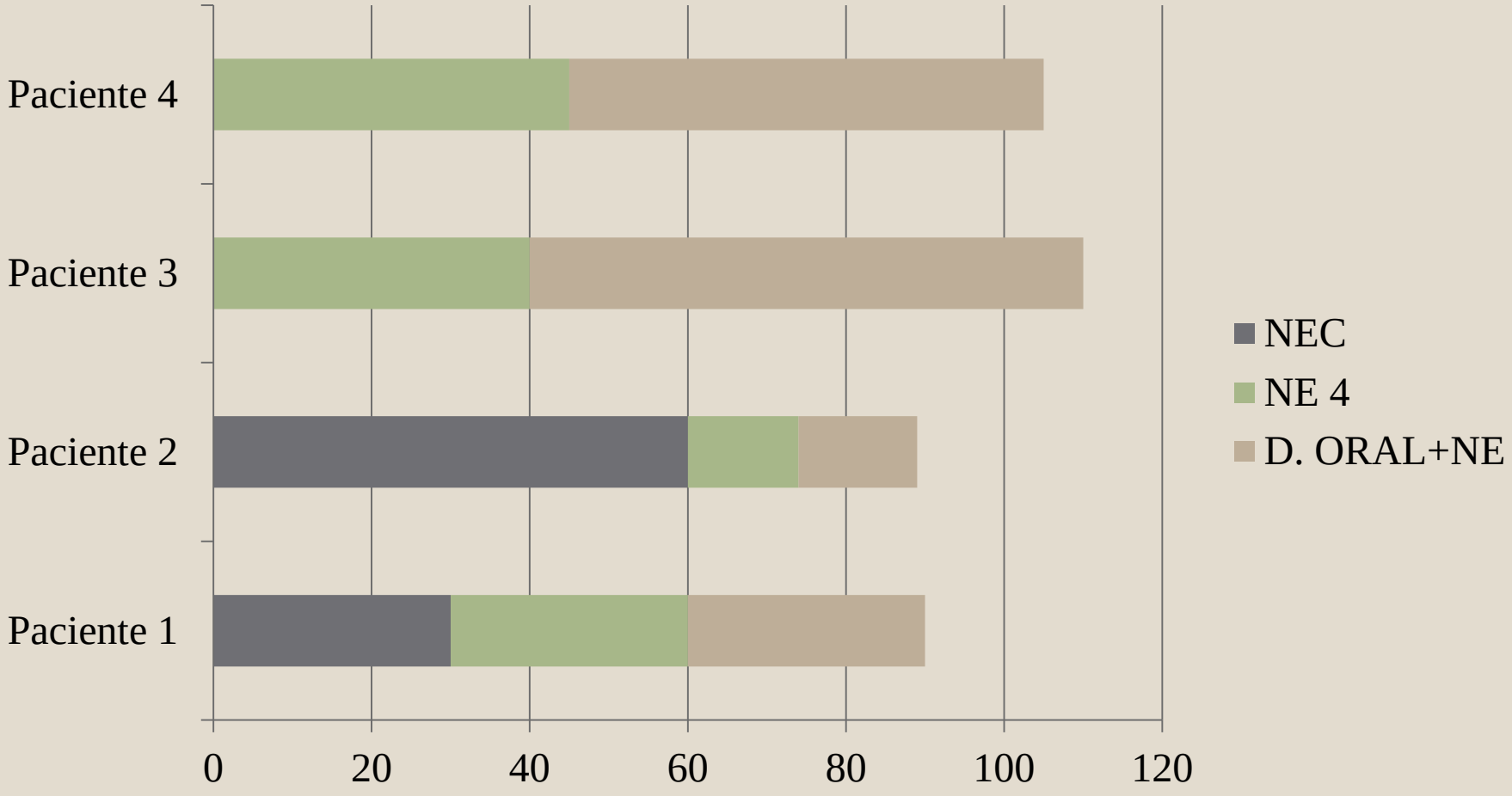
- TIPO DE NUTRICIONAL



RESULTADOS II



Nutricion enteral . Caracteristicas. Evolucion . Formulas.



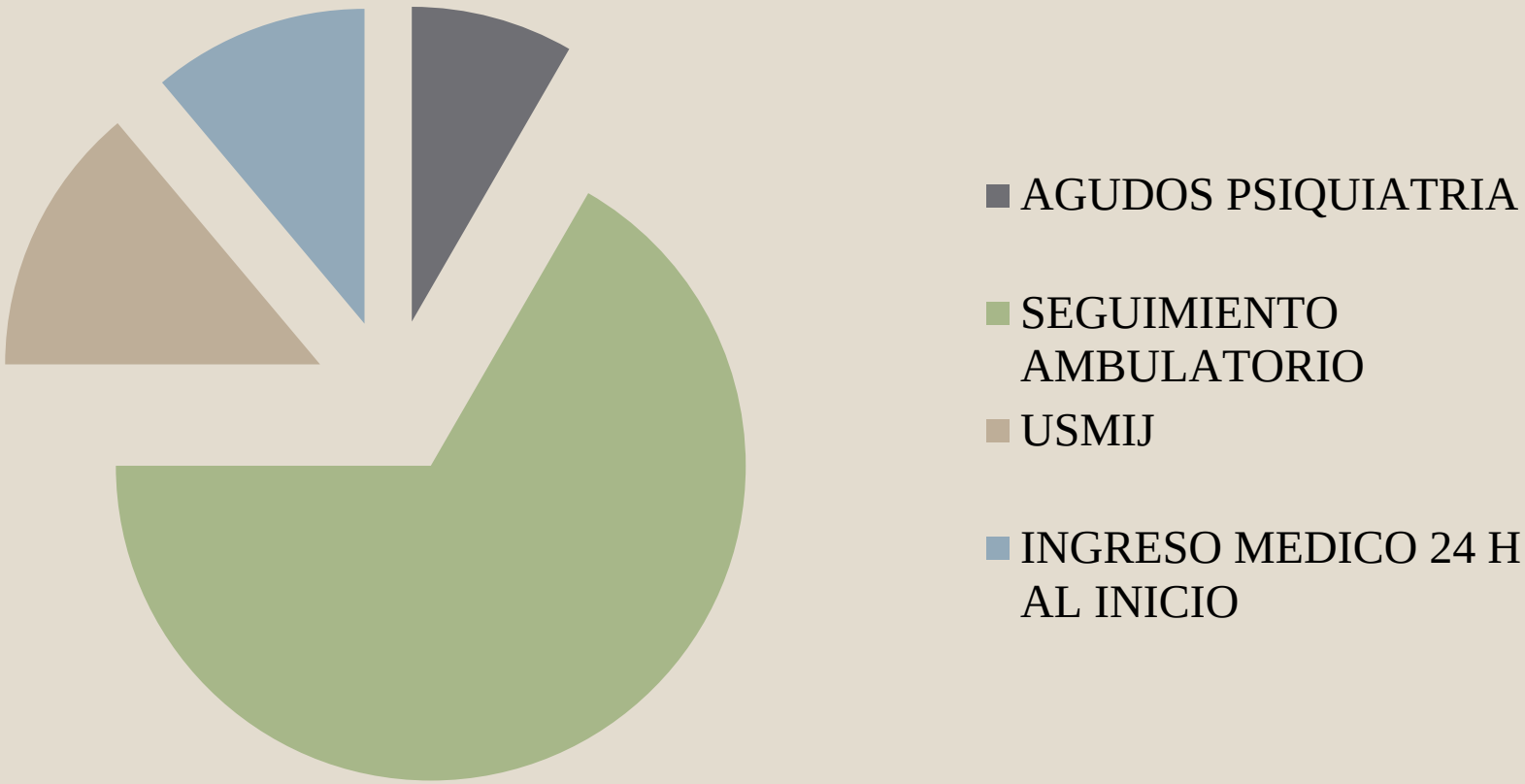
H. DIA. HOSPITALIZACION PARCIAL. USMIJ

HOSPITALIZACION COMPLETA: AGUDOS

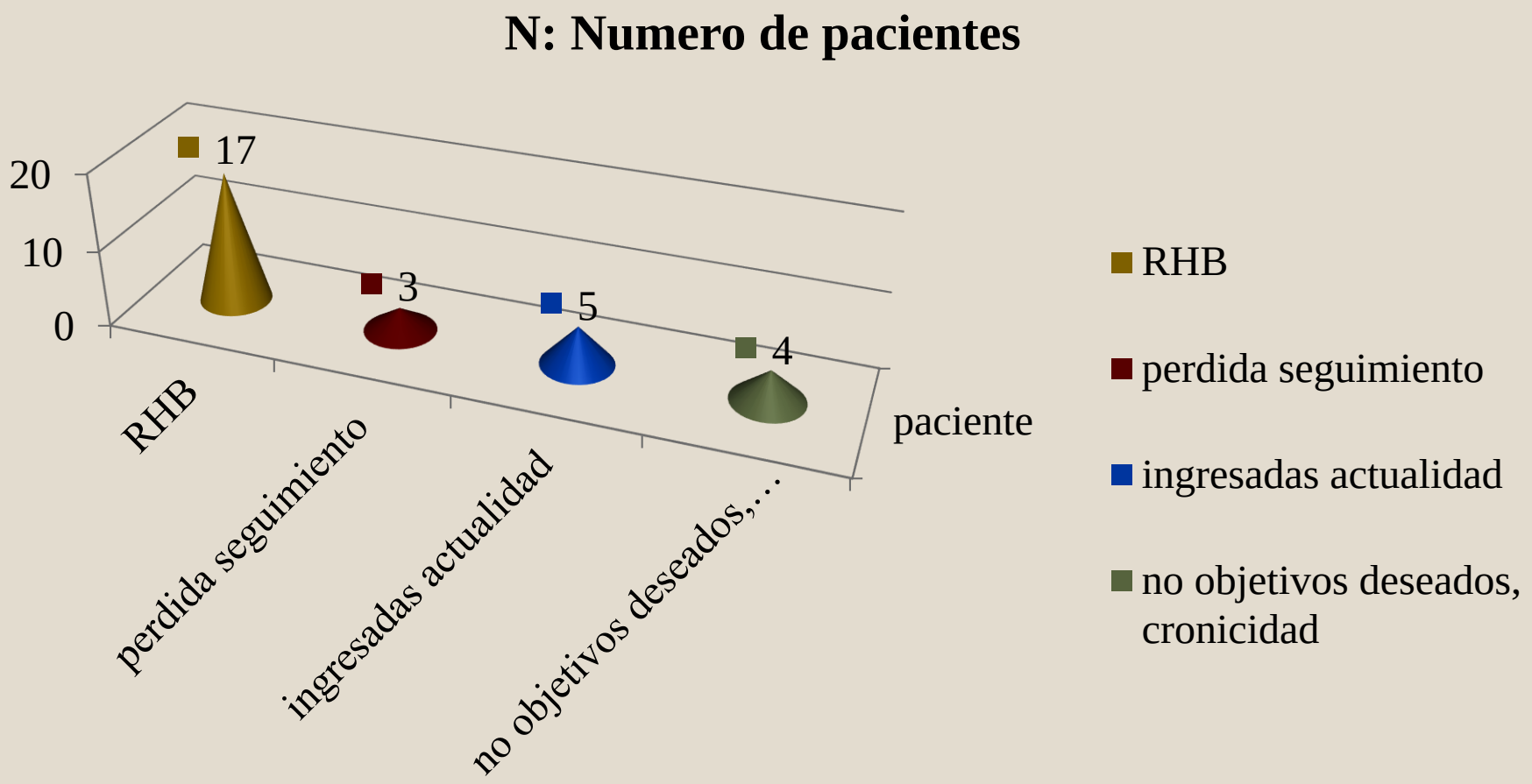
DOMICILIO

EQUIPO

DESTINO DE LOS PACIENTES



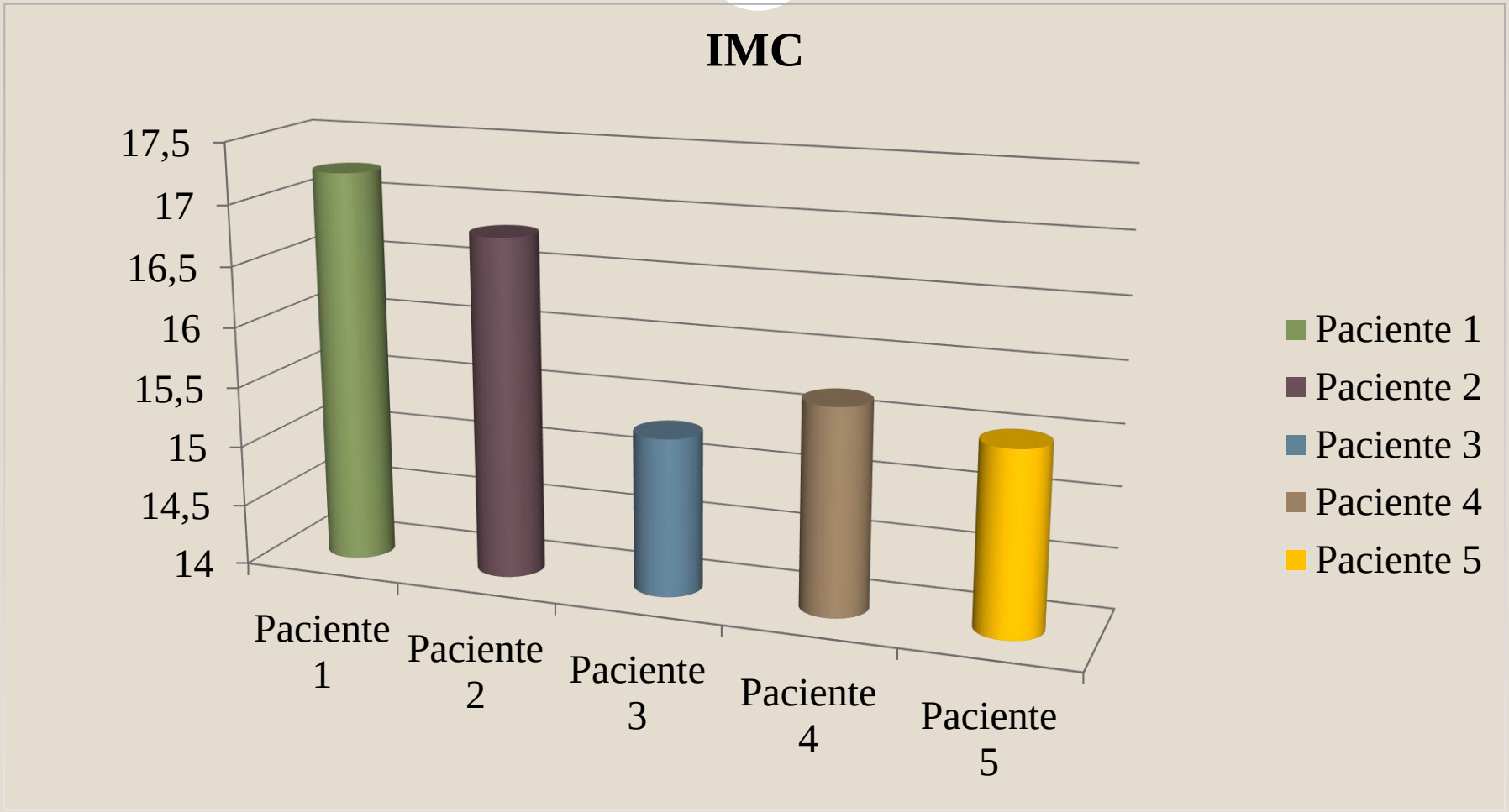
EVOLUCION


N: Numero de pacientes
20
10
0
17
3
5
4
RHB
perdida seguimiento
ingresadas actualidad
no objetivos deseados,…
paciente
RHB
perdida seguimiento
ingresadas actualidad
no objetivos deseados, cronicidad

RESULTADOS VI

- INGRESO: 5 MESES MEDIA
- >EM: 2 años. 3 Reingresos (10%)

Ingresos actuales en la Unidad



CONCLUSIONES

- 1. Alertamos de la precocidad en la edad del diagnostico de TCA en nuestra serie.
- 2. Los TCA pueden mostrar diferentes espectros clínicos, pero en cualquier caso, se tratan de enfermedades graves, crónicas y que debutan en edades vulnerables, para lo que debemos utilizar todos los recursos disponibles y Equipos especializados.
- 3. En nuestra, serie la evolución clínica es satisfactoria, mostrando unas tasas de curación, algo por encima de las series, con respecto a las adultas, el diagnostico precoz, es imprescindible para predecir un buen pronostico.
- 4. y Seguir…

"En la lucha entre uno y el mundo, hay que estar de parte del mundo.“ Franz Kafka.