



XUNTA DE GALICIA  
CONSELLERÍA DE SANIDADE

ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

**GRAO EN ENFERMARÍA**

Curso académico 2018-2019

TRABALLO FIN DE GRADO

# **Prevención de la anorexia nerviosa en la adolescencia: Revisión bibliográfica**

**Marta Barreto Seoane**

**Titor: Camilo Daniel Raña Lama**

**Presentación do traballo (Xuño/2019)**

**ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA**

**UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

## ÍNDICE

1. Resumen en castellano	4
1.1. Resumo en galego	5
1.2. Summary in english	6
2. Introducción	7
3. Objetivo	11
4. Material y métodos	11
4.1. Estrategia de búsqueda	12
4.2. Revisión de los resultados	15
5. Resultados	16
5.1. Prevención primaria	21
5.2. Prevención secundaria	23
5.3. Prevención terciaria	31
5.4. Prevención cuaternaria	37
6. Discusión	37
7. Conclusiones	39
8. Bibliografía	40
9. Anexos	44
9.1. Anexo 1 Plantillas de valoración <i>Critical Appraisal Skills Programme</i> España (CASPe)	44
9.2. Anexo 2 Niveles de evidencia OCEBM	46
9.3. Anexo 3 <i>Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation collaboration</i> (AGREE II)	47
9.4. Anexo 4 Recomendaciones sobre alimentación	49
9.5. Anexo 5 Síntomas y signos de alarma	50
9.6. Anexo 6 Versión española del EAT-40	51
9.7. Anexo 7 Grado de severidad de la AN según índice de masa corporal	53
9.8. Anexo 8 Recomendaciones para toda la familia en las etapas iniciales con el fin de fomentar nuevos hábitos de alimentación	53
9.9. Anexo 9 Síndrome de realimentación	54



## 1. RESUMEN

**Introducción:** La Anorexia Nerviosa forma parte de uno de los trastornos de la conducta alimentaria, caracterizada por la adopción de una serie de estrategias alimentarias inadecuadas cuyo fin es evitar el aumento de peso. Es la enfermedad psiquiátrica más frecuente en mujeres adolescentes y está relacionada con una seria comorbilidad y mortalidad.

**Objetivo:** Conocer las medidas de prevención, primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria, de la anorexia nerviosa en la adolescencia, desde una perspectiva multidisciplinar en base a la evidencia científica.

**Material y método:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: IBECS, LILACS, CINAHL (EBSCO) y MEDLINE (PubMed), obteniéndose un total de 13 artículos.

### **Resultados:**

- **Prevención primaria:** destaca la importancia de la educación para la salud, que garantice la información adecuada sobre los aspectos positivos de una alimentación y actividad física saludable.
- **Prevención secundaria:** resulta esencial el empleo de instrumentos de cribado, para la detección precoz y establecimiento del diagnóstico según los criterios clínicos existentes.
- **Prevención terciaria:** el tratamiento precisa de un enfoque multidisciplinar, lo que condiciona diferentes abordajes terapéuticos y la individualización del mismo.
- **Prevención cuaternaria:** necesidad de un seguimiento y elaboración de un plan de prevención con el fin de evitar recaídas.

**Discusión:** El adecuado manejo de la Anorexia Nerviosa basado en la evidencia científica resulta de gran importancia, con el fin de incrementar la supervivencia y disminuir las recaídas.

**Palabras clave:** Anorexia Nerviosa; Adolescente; Prevención; Tratamiento; Terapia.

## ○ RESUMO

**Introducción:** A Anorexia Nerviosa forma parte dun dos trastornos da conducta alimentaria, caracterizada pola adopción dunha serie de estratexias alimentarias inadecuadas cuxo fin é evitar o aumento de peso. É a enfermidade psiquiátrica máis frecuente en mulleres adolescentes e está relacionada cunha seria comorbilidade e mortalidade.

**Obxectivo:** Coñecer as medidas de prevención, primaria, secundaria, terciaria e cuaternaria, da anorexia nerviosa na adolescencia, desde unha perspectiva multidisciplinar en base á evidencia científica.

**Material e método:** Realizouse unha búsqueda bibliográfica nas seguintes bases de datos: IBECs, LILACS, CINAHL (EBSCO) e MEDLINE (PubMed), obténdose un total de 13 artigos.

### **Resultados:**

- Prevención primaria: destaca a importancia da educación para a saúde, que garantice a información adecuada sobre os aspectos positivos dunha alimentación e actividade física saudable.
- Prevención secundaria: resulta esencial o emprego de instrumentos de cribado, para a detección precoz e establecemento do diagnóstico segundo os criterios clínicos existentes.
- Prevención terciaria: o tratamento precisa dun enfoque multidisciplinar, o que condiciona diferentes abordaxes terapéuticos e a individualización do mesmo.
- Prevención cuaternaria: necesidade dun seguimento e elaboración dun plan de prevención co fin de evitar recaídas.

**Discusión:** O adecuado manexo da Anorexia Nerviosa baseado na evidencia científica resulta de gran importancia, co fin de incrementar a supervivencia e diminuír as recaídas.

**Palabras clave:** Anorexia Nervosa; Adolescente; Prevención; Tratamento; Terapia.

## ○ SUMMARY

**Introduction:** Anorexia Nervosa is part of one of the disorders of eating behavior, characterized by the adoption of a series of inadequate food strategies whose purpose is to avoid weight gain. It is the most frequent psychiatric illness in adolescent women and is related to a serious comorbidity and mortality.

**Objective:** Know the prevention measures, primary, secondary, tertiary and quaternary, of anorexia nervosa in adolescence, from a multidisciplinary perspective based on scientific evidence.

**Material and method:** A bibliographic search was carried out in the following databases: IBECS, LILACS, CINAHL (EBSCO) and MEDLINE (PubMed), obtaining a total of 13 articles.

### **Results:**

- Primary prevention: highlights the importance of education for health, which guarantees adequate information on the positive aspects of a healthy diet and physical activity.
- Secondary prevention: The use of screening instruments is essential for the early detection and establishment of the diagnosis according to existing clinical criteria.
- Tertiary prevention: the precise treatment of a multidisciplinary approach, which conditions different therapeutic approaches and the individualization of it.
- Quaternary prevention: need for follow-up and preparation of a prevention plan in order to avoid relapses.

**Discussion:** The proper scientific based management of Anorexia Nervosa is of great importance, in order to increase survival and reduce relapse.

**Key words:** Anorexia Nervosa; Adolescent; Prevention; Treatment; Therapy.

## 2. INTRODUCCIÓN

Las alteraciones de la conducta alimentaria y la adopción de dietas poco saludables entre los jóvenes de las sociedades desarrolladas, se han convertido en un serio problema de salud pública debido a su gravedad, complejidad y dificultad para establecer un diagnóstico en todas sus dimensiones y tratamiento específico.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen un grupo de enfermedades mentales caracterizadas por una alteración de la conducta alimentaria, la cual no deriva de ninguna otra enfermedad médica o psiquiátrica.<sup>(1)</sup> Los TCA han presentado en las últimas décadas un incremento en su incidencia en la edad pediátrica, influyendo las nuevas tendencias alimentarias y un concepto “artificial” de belleza, lo cual distorsiona la realidad de una imagen corporal equilibrada y saludable.

Los sistemas de clasificación de las enfermedades mentales, la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición (CIE-10) y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ª edición (DSM-V) incluyen entre los TCA tres grandes categorías: la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno de la conducta alimentaria no especificada (TCANE).<sup>(1,2)</sup>

### ***Anorexia Nerviosa***

La Anorexia Nerviosa es considerada una enfermedad psiquiátrica grave, en la cual el paciente refiere una distorsión de su propia imagen corporal que le ocasiona alteraciones en su comportamiento alimentario, con la adopción de una serie de estrategias inadecuadas para prevenir el aumento de peso. Dentro de la AN distinguimos dos tipos:<sup>(3)</sup>

- el restrictivo, caracterizado por una reducción excesiva de la alimentación y un incremento del ejercicio físico.
- el compulsivo-purgativo, integrado por aquellos pacientes que además de tener una conducta restrictiva, presentan a mayores

episodios de abundante ingesta de alimentos seguidos de vómitos provocados, uso abusivo de laxantes, diuréticos o enemas.

Etimológicamente el término “anorexia” procede del griego, el prefijo *a-/an-*significa negación, mientras que, *orexis* quiere decir apetito. Por lo que, anorexia, hace referencia a la falta de apetito.<sup>(4)</sup>

La AN no es algo reciente, si no que lleva existiendo por mucho tiempo entre nosotros. Las primeras referencias desde el punto de vista médico, se remontan al siglo XVII, cuando el doctor inglés Richard Morton reconoce por primera vez la AN como enfermedad.

Sin embargo, no es hasta casi dos siglos después, cuando William Gull (1874) en Gran Bretaña y Charles Lasegue en Francia (1883) llevan a cabo las primeras descripciones de un cuadro clínico que abarca adelgazamiento, amenorrea, estreñimiento, pulso lento y caquexia.

Posteriormente, a lo largo del siglo XX, se produce una importante evolución conceptual con respecto a este trastorno y se empieza a establecer de manera más clara la implicación del trastorno psicológico en el origen y desarrollo de esta enfermedad. Se describen nuevos casos, los cuales permiten ir perfilando el cuadro clínico; se va vinculando esta enfermedad a las clases con mayores recursos económicos, de raza blanca y su predominio en adolescentes de sexo femenino.<sup>(3-5)</sup>

Estimar la prevalencia e incidencia de la AN no resulta sencillo, entre otras cuestiones, porque no es habitual que los pacientes afectados hablen abiertamente de ello, por lo que, los datos que se disponen corresponden únicamente a aquellos que contactan con los servicios sanitarios. Los primeros estudios de prevalencia acerca de los trastornos de la conducta alimentaria en la población general basados en una entrevista diagnóstica comenzaron a realizarse a finales de los años 80 del siglo pasado. Actualmente, como síntesis de las diferentes investigaciones realizadas, la prevalencia de la AN en la adolescencia es de 0,5-1%. Su incidencia sería de 1-5/1000 habitantes/año. La mayor prevalencia de este trastorno es entre los adolescentes del sexo femenino, menos del 10% de las personas anoréxicas son del sexo



masculino. Además, hay consenso entre las investigaciones realizadas en que el periodo de la vida en que las mujeres tienen mayor riesgo de padecer este trastorno es durante la adolescencia, situándose la edad de inicio más frecuente entre los 13 y 18 años; este aspecto es clave tanto para su detección como para llevar a cabo las acciones preventivas determinadas. <sup>(3-7)</sup>

La AN se trata de la vía final en la que concurren una serie de factores que la desencadenan, mantienen y perpetúan. Se trata, por lo tanto, de una enfermedad de origen multifactorial. Entre ellos se encuentran los siguientes: <sup>(3,5,8,9)</sup>

- Factores biológicos: ser mujer es un factor de riesgo. Además, en la pubertad tienen lugar grandes cambios biológicos que generan cierto grado de vulnerabilidad.
- Rasgos de personalidad: se trata de personas, por lo general, ambiciosas, autoexigentes, trabajadoras y sobresalientes en los estudios. Presentan una baja autoestima y niveles elevados de ansiedad. Son introvertidas, obsesivas, perfeccionistas, y tienen la impresión de ser poco efectivas, a pesar de que la realidad muestra lo contrario.
  - Anorexia del subtipo restrictivo: perfeccionistas, obsesivos.
  - Anorexia del subtipo purgativo: impulsivos.

Presentan una distorsión de la percepción de la propia imagen, lo cual es el eje central del trastorno.

- Factores socioculturales: desempeñan un papel importante en el desencadenamiento de la enfermedad. Los medios de comunicación, frecuentemente, muestran modelos de extrema delgadez como prototipos ideales para los adolescentes, asociando la idea de delgadez con las de felicidad y éxito social.
- Dinámica familiar: las familias de los pacientes con AN muestran también ciertos rasgos comunes. Suelen ser familias sobreprotectoras, con cierto grado de rigidez y con cierta incapacidad para resolver sus propios conflictos. La figura materna

se describe como la controladora de la familia y la figura paterna como distante. La AN, también puede darse en familias con alto grado de conflictividad, violencia, separación, alcoholismo, antecedentes de obesidad de la madre y falta de establecimiento de límites.

La AN es la enfermedad psiquiátrica más frecuente en las mujeres jóvenes y la tercera enfermedad crónica tras la obesidad y el asma en los adolescentes. Se ha relacionado con una seria comorbilidad, la persona que padece anorexia nerviosa puede presentar otras enfermedades psiquiátricas como la depresión (65%), fobia social (34%), trastorno obsesivo compulsivo (26%) y trastornos de personalidad (20-40%); así como una significativa mortalidad con una tasa del 2%. La tasa de mortalidad es 18 veces mayor que en mujeres no afectadas con la misma edad, siendo el suicidio el responsable del 20 al 30% de su letalidad. La AN, además de estar asociada a numerosas complicaciones médicas, las cuales inciden de manera especialmente negativa sobre la salud (tanto física como psíquica) y la adaptación socio-familiar de los que la padecen, supone también una gran fuente de sufrimiento para las familias y una marcada sobrecarga para la sociedad y sistema sanitario.<sup>(7,10)</sup>

No hay datos en España que analicen la carga económica del tratamiento de los TCA ni estudios coste–efectividad sobre los diferentes tratamientos. No obstante, diferentes estudios realizados en países de la Unión Europea indican que los costes directos (diagnóstico, tratamiento y supervisión o control) y aún más, los indirectos (pérdidas económicas causadas por la enfermedad al paciente y a su entorno social) suponen un alto coste económico y una importante pérdida de calidad de vida para las personas afectadas.<sup>(11)</sup>

### **Prevención**

La prevención está definida como el conjunto de acciones cuyo fin es erradicar, eliminar o minimizar el impacto de la enfermedad. Se definen 3 niveles de prevención: prevención primaria, secundaria y terciaria;

hablándose en ocasiones de la prevención cuaternaria que tiene que ver con las recaídas.<sup>(12)</sup>

- Prevención primaria: evita la adquisición de la enfermedad, mediante el control de las causas y la exposición a factores de riesgo o el aumento de la resistencia de los individuos a los mismos.
- Prevención secundaria: va dirigida a detectar la enfermedad en estadios precoces en los que la instauración de medidas adecuadas puede evitar su progresión.
- Prevención terciaria: agrupa el conjunto de medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de la enfermedad, cuyo objetivo es ralentizar su progresión y, por consiguiente, la aparición de complicaciones.
- Prevención cuaternaria: comprende aquellas actividades cuyo objetivo es evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por la intervención médica.

### 3. OBJETIVO

- Conocer las medidas de prevención, primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria, de la anorexia nerviosa en la adolescencia, desde una perspectiva multidisciplinar en base a la evidencia científica.

### 4. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica los meses de enero a mayo de 2019. Se usaron las bases de datos: IBECs, LILACS, CINAHL (EBSCO) y MEDLINE (PubMed).

○ **ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA**

Tabla 1. Términos de búsqueda

Decs	Anorexia Nerviosa, Adolescente, Tratamiento, Prevención, Terapia.
MeSH	Anorexia Nervosa, Adolescent, Treatment, Prevention, Therapy.

Tabla 2. Estrategia de búsqueda en IBECS.

<b>IBECS</b>	`Anorexia nervosa` AND `Adolescent`	34 resultados
	`Anorexia Nervosa` AND `Adolescent` AND `Treatment`	8 resultados
	`Anorexia Nervosa` AND `Adolescent` AND `Prevention`	3 resultados
	`Anorexia Nervosa` AND `Adolescent` AND `Therapy`	5 resultados
	`Anorexia Nervosa` AND `Adolescent` AND `Prevention` AND `Treatment`	1 resultado

Tabla 3. Estrategia de búsqueda en LILACS.

<b>LILACS</b>	`Anorexia Nervosa` AND `Adolescent`	73 resultados
---------------	-------------------------------------	---------------

	`Anorexia Nervosa` AND `Adolescent` AND `Treatment`	29 resultados
	`Anorexia Nervosa` AND `Adolescent` AND `Prevention`	3 resultados
	`Anorexia Nervosa` AND `Adolescent` AND `Therapy`	20 resultados
	`Anorexia Nervosa` AND `Adolescent` AND `Prevention` OR `Treatment`	73 resultados

Tabla 4. Estrategia de búsqueda en CINAHL.

CINAHL	`Anorexia Nervosa` AND `Adolescence`	352 resultados
	`Anorexia Nervosa` AND `Adolescence` AND `Treatment`	171 resultados
	`Anorexia Nervosa` AND `Adolescence` AND `Prevention`	17 resultados
	`Anorexia Nervosa` AND `Adolescence` AND `Therapy`	152 resultados
	`Anorexia Nervosa` AND `Adolescence` AND `Prevention` AND `Treatment`	7 resultados

Tabla 5. Estrategia de búsqueda en MEDLINE.

MEDLINE	`Anorexia Nervosa` AND `Adolescent`	630 resultados
	`Anorexia Nervosa` AND `Adolescent` AND `Treatment`	332 resultados
	`Anorexia Nervosa` AND `Adolescent` AND `Prevention`	43 resultados
	`Anorexia Nervosa` AND `Adolescent` AND `Therapy`	248 resultados
	`Anorexia Nervosa` AND `Adolescent` AND `Treatment` AND `Prevention` AND `Therapy`	34 resultados

Para completar la búsqueda, se realizó una indagación manual de protocolos y guías sobre TCA desarrolladas por instituciones de la administración sanitaria, sociedades científicas y hospitales, en la cual se hallaron 3 guías de práctica clínica.

#### 4..1. Criterios de Inclusión:

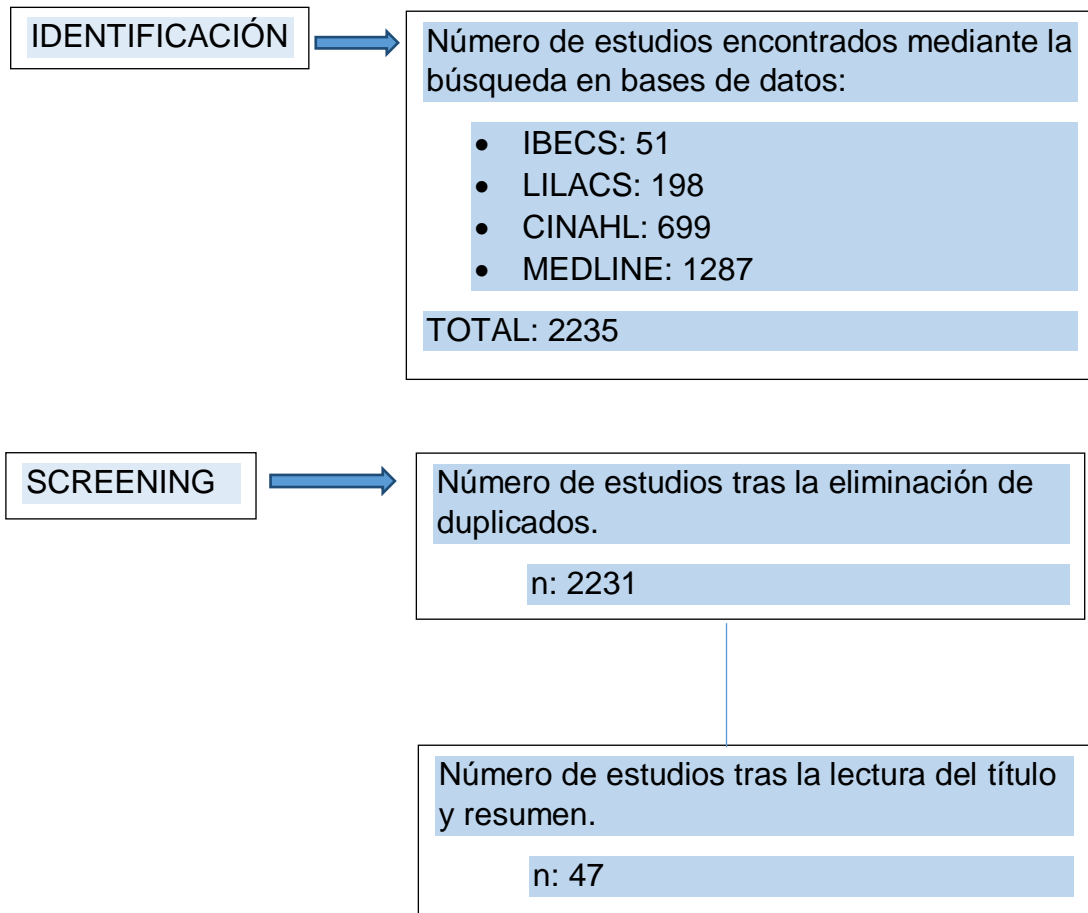
- Temática centrada en los cuatro niveles de prevención, por parte de los profesionales de la salud, de la anorexia nerviosa desarrollada únicamente durante la etapa de la adolescencia.
- Artículos originales y con no más de diez años de antigüedad.
- Revisiones.
- Guías de Práctica Clínica.

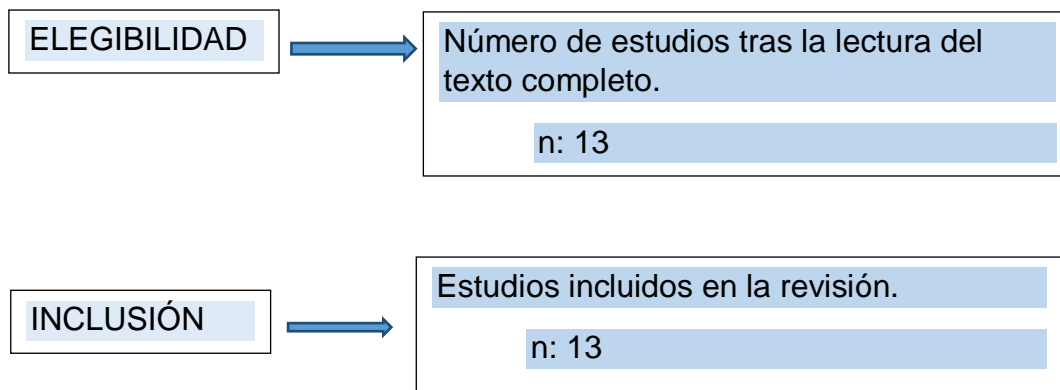
#### 4..2. Criterios de exclusión:

- Documentos no relacionados directamente con los objetivos planteados.
- Cartas al director.
- Editoriales.
- Artículos de opinión.

#### ○ REVISIÓN DE LOS RESULTADOS

De acuerdo con esto, se realizó un cribado, buscando la inclusión de artículos relacionados con el tema a estudiar y cuya inclusión nos aportara datos relevantes y evidenciados.





Se hizo una lectura crítica de los estudios finalmente seleccionados y, mediante las plantillas de valoración *Critical Appraisal Skills Programme España (CASPe)*<sup>(13)</sup> **Anexo 1**, se determinó su rigor metodológico y, por tanto, la calidad de la investigación realizada. Para clasificar los artículos según su nivel de evidencia se utilizó el método de valoración del *Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford (OCEBM)*.<sup>(14)</sup> **Anexo 2**

Para valorar las guías de práctica clínica se empleó la *Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation Collaboration (AGREE II)*.<sup>(15)</sup> **Anexo 3**

La organización de la bibliografía y citación de los documentos en formato Vancouver se hizo con el gestor bibliográfico Refworks.

## 5. RESULTADOS

Los resultados que emergieron tras revisar los 13 artículos finales son la prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria de la AN en los adolescentes.

Las referencias seleccionadas en el estudio se muestran en las siguientes tablas.



Tabla 6. Artículos incluidos en la revisión bibliográfica.

PRIMER AUTOR	AÑO	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO PRINCIPAL	NIVEL DE EVIDENCIA (OCEBM)
Alkhmin-Carvalho, Felipe.	2018	Brasil	Revisión sistemática	Determinar las modalidades de intervención psicológica en el tratamiento de la AN en la infancia y la adolescencia.	1-
Andrade, Rodrigo.	2017	Portugal	Estudio observacional de cohorte retrospectivo	Presentar un programa de tratamiento de la AN y determinar el impacto de la duración de la enfermedad antes de la admisión en el resultado.	2-
Antje Gumz	2014	Alemania	Ensayo clínico	Evaluar una intervención de salud pública en la comunidad con el objetivo de reducir el tiempo entre el inicio de la enfermedad y el inicio del tratamiento.	1-
Ataş Berksoy,	2018	Turquía	Estudio descriptivo	Destacar la importancia de los	3

Emel.			: reporte de un caso	pediatras para un diagnóstico precoz de la AN.	
Berends, Tamara.	2016	Países Bajos	Estudio de cohorte retrospectivo	Desarrollar una guía de prevención de recaídas de la AN.	2+
Calvo Sagardo y, R.	2012	España	Ensayo clínico	Elaborar nuevas formas de tratamiento de la AN que tengan en cuenta las variables causantes de su resistencia al cambio.	1+
Dueñas Disotuar, Y.	2015	España	Estudio descriptivo	Determinar las características de los pacientes en edad pediátrica afectados de TCA que requirieron ingreso.	3
Gómez-Candela, C.	2018	España	Revisión narrativa	Consensuar sobre la evaluación y tratamiento nutricional de la AN.	1-
Loria Kohen, V.	2009	Madrid	Ensayo clínico	Determinar el efecto de un programa de educación	1+

				nutricional sobre el estado nutricional y el patrón alimentario de un grupo de pacientes con TCA.	
M. Jennings, Karen.	2017	Estados Unidos	Revisión narrativa	Proporcionar una visión general del modelo de adaptación de Roy en individuos con AN y del papel de la enfermería en la AN.	1-
Salzman n-Erikson, M.	2016	Suecia	Estudio descriptivo	Identificar y describir los factores que promueven e impiden las relaciones entre las enfermeras y los pacientes diagnosticados de AN, y el beneficio de estas relaciones.	3
Vásquez, Nicole.	2017	Chile	Revisión sistemática	Revisar y sintetizar las recomendaciones disponibles, que se refieran a la indicación de	1+

				tratamiento intrahospitalario en la AN y a las intervenciones reconocidas como necesarias y eficaces durante la hospitalización.	
Yngvild S. Danielsen	2016	Noruega	Ensayo clínico	Conocer la efectividad de la terapia cognitiva conductual mejorada (TCC-E) para la AN, administrada en un hospital público.	1++

Tabla 7. Guías de Práctica Clínica incluidas en la revisión bibliográfica.

PRIMER AUTOR	AÑO	PAÍS	OBJETIVO PRINCIPAL
Gómez del Barrio, José Andrés	2008	España	Desarrollar estrategias educativas que, estimulen en nuestros adolescentes la adopción de adecuados patrones de conducta alimentaria, la aceptación de un modelo de imagen corporal saludable y, por último, prevengan la aparición de estos trastornos.
Navalón Fraile, Aida	2015	España	Proporcionar información sobre los TCA: factores implicados, identificación de grupos de riesgo, reconocimiento de los

			signos y síntomas... Facilitar pautas para una correcta alimentación y fomentar los factores de protección.
Arrufat, Francisco J	2009	España	Proveer a los profesionales sanitarios encargados de la asistencia a personas afectadas de TCA una herramienta que les permita tomar las mejores decisiones sobre los problemas que plantea su atención.

### 5.1. PREVENCIÓN PRIMARIA

Para implementar las medidas de prevención primaria en adolescentes se emplea la estrategia de alto riesgo, la cual es de tipo individual y va destinada a aquellas personas que más lo necesitan, es decir, a los individuos más vulnerables o que presentan un riesgo especial como consecuencia de la exposición a determinados factores de riesgo. En este caso, los grupos de riesgo lo son, ya sea por su edad (adolescencia), sexo (mujer) o participación en actividades de riesgo, ya sea a nivel de ocio o profesional (gimnastas, atletas, modelos, bailarinas/es, patinadoras/es, deportistas de élite, etc).<sup>(16)</sup>

Importancia de la educación para la salud, tanto física (alimentación, nutrición y ejercicio físico **Anexo 4**) como mental (afrontamiento del estrés). Las recomendaciones a tener en cuenta son:<sup>(16,17)</sup>

- Educar en hábitos de nutrición saludables en vez de dietas hipocalóricas.
- Prestar atención a la insatisfacción corporal.
- Trabajar factores de riesgo comunes:
  - Dieta, autoestima y habilidades sociales.

- Familiares: patrones de comida familiares, modelo de cuidado familiar, comentarios familiares a cerca del peso, dietas o presión por adelgazar.
- Colegio: actitudes de entrenadores y profesores respecto al peso. Comida disponible en el colegio.
- Mensajes sociales y de los medios a cerca de la alimentación, actividad física e imagen corporal (televisión, revistas, redes sociales, moda).

La educación nutricional (EN) orienta sus recursos hacia el aprendizaje, adecuación y aceptación de hábitos alimentarios saludables, de acuerdo con la propia cultura alimentaria y con los conocimientos científicos en materia de nutrición.

Es importante que la EN la realice un profesional con formación en nutrición, con conocimientos en psicología, con capacitación y experiencia en el tratamiento de los TCA, y que además posea características personales adecuadas, como flexibilidad, empatía y paciencia. Se debe focalizar en ofrecer información contrastada y de evidencia científica sobre los aspectos positivos de una alimentación saludable, la actividad física moderada y la forma de llevarla a la práctica.

A continuación, se describirán algunas de las variables que deberán recogerse a fin de contar con una descripción general del patrón alimentario del paciente, que será el punto de partida para orientar la EN a implementar.<sup>(18)</sup>

Tabla 8. Evaluación de hábitos alimentarios, ingesta dietética y su cuantificación.

Hábito evaluado	Tipo de comportamiento
Número de comidas que realiza al día	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de 4</li> <li>• 4-6</li> <li>• Presencia de días de ayuno</li> </ul>
Tiempo dedicado a comer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanece elevado tiempo en la mesa</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompaña las comidas con gran cantidad de líquido</li> <li>• Corta los alimentos muy pequeños</li> <li>• Consume grandes bocados</li> <li>• No mastica ni saborea los alimentos</li> </ul>
Número de platos por comida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plato único</li> <li>• Primer plato, segundo plato y postre</li> <li>• Con o sin pan</li> <li>• No frutas tras la comida</li> </ul>
Grupos de alimentos que consume y cantidad de raciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lácteos; carnes, huevos y pescado; frutas y verduras; cereales, pan y legumbres; grasas y aceites</li> </ul>
Forma frecuente de cocción de alimentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horneado, hervido, fritos, etc.</li> </ul>
Dónde y con quién come	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo</li> <li>• En familia</li> <li>• En el trabajo</li> <li>• Ambiente agradable/tenso/conflictivo</li> </ul>
Alimentos más aceptados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descripción y motivo</li> </ul>
Alimentos rechazados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descripción y motivo</li> </ul>
Consumo de suplementos nutricionales orales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo, número de envases y momento del día en que son ingeridos</li> </ul>

## 5.2. Prevención secundaria

## 1. Detección de la AN:

El retraso en la identificación de la enfermedad conduce a una mayor morbilidad debido al retraso en el tratamiento y, por consiguiente, a un peor pronóstico. Resulta esencial, identificar a las personas con alto riesgo de padecer AN para poder incidir en las etapas tempranas del trastorno y hacer una intervención precoz. Esto hace imprescindible la intervención de los médicos y pediatras de atención primaria (AP) en la detección de los síntomas y signos de alarma. <sup>(16, 17,18)</sup> **Anexo 5**

Existen pocos estudios sobre la detección y diagnóstico de la AN en AP. Se apunta una situación de subdiagnóstico, causada por varios motivos: la escasa conciencia de los profesionales ante el problema, la falta de tiempo real por la gran presión asistencial que dificulta profundizar en la atención integral de las personas afectadas y en la realización de actividades preventivas, la baja asistencia de adolescentes a las consultas de AP y su falta de conocimiento de la enfermedad.

Para la identificación de potenciales casos de TCA, se han ideado numerosas formas de cuestionarios de cribado autoaplicados que permiten la valoración sistemática del comportamiento alimentario. Todos ellos incluyen preguntas sobre los hábitos personales de alimentación y dieta, peso, ejercicio, menstruación, percepción de la figura corporal, autoimagen, autoestima, uso de drogas, relación con la familia y con los demás, entre otras, ya que en la mayoría de las ocasiones las personas con TCA acuden al médico por otra sintomatología, como pérdida de peso, amenorrea, depresión, irritabilidad, etc. De ahí, que resulte de gran importancia interrogar sobre otros aspectos.

Para la AN existe un instrumento de cribado, el EAT-40 y sus versiones (EAT-26 y ChEAT). Se trata de una herramienta autoaplicada que consta de 40 ítems, cada ítem se valora en una escala Likert de 6 puntos que van desde nunca a siempre. El rango de puntuación va de 0 a 120. Con el punto de corte de 30 puntos o más en un grupo de afectadas con AN, la



sensibilidad fue del 100% y la especificidad del 84,7% con un valor predictivo positivo (VPP) del 78,5% y una tasa de falsos positivos del 9,8%.<sup>(11,19)</sup> **Anexo 6**

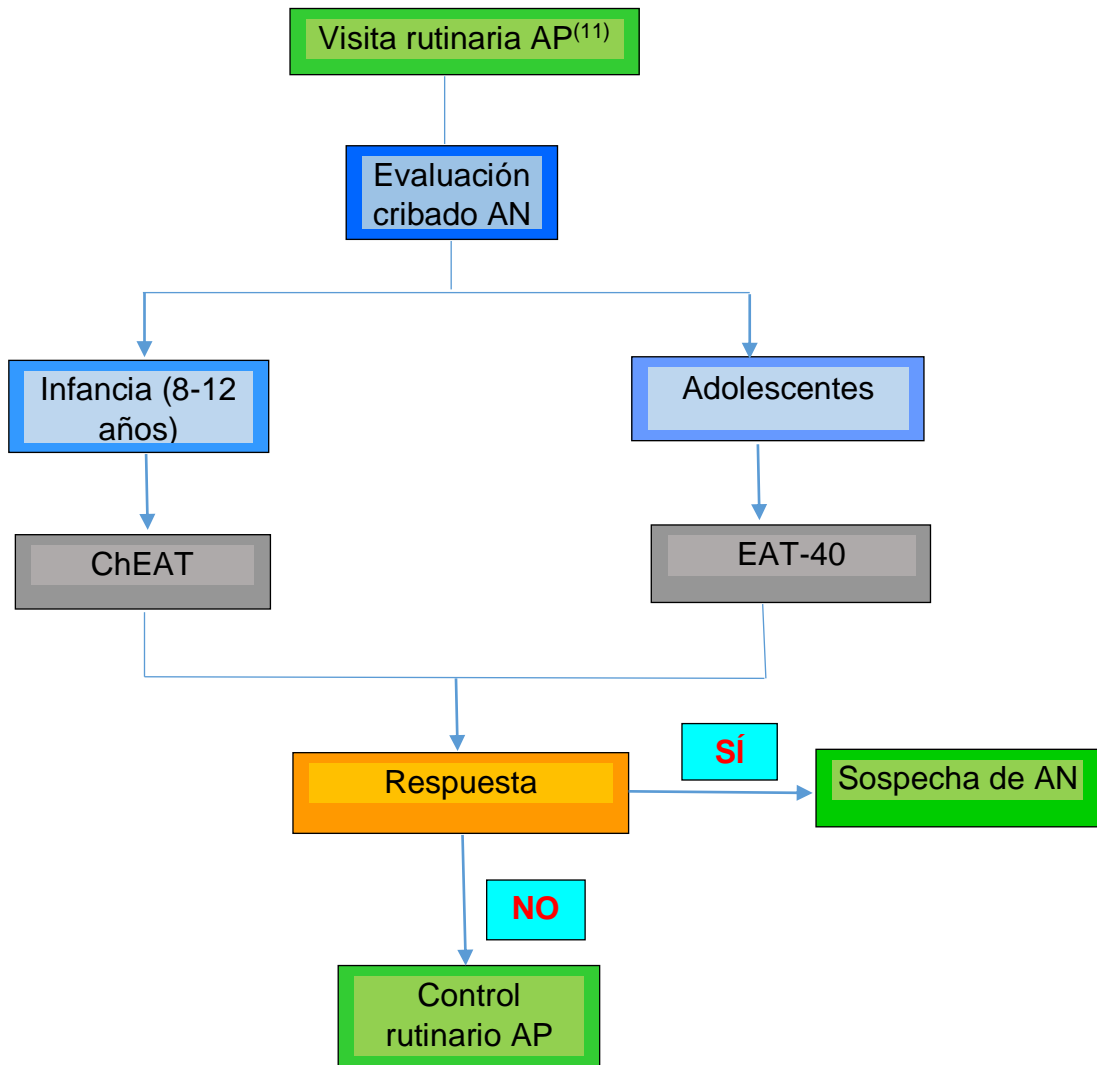


Figura 1. Detección de la Anorexia Nerviosa en atención primaria.

2. ¿Cuáles son los criterios clínicos para su diagnóstico y cómo se diagnostica?

Los criterios vigentes hoy día para el diagnóstico de la AN son los de la DSM-V y los de la CIE-10. <sup>(19)</sup>

- Criterios de la DSM-V:

- Criterio A: existencia de una ingesta oral reducida e inferior a los requerimientos a pesar de un bajo peso.
- Criterio B: miedo intenso a ganar peso.
- Criterio C: alteración en la percepción del peso corporal y del propio cuerpo.
  - Cabe destacar que en la última edición del DSM, se debe especificar el tipo de trastorno (restrictivo o compulsivo/purgativo), si la enfermedad se encuentra en situación de remisión parcial (tras haber reunido todos los criterios diagnósticos de la AN, el sujeto no presenta el criterio A, pero persisten los criterios B y C) o total (tras haber reunido todos los criterios diagnósticos de la AN, el sujeto no presenta ninguno de ellos por un periodo de tiempo relevante) y por último, el grado de severidad de la misma. **Anexo 7**
- Criterios de la CIE-10:
  - Pérdida significativa de peso (IMC inferior a 17,5) o ausencia de ganancia ponderal prepúberes.
  - La pérdida de peso es autoinducida por:
    - Vómitos autoprovocados y/o
    - Utilización de laxantes y/o
    - Diuréticos y/o
    - Anorexigénicos u otros fármacos y/o
    - Ejercicio físico excesivo
  - Distorsión de la imagen corporal.
  - Amenorrea en las mujeres y pérdida de interés y potencia sexual en los varones.
  - Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de 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 menarquía es tardía.

El diagnóstico de la AN se basa en la historia clínica y anamnesis, seguida de una exploración física, psicopatológica y conductual y posteriormente, unas pruebas complementarias con el objetivo de valorar la existencia de alteraciones somáticas, emocionales, conductuales y cognitivas.<sup>(19)</sup>

- Anamnesis: Ante la sospecha se debe realizar una historia clínica completa tanto individual como familiar. Normalmente se trata de personas que no tienen conocimiento de la enfermedad y acuden a la consulta con escasa voluntad, por lo que, la empatía, apoyo y compromiso que perciba durante la entrevista clínica será crucial para conseguir que explique sus miedos. Si las personas vienen acompañadas, se debe pedir a la familia que se ausente para obtener un clima de privacidad donde la persona afectada pueda responder a las preguntas que se le formulen libremente. Durante la anamnesis, se preguntará sobre trastornos físicos (peso, piel y mucosa, menstruación), sobre trastornos emocionales (angustia, depresión, aislamiento social, trastornos del sueño), sobre trastornos conductuales (dietas, ejercicio, atracones, extravagancias con la comida, hábitos alimentarios personales y familiares, conductas purgantes, hiperactividad física) y sobre trastornos cognitivos (distorsión de la imagen, conciencia de la enfermedad). Se debe evitar culpabilizar a la persona afectada y se le debe explicar con claridad que padece una enfermedad, que tiene curación y tratamiento pero que para ello es imprescindible su implicación. Es muy importante estudiar el entorno familiar y detectar posibles alteraciones en su correcto funcionamiento (familias desorganizadas, con normas rígidas, etc). Ha de establecerse una comunicación con la familia con el fin de explicar qué son los TCA, dejar claro que es fundamental su implicación

activa en el tratamiento y proceso de recuperación de la persona afectada, ayudar a afrontar la situación y concienciarles para que adopten cambios positivos en la rutina familiar.

- Exploración física:
  - Se recogerán siempre los datos correspondientes a las constantes vitales (frecuencia cardíaca, tensión arterial, temperatura axilar y frecuencia respiratoria); que en las personas con cierto grado de desnutrición se encontrarán en los límites bajos. En relación al peso y talla, se determinará el IMC ( $IMC = \text{peso [kg]} / \text{talla [m}^2\text{]}$ ).
  - Exploración de piel y mucosas y exploración dentaria. Estado de hidratación de la piel y mucosas (pliegue cutáneo), presencia de pigmentación caroténica, presencia de hipertrichosis, alopecia, uñas frágiles, lesiones dérmicas sospechosas de autoagresión (cortes, arañazos, quemaduras), presencia de petequias, púrpuras, hipertrofia parotídea y/o de glándulas submaxilares, duricias o heridas en el dorso de la mano o los dedos a causa de provocarse el vómito (signo de Russell), lesiones orodentales ofaríngeas crónicas, erosiones dentales, desmineralizaciones del esmalte y caries.
  - Exploración respiratoria. Posibles infecciones oportunistas. En personas vomitadoras, posible neumotórax o, incluso, neumonía por aspiración.
  
- Exploración psicopatológica y conductual: el objetivo es evaluar la conducta alimentaria y la situación psicopatológica (impulsividad, ansiedad, depresión, personalidad y obsesividad).
  
- Exploraciones complementarias:

- Pruebas de laboratorio: En la primera visita se solicitará una analítica completa. En el hemograma puede observarse la presencia de anemia leve normocítica en general, salvo en situaciones de carencias de vitamina B<sub>12</sub>, fólico y hierro. Puede detectarse linfopenia y ocasionalmente neutropenia. La bioquímica puede mostrar niveles bajos de creatinina (relacionados con una baja masa muscular), glucemia en rangos bajos, e hipercolesterolemia e hipotrigliceridemia. El estudio hormonal inicial puede reflejar niveles de TSH y T4 libre normales con T3 reducida y un incremento en Rt3. Pueden estar elevados los niveles de cortisol sérico y de cortisol libre en orina, así como la hormona de crecimiento (GH) pero con IGF<sub>1</sub> reducida.
- Otras exploraciones:
  - Electrocardiograma: es frecuente detectar bradicardia sinusal, disminución del voltaje y prolongación del espacio QT. En los casos más graves, se precisará solicitar un ecocardiograma.
  - Radiografía de tórax: para evidenciar las lesiones broncoaspirativas en personas vomitadoras.
  - Radiografía ósea y la densitometría ósea: permitirán valorar la edad ósea para las personas en desarrollo y la presencia de osteoporosis u osteopenia.

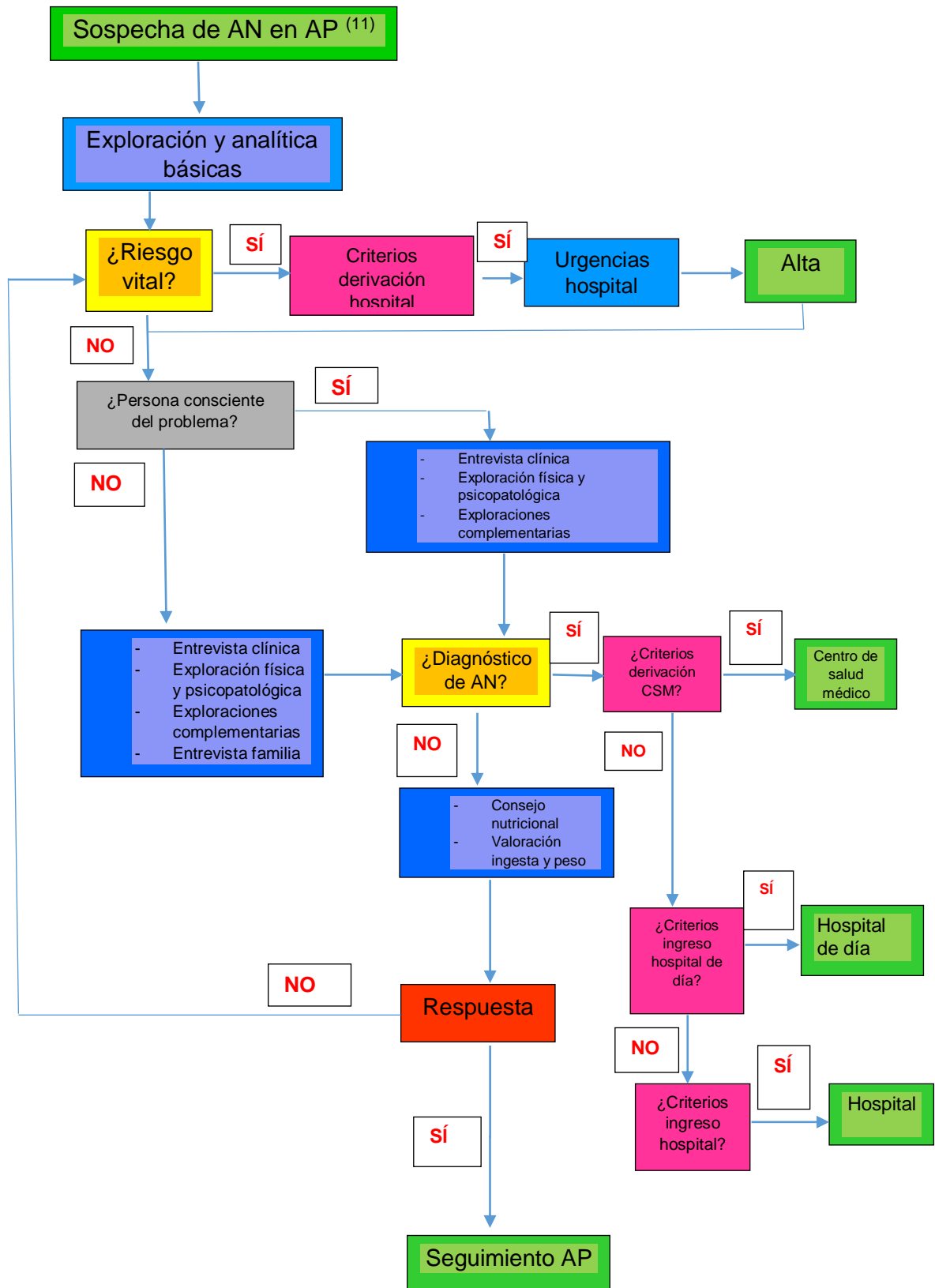


Figura 2. Actuación ante la sospecha de Anorexia Nerviosa.

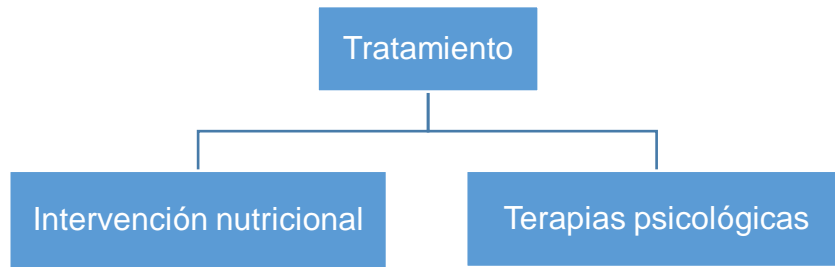
### 5.3. Prevención terciaria

#### 1. Tratamiento de la AN

Uno de los factores predictivos más fuertes de un mal resultado es una larga duración de la enfermedad no tratada, que se define como el tiempo entre el inicio de la enfermedad y el inicio del tratamiento, por lo que lograr su minimización es crucial para obtener un mejor pronóstico. <sup>(20)</sup> La AN muestra una gran variabilidad en su presentación y en su gravedad, lo que va a condicionar diferentes consideraciones terapéuticas y la individualización del tratamiento. Por ello, se hace indispensable un enfoque multidisciplinar y altamente especializado. En el equipo participan: psiquiatras, psicólogos, médicos de familia, médicos nutriólogos (o endocrinólogos), dietistas, enfermeros y terapeutas ocupacionales; y cada profesional contribuye de forma incuestionable desde su especialidad. Los terapeutas deben poseer una amplia experiencia en el tratamiento, flexibilidad cognitiva, capacidad para integrarse con otros compañeros que utilicen modelos teóricos diferentes, habilidades para llevar grupos, manejo de las emociones y tolerancia a la frustración. <sup>(21)</sup>

En cuanto al papel de la enfermería, éste incluye:<sup>(22,23)</sup>

- Un enfoque direccional y de control en el que los pacientes renuncian el control completo sobre la alimentación y el ejercicio.
- Un enfoque de supervisión en el que los pacientes recuperan gradualmente el control.
- Un enfoque de apoyo en el que se alienta a los pacientes hacia una toma de decisiones independiente.



- **Intervención nutricional:** en esta fase los objetivos del tratamiento por parte del equipo se centran en: restaurar o normalizar el peso y el estado nutricional, tratar las complicaciones físicas, proporcionar educación sobre patrones alimentarios y nutricionales sanos, modificar y mejorar las disfunciones previas o adquiridas (purgas o atracones), tratar los trastornos asociados y mejorar las percepciones de hambre y saciedad.

Para aquellos pacientes que se encuentran por debajo de su peso ideal debe iniciarse un programa de rehabilitación nutricional. Se sugiere una ganancia semanal de peso de 1-1.5 Kg en pacientes hospitalizados, y de hasta 0.5 Kg semanales para los pacientes ambulatorios.

La realimentación debe efectuarse por medios naturales y recurriendo a la comida habitual. La desnutrición extrema o el rechazo total a alimentarse pueden conducir a la necesidad de una alimentación asistida.<sup>(19)</sup>

- **Terapias psicológicas:** el abordaje psicoterapéutico es la base del tratamiento de la AN. Los objetivos terapéuticos en el área psicológica son: orientación educativa, modificación conductual, modificación cognitiva, adquisición de estrategias y de habilidades de afrontamiento y prevención de recaídas. Las terapias psicológicas a considerar en el tratamiento de la AN incluyen la terapia cognitivo analítica, la terapia cognitivo conductual, psicoterapia interpersonal, terapia psicodinámica focal y terapia familiar.

Cabe destacar en este ámbito la importancia de la familia, ya que incluirla en el tratamiento permite reducir los sentimientos negativos



y de incompetencia, potenciar el aprendizaje de pautas específicas en relación al manejo del trastorno y poder cambiar actitudes familiares que actúan como mantenedores del problema.<sup>(24,25)</sup>

## 2. Niveles de atención

En función de las necesidades del paciente el tratamiento puede tener lugar en diferentes ámbitos:

- Manejo de la AN en atención primaria<sup>(19)</sup>: el seguimiento ambulatorio requiere de estabilidad médica, ausencia de riesgo autolítico y adecuada capacidad del paciente para la vida familiar, académica o laboral. Los casos que lleguen a AP deben ser evaluados por el médico de familia o pediatra, que ha de responsabilizarse de la primera valoración e iniciar la coordinación de los cuidados. Es importante revisar el patrón de ingesta del paciente, contando con la información de los miembros de la familia o cuidadores, o a través del registro de la ingesta, en caso de que haya colaboración. **Anexo 8**

Los criterios de alta del programa de tratamiento son:

- Mantenimiento de conductas alimentarias no alteradas durante un año.
  - Mantenimiento del peso estable y dentro de la normalidad durante un año.
  - Ausencia de irregularidades menstruales secundarias al trastorno.
  - Disminución del riesgo de recaída.
  - Ausencia de otras alteraciones psicopatológicas que requieran tratamiento.
- Manejo de la AN en el hospital de día (HDD)<sup>(19)</sup>: el HDD se trata de una modalidad de tratamiento a medio camino entre el tratamiento ambulatorio tradicional y la hospitalización completa. Surge como una alternativa para el manejo de algunos pacientes que necesitan

un tratamiento más intensivo que el ofrecido en regímenes ambulatorios, pero sin los inconvenientes de la hospitalización. Los pacientes reciben cuidados durante el día, incluyendo tratamiento médico, terapia nutricional (comidas acompañadas y vigiladas), educación nutricional, atención psiquiátrica y psicológica, terapia ocupacional y apoyo social. El objetivo principal es realizar un abordaje multidisciplinario e intensivo, con el fin de educar, recuperar pautas y hábitos alimentarios de los pacientes y sus familiares, lograr la recuperación ponderal en los pacientes con bajo peso, detectar y tratar los factores mantenedores del trastorno y promover la integración laboral y/o académica y social de los pacientes.

Los requisitos más habituales para ingresar en un HDD son:

- Tener un diagnóstico de AN establecido de acuerdo con los criterios actuales.
- Fracaso continuado en el régimen de tratamiento ambulatorio.
- Como continuación tras un episodio de hospitalización y transición hacia el manejo ambulatorio.
- Ausencia de un IMC extremadamente bajo y de una rápida pérdida de peso que podrían obligar a realizar un ingreso hospitalario.
- Ausencia de complicaciones graves que aconsejen hospitalización completa médica o psiquiátrica.
- Motivación para el cambio y compromiso del paciente con el cumplimiento.

Los criterios de alta del HDD son:

- Conseguir y mantener el objetivo ponderal que se haya establecido.
- Corregir los comportamientos alimentarios inadecuados y los pensamientos irracionales.

- Asegurar un soporte social-familiar adecuado que permita el pertinente seguimiento ambulatorio.
- Manejo de la AN en el hospital<sup>(26,27)</sup>: actualmente, no existen criterios basados en la evidencia que establezcan qué pacientes necesitan hospitalización, por lo que, tanto los signos y síntomas médicos, como los psiquiátricos, deben ser tenidos en cuenta como criterios de ingreso. De forma clásica, se han establecido como parámetros de gravedad, y por tanto como criterios de ingreso hospitalario, los siguientes:
  - Peso inferior al 70% del peso ideal.
  - Pérdida de peso aguda independientemente del IMC, con fracaso del manejo ambulatorio.
  - Negativa a la ingesta.
  - Complicaciones médicas graves.
  - Abuso incontrolado de laxantes o diuréticos.
  - Pérdida de control en los episodios de voracidad y/o purgas.
  - Falta de colaboración.
  - Intento autolítico o ideación suicida.
  - Patología psiquiátrica aguda (psicosis, manía...).

Los pacientes que requieren ingreso hospitalario deben hacerlo en unidades multidisciplinarias específicas para ello. No obstante, dado que este tipo de unidades no existen siempre en todos los centros, en caso de ausencia, convendría que dichos pacientes ingresasen a cargo del servicio de psiquiatría. Se reserva el ingreso a cargo de unidades médicas (tales como los servicios de endocrinología y nutrición o medicina interna) a aquellas situaciones en las que el manejo y/o monitorización de las complicaciones médicas no sean posibles en las unidades de hospitalización de psiquiatría.

La rehabilitación nutricional, que siempre debe ir paralela al abordaje psicopatológico, se inicia con la toma de medidas para la prevención del síndrome de realimentación (SR).<sup>(27)</sup> **Anexo 9** Se

recomienda el inicio de la alimentación por vía oral, con un bajo aporte energético (600-1.200 Kcal/día) e incrementarlo lentamente. En determinadas circunstancias, debido a la gravedad o falta de colaboración del paciente, será necesario buscar alternativas a la alimentación oral mediante la nutrición artificial. En estas situaciones, la nutrición enteral será la técnica de elección frente a la nutrición parenteral. El uso de nutrición parenteral estará restringido a aquellas situaciones de gravedad o riesgo vital del paciente, o cuando la renutrición por vía digestiva está contraindicada o ha fracasado. Por otro lado, la nutrición parenteral supone mayor riesgo de complicaciones, tanto metabólicas (SR) como infecciosas o mecánicas.

Los criterios de alta hospitalaria son:

- Presentar una situación médica estable y resolución de las complicaciones médicas agudas.
- Recuperación razonable del peso. No existe un objetivo de IMC válido para todos los pacientes, sino que este debe estar siempre individualizado.
- Control significativo de las alteraciones conductuales y resolución de la psicopatología aguda si la hubiera.
- Asegurar el seguimiento y cumplimiento de objetivos en post-alta.

Cabe destacar la importancia del establecimiento de una alianza terapéutica paciente-profesional en la atención psiquiátrica. El manejo de un paciente con AN requiere una serie de particularidades que lo hacen diferente de una psicoterapia convencional. El conocimiento, la comprensión, la capacidad de ayudarles a identificar, entender y manejar sus propios sentimientos, el brindar apoyo emocional; resulta clave para lograr un cambio que ayudará y dirigirá al paciente hacia la salud y recuperación.<sup>(23)</sup>

#### 5.4. Prevención cuaternaria

El 50% de los casos de AN evoluciona a remisión completa, la remisión parcial se observa entre el 20%-30% de los casos y entre el 10%-20% de los casos evolucionan a cronicidad. <sup>(11)</sup>

Los pacientes con AN crónica precisan de un seguimiento en el que los diferentes profesionales implicados actúen de forma coordinada. Además de un control ambulatorio mantenido en el tiempo.

Los pacientes obtienen una mejor comprensión del proceso de recaída cuando elaboran un plan de prevención al final de su tratamiento y trabajan con él, lo que les permite desarrollar habilidades de autocontrol para influir de manera independiente en el curso de su enfermedad, y en último lugar, evitar que se produzcan recaídas. Se recomienda educar a los pacientes que, los primeros 18 meses después del alta hospitalaria son un periodo de alto riesgo de recaída que requiere esfuerzos continuos para su prevención mediante el reconocimiento temprano y las técnicas de intervención. La esencia de la estrategia de prevención de recaídas es garantizar que se tomen las medidas adecuadas lo antes posible cuando se producen signos de alerta temprana. <sup>(28,29)</sup>

### 3. DISCUSIÓN

La adolescencia se trata de una etapa especialmente vulnerable, ya que la personalidad no está suficientemente desarrollada, de ahí que resulte esencial establecer programas con el fin de evitar la aparición de esta enfermedad. La mayoría de los casos de AN se dan en mujeres jóvenes que perciben la idea de delgadez como representación de la felicidad y éxito. Aunque el deseo de cambiar el aspecto físico no implique el padecer una enfermedad mental, si que puede incrementar las posibilidades cuando ese deseo es acompañado de una obsesión seguida de la adopción de unas conductas alimentarias inapropiadas.

La difusión de programas de prevención y promoción de la salud, en el ámbito educativo, familiar y social, permitirá disminuir el número de personas que desarrollan la enfermedad. A nivel educativo, los centros escolares son una fuente de información en los cuales, la actitud de los profesores ante la sospecha de un posible caso, resulta determinante en su detección. La prevención en el ambiente familiar se basa principalmente en un estilo de relación entre padres e hijos que facilite el diálogo y un entorno positivo sin caer en la sobreprotección, proporcionándole al joven la seguridad y el apoyo necesarios para superar sus problemas. En jóvenes menores de 18 años, el papel de la familia, principalmente el de los padres, es fundamental, ya que son los principales testigos del comportamiento de su hijo. A nivel social, la prevención debe ir dirigida a evitar la difusión del modelo estético que se basa en la delgadez excesiva. Las empresas de moda deberían considerar este aspecto, exigiendo un mínimo IMC para las modelos. Por otro lado, la publicidad de productos adelgazantes debería estar más controlada. Si un joven necesita reducir su peso por motivos de salud, debe hacerlo siempre bajo supervisión médica y con el conocimiento de sus padres, ya que en caso de que estos observen que el deseo de disminuir el peso está injustificado, deben consultar inmediatamente con un especialista.

La AN se trata de una enfermedad con importantes dificultades para su diagnóstico, especialmente en edades tempranas. Por un lado, a nivel psicológico suele ser difícil describir sensaciones y percepciones, por lo que la insatisfacción por el peso o la figura puede no quedar manifestada; por otro lado, a nivel físico, la gran variabilidad de las tasas de crecimiento físico puede invalidar el IMC o el peso como factores determinantes a tener en cuenta. Es por ello, que se hace esencial el desarrollo de programas de identificación y tratamiento precoz como objetivo prioritario en la actuación sanitaria y salud pública.

Habitualmente las personas que padecen esta patología no solicitan ayuda ellas mismas, sino que acuden a la consulta presionadas por sus

padres. Su actitud desde un principio se caracteriza por ser de reticencia, por lo que el tratamiento supone un reto para el equipo terapéutico. Dada la complejidad y gravedad de esta enfermedad, el abordaje de la misma debe ser multidisciplinario con participación de diferentes profesionales. Las consecuencias pueden llegar a ser muy graves, por lo que, el tratamiento debe iniciarse lo antes posible.

Se requiere un largo tiempo para el tratamiento y recuperación. Estar recuperado significa mantener una relación sana con la comida, saber protegerse frente a situaciones de riesgo y aceptarse a uno mismo. A lo largo de la recuperación, pueden aparecer episodios de recaídas, estos deben observarse como un pequeño obstáculo y nunca como un fracaso. Es importante desarrollar un sistema de apoyo propio, disminuir las influencias negativas, establecer un plan de afrontamiento personal y sobre todo, en caso necesario, pedir ayuda. La recuperación total es posible indiferentemente del tiempo que haya durado la enfermedad.

#### 4. CONCLUSIONES

- ✓ El empleo de programas de prevención y promoción de la salud como medida para evitar la aparición de la AN.
- ✓ Importancia de la intervención médica en AP para la detección y diagnóstico de la patología.
- ✓ Un tratamiento precoz de la enfermedad mejora el pronóstico y la calidad de vida del paciente.
- ✓ Necesidad de la participación de un equipo multidisciplinar (con amplia experiencia) para un tratamiento óptimo.
- ✓ Con programas adecuados se puede conseguir un incremento de la supervivencia, una disminución de las recaídas y un aumento de las tasas de recuperación parcial, con mejoría significativa de la capacidad funcional y de la calidad de vida.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

1. APA, 2014 American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
2. Vázquez Arévalo R, López Aguilar X, Ocampo Tellez-Girón MT, Mancilla-Díaz JM. El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. Revista mexicana de trastornos alimentarios 2015; 6(2):108-120.
3. A. Ballabriga, A. Carrascosa. Nutrición en la infancia y adolescencia. 3ª ed. Madrid: Ergon; 2001.
4. Lenoir M, Silber TJ. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1): criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. Archivos argentinos de pediatría 2006; 104(3):253-260.
5. Francisco Rodríguez Santos, Javier Aranceta Bartrina, Luis Serra Majem. Psicología y nutrición. 1ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
6. Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior H., Mora Giral M, Raich R Mª. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. Nutrición Hospitalaria 2012; 27(2):391-401.
7. Marina Díaz Marsá, Aida Navalón Fraile, Itziar Güemes Careaga, Alberto Rodríguez Quiroga, Luz María Rubio Mendoza. Guía de prevención de TCA en adolescentes [Internet]. Madrid: Comunicación y Ediciones Sanitarias S.L; 2015 [Consultado 19 abril 2019]. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/Noticias/Guia%20prevenci%C3%B3n%20TCA.pdf>
8. Oliveira ÉA, Santos MA. Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. Medicina (Ribeirao Preto. Online) 2006; 39(3):353-360.



9. Bravo Rodríguez M, Pérez Hernández A, Plana Bouly R. Anorexia nerviosa: características y síntomas. Revista Cubana de Pediatría 2000; 72(4):300-305.
10. Acerete DM, Trabazo RL, Ferri NL. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Protocolos Diagnóstico-Terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP 2013; 2013:325-398.
11. Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria [Internet]. Cataluña: 2009 [Consultado 19 abril 2019]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_440\\_Tt\\_Conduc\\_Alim\\_compl\\_\(4\\_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alim_compl_(4_jun).pdf)
12. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna 2011; 33(1):7-11.
13. CASPe: Critical Appraisal Skills Programme Español [Internet]. Alicante: [Consultado 1 mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>
14. Mella Sousa M. Niveles de evidencia clínica y grado de recomendación. Rev. S. And. Traum. y Ort [Internet]; 2012 [Consultado 15 mayo 2019 ]; 29(1/2):59-72.
15. Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Cluzeau F, feder G, Fervers B, Hanna S, Makarski J. AGREE II: Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation Collaboration [Internet]. Canadá: [Consultado 5 de mayo de 2019]. Disponible en: [https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE\\_II\\_Spanish.pdf](https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Spanish.pdf)
16. José Andrés Gómez del Barrio, Luis Gaité Pindado, Elsa Gómez, Laura Carral Fernández, Sara Herrero Castanedo, José Luis Vázquez Barquero. Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y sobrepeso [Internet]. Cantabria:

Consejería de Educación del Gobierno de Cantabria; 2008 [Consultado 19 abril 2019]. Disponible en: <http://saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevenccion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>

17. Loria Kohen V, Gómez Candela C, Lourenço Nogueira T, Pérez Torres A, Castillo Rabaneda R, Villarino Marin M, et al. Evaluación de la utilidad de un Programa de Educación Nutricional en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Nutrición Hospitalaria* 2009;24(5):558-567.
18. Berksoy EA, Ozyurt G, Anil M, Uzum O, Appak YC. Can pediatricians recognize eating disorders? A case study of early-onset anorexia nervosa in a male child. *NutrHosp* 2018 Feb 27;35(2):499-502.
19. Gomez-Candela C, Palma Milla S, Mijan-de-la-Torre A, Rodriguez Ortega P, Matia Martin P, Loria Kohen V, et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. *NutrHosp* 2018 Mar 7;35 (Spec No1):11-48.
20. Gumz A, Uhlenbusch N, Weigel A, Wegscheider K, Romer G, Löwe B. Decreasing the duration of untreated illness for individuals with anorexia nervosa: study protocol of the evaluation of a systemic public health intervention at community level. *BMC Psychiatry*. 2014;14:300.
21. Calvo Sagardoy R, Gallego Morales LT, García de Lorenzo y Mateos, A. Modelo de capacitación para el tratamiento integral de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria resistentes al cambio. *Nutrición Hospitalaria* 2012;27(3):763-770.
22. Jennings KM. The Roy Adaptation Model: A theoretical framework for nurses providing care to individuals with Anorexia Nervosa. *ANS AdvNursSci*. 2017;40(4):370–383.

23. Salzmann-Erikson M, Dahlén J. Nurses' establishment of health promoting relationships: A descriptive synthesis of Anorexia Nervosa research. *J ChildFamStud* 2017;26(1):1-13.
24. Alckmin-Carvalho Felipe, Vega Juliana Bergamo, Cobelo Alicia Weisz, Fabbri Alessandra Donzelli, Pinzon Vanessa Dentzien, Melo Márcia Helena da Silva. Evidence-based psychotherapy for treatment of anorexia nervosa in children and adolescents: systematic review. *Arch. Clin. Psychiatry (São Paulo)* 2018;45(2):41-48.
25. Danielsen YS, Rekkedal GÅ, Frostad S, Kessler U. Effectiveness of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) in the treatment of anorexia nervosa: a prospective multidisciplinary study. *BMC Psychiatry* 2016;16(1):342.
26. Vásquez N, Urrejola P, Vogel M. Actualizaciones en el manejo intrahospitalario de la anorexia nerviosa: recomendaciones prácticas. *Revista médica de Chile* 2017;145(5):650-656.
27. Dueñas Disotuar Y, Murray Hurtado M, Rubio Morell B, Murjani Bharwani HS, Jiménez Sosa A. Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica: una patología en auge. *Nutrición Hospitalaria* 2015;32(5):2091-2097.
28. Berends T, van Meijel B, Nugteren W, Deen M, Danner UN, Hoek HW, et al. Rate, timing and predictors of relapse in patients with anorexia nervosa following a relapse prevention program: a cohort study. *BMC Psychiatry* 2016 Sep 8;16(1):316-016-1019-y.
29. Andrade R, Gonçalves-Pinho M, Roma-Torres A, Brandão I. Treatment of anorexia nervosa: the importance of disease progression in the prognosis. *Acta Med Port* 2017;30(7-8):517-523.

## 6. ANEXOS

### ANEXO 1

#### PLANTILLAS DE VALORACIÓN *CRITICAL APPRAISAL SKILLS* *PROGRAMME ESPAÑA (CASPe)*<sup>(13)</sup>

##### PLANTILLA REVISIÓN

A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos?

1. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?
2. ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?
3. ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?
4. ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?
5. Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?

B/ ¿Cuáles son los resultados?

6. ¿Cuál es el resultado global de la revisión?
7. ¿Cuál es la precisión del resultado/s?

C/ ¿Son los resultados aplicables en tu medio?

8. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?
9. ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?
10. ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?

##### PLANTILLA ESTUDIO DE COHORTES

A/ ¿Son los resultados del estudio válidos?

1. ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?
2. ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?
3. ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?

4. ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?

5. ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?

B/ ¿Cuáles son los resultados?

6. ¿Cuáles son los resultados de este estudio?

7. ¿Cuál es la precisión de los resultados?

C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?

8. ¿Te parecen creíbles los resultados?

9. ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?

10. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?

11. ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?

## PLANTILLA ENSAYO CLÍNICO

A/ ¿Son válidos los resultados del ensayo?

1. ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?

2. ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?

3. ¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?

4. ¿Se mantuvo el cegamiento a los pacientes, los clínicos y el personal del estudio?

5. ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?

6. ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?

B/ ¿Cuáles son los resultados?

7. ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?

8. ¿Cuál es la precisión de este efecto?

C/ ¿Pueden ayudarnos estos resultados?

9. ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local?

10. ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia

clínica?

11. ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?

## PLANTILLA ESTUDIO CUALITATIVO

A / ¿Los resultados del estudio son válidos?

1. ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?
2. ¿Es congruente la metodología cualitativa?
3. ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?
4. ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?
5. ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?
6. ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?
7. ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?

B/ ¿Cuáles son los resultados?

8. ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?
9. ¿Es clara la exposición de los resultados?

C/ ¿Son los resultados aplicables en tu medio?

10. ¿Son aplicables los resultados de la investigación?

## ANEXO 2

### NIVELES DE EVIDENCIA OCEBM<sup>(14)</sup>

NIVEL DE EVIDENCIA	DE INTERPRETACIÓN
1 ++	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos con asignación aleatoria o ensayos clínicos con asignación aleatoria con muy bajo riesgo de sesgos.

1 +	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos con asignación aleatoria o ensayos clínicos con asignación aleatoria con bajo riesgo de sesgos.
1 -	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos con asignación aleatoria o ensayos clínicos con asignación aleatoria con alto riesgo de sesgos.*
2 ++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, o estudios de cohortes o de casos-controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
2 +	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar, y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.
2 -	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

\*Los estudios con un nivel de evidencia “-“ no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación.

### ANEXO 3

#### **APPRAISAL OF GUIDELINES, RESEARCH AND EVALUATION COLLABORATION (AGREE II)<sup>(15)</sup>**

##### Dominio 1: Alcance y Objetivo

1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).
2. El (los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.

### **Dominio 2: Participación de los implicados**

1. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.
2. Se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana (pacientes, público, etc).
3. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.

### **Dominio 3: Rigor en la elaboración**

1. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.
2. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.
3. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.
4. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.
5. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.
6. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.
7. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.
8. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.



#### **Dominio 4: Claridad de presentación**

1. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.
2. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.
3. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.

#### **Dominio 5: Aplicabilidad**

1. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.
2. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.
3. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos.
4. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.

#### **Dominio 6: Independencia editorial**

1. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.
2. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.

### **ANEXO 4**

#### **RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACIÓN<sup>(7)</sup>**

- Es mejor realizar 5 comidas diarias.
- Saltarse una comida tiene como consecuencia tener más hambre en la siguiente, procura ser regular en horarios y cantidades.
- A la hora de comer busca un espacio tranquilo, procura comer sentado y si puede ser en compañía. Apaga el televisor y procura no estar haciendo otra cosa mientras comes.
- Separa la porción que vas a comer. No es recomendable comer

desde ollas o sartenes o de envases.

- La alimentación tiene que ser variada, tomando alimentos de todos los grupos.
- La ingesta de agua al día también es importante, es aconsejable beber entre 1 y 2 litros de agua al día.
- En caso de que haya necesidad de hacer una dieta, que sea siempre con control médico.
- Si eres una chica, el peso que te permite tener y mantener la menstruación, suele ser un peso saludable.

#### BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO REGULAR Y MODERADO

- Aumentar la calidad de vida así como las posibilidades de vivir más años.
- Mejorar los problemas de insomnio.
- Sentirse mejor con una/o misma/o.
- Fortalecer los huesos y la musculatura.
- Mantener un peso adecuado.
- Aumentar las resistencias a presentar síntomas depresivos.
- Disminuir los eventos adversos cardiovasculares (infartos, hipertensión arterial, hipercolesterolemia...) o enfermedades del tipo diabetes mellitus tipo II.

#### ANEXO 5

##### SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA<sup>(16)</sup>

- Pérdida de peso inexplicada.
- Ausencia o pérdida de menstruación (más de 3 ciclos consecutivos).
- Pertenencia a grupos de riesgo (por ejemplo: practicar ballet o gimnasia rítmica, tener antecedentes de obesidad, etc).
- Preocupación excesiva por perder peso en personas delgadas.
- Mayor frecuencia de sensación de frío.

- Cambio en hábitos de vestido así como de horarios.
- Ejercicio excesivo o hiperactividad.
- Horario de comidas anormal.
- Dificultad para calcular las raciones.
- Empleo de mucho tiempo en pensar a cerca de las comida.
- Incapacidad para identificar hambre o saciedad.
- Consume excesivo o muy limitado de líquidos.
- Combinaciones de alimentos inapropiadas.
- Poca variedad de comidas.
- Conductas rígidas y poco espontáneas durante la comida.
- Lentitud a la hora de comer.
- Rituales y conductas poco adecuadas en las formas de comer o partir los alimentos.
- Frecuentes cambios de peso.
- Aparición de caries en mayor medida de lo esperado.
- Sensación de plenitud o molestias digestivas sin hallazgos médicos.

## ANEXO 6

### VERSIÓN ESPAÑOLA DEL EAT-40<sup>(11)</sup>

1. Me gusta comer con otras personas.
2. Preparo comidas para otros, pero yo no las como.
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas.
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.
5. Procuro no comer aunque tenga hambre.
6. Me preocupo mucho por la comida.
7. A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.

10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono.
11. Me siento lleno/a después de las comidas.
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.
13. Vomito después de haber comido.
14. Me siento muy culpable después de haber comido.
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.
17. Me peso varias veces al día.
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.
19. Disfruto comiendo carne.
20. Me levanto pronto por las mañanas.
21. Cada día como los mismos alimentos.
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.
23. Tengo la menstruación regular.
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.
26. Tardo en comer más que las otras personas.
27. Disfruto comiendo en restaurantes.
28. Tomo laxantes (purgantes).
29. Procuro no comer alimentos con azúcar.
30. Como alimentos de régimen.
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.
32. Me controlo en las comidas.
33. Noto que los demás me presionan para que coma.
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.
35. Tengo estreñimiento.
36. Me siento incómodo/a después de comer dulces.
37. Me comprometo a hacer régimen.
38. Me gusta sentir el estómago vacío.
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.

Categorías de respuesta: Nunca / Casi nunca / Algunas veces / Bastantes veces / Casi siempre / Siempre.

## ANEXO 7

### GRADO DE SEVERIDAD DE LA AN SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)<sup>(19)</sup>

- Leve: IMC  $\geq$  17 kg/m<sup>2</sup>
- Moderada: IMC entre 16 y 16,99 kg/m<sup>2</sup>
- Severa: IMC entre 15 y 15,99 kg/m<sup>2</sup>
- Extrema: IMC < 15 kg/m<sup>2</sup>

## ANEXO 8

### RECOMENDACIONES PARA TODA LA FAMILIA EN LAS ETAPAS INICIALES CON EL FIN DE FOMENTAR NUEVOS HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN<sup>(19)</sup>

- El paciente no participará en la compra de alimentos, ni los manipulará, ni los cocinará.
- El paciente no presenciara la preparación de las comidas; solo permanecerá en la cocina a las horas de las comidas si se realizasen allí.
- La alimentación se organizará en cinco ingestas a lo largo del día. Se beberá agua y líquidos con moderación a lo largo del día.
- Las comidas las realizará siempre sentado a la mesa y acompañado; nunca solo y no realizará otras actividades (leer, ver la televisión, trabajo doméstico, etc.)
- No abandonará la mesa hasta el final de la comida.
- Salvo acuerdos especiales, al paciente no se le preparará un menú especial; deberá comer el mismo menú que los demás miembros de la familia.
- La comida siempre le será servida, pactando previamente en la consulta la cantidad.

- El paciente procurará consumir toda la comida presentada (sin negociar las raciones).
- Seguirá el orden adecuado de los platos (primero, segundo y postre).
- Se deberá comer con corrección, haciendo un uso adecuado de los cubiertos. No triturará, desmenuzará ni desmigajará la comida.
- Se procurará que la duración de las comidas no sea menor de 30 minutos, ni mayor de una hora.
- Durante la comida, se evitarán los temas que versen sobre la comida o sobre su enfermedad.
- Tampoco es el momento adecuado para todo tipo de reproches.
- Los comensales que comparten la mesa con el paciente procurarán no estar pendientes de él y de su ingesta.
- Se intentará que sean momentos relajados para todos. No se forzará al paciente a comer.
- Se procurará respetar el tiempo de reposo tras las comidas.
- Se evitará que el paciente vaya al baño hasta que pase una hora desde la última ingesta.
- Cuando salga a comer fuera de casa procurará elegir los mismos alimentos que elijan sus familiares o amigos.
- Y para finalizar, recordarle que estas instrucciones son transitorias y que a lo largo del programa de tratamiento aprenderá a comer de forma saludable y adecuada.
- Y se le dará el alta por curación cuando llegue el momento.

## ANEXO 9

### SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN<sup>(27)</sup>

Se trata de una complicación potencialmente grave que acontece en el contexto de una repleción nutricional agresiva en pacientes desnutridos y/o sometidos a una situación de ayuno prolongado.

Este síndrome ocurre cuando, partiendo de un estado de ayuno y/o desnutrición se pasa a un estado anabólico en el que, la liberación de

insulina promueve la captación intracelular de potasio, fósforo y magnesio, así como un incremento del consumo de vitaminas y un desbalance de fluidos, dando lugar a un cuadro de afectación multiorgánica.

El mayor riesgo de desarrollo del síndrome ocurre en los primeros 15 días del inicio de la restauración nutricional. Se debe realizar profilaxis del SR en los pacientes con AN en riesgo de que precisen ingreso hospitalario. Dicha prevención debe contemplar:

- Inicio cuidadoso de la repleción nutricional (inicio de la nutrición con aportes bajos y aumentos progresivamente lentos de nutrientes).
- Monitorización estrecha de los niveles de fósforo, potasio y magnesio.
- Administración profiláctica de vitaminas.
- Suplementación profiláctica de electrolitos.