Preguntas para responder

Definición y clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

1. ¿Cómo se definen y clasifican los TCA? ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas comunes y específicas de cada tipo?

2. Etiopatogenia de los TCA: ¿cuáles son los principales factores de riesgo?

3. En los TCA, ¿cuáles son las comorbilidades más frecuentes?

Prevención de los TCA

4. ¿Cuál es la eficacia de las intervenciones de prevención primaria para evitar los TCA? ¿Hay algún impacto negativo?

Detección de los TCA

5. ¿Qué instrumentos de cribado son de utilidad para la identificación de casos de TCA?

Diagnóstico de los TCA

6. ¿Cuáles son los criterios clínicos útiles para el diagnóstico de los TCA?

7. ¿Cómo se diagnostican los TCA?

8. ¿Cuál es el diagnóstico diferencial de los TCA?

Actuaciones en los diferentes niveles de atención en los TCA

9. En los TCA, ¿cuáles son las actuaciones en la atención primaria (AP) y en la atención especializada? ¿Otros recursos?

10. En los TCA, ¿qué criterios clínicos pueden ser de utilidad para valorar la derivación entre los recursos asistenciales disponibles en el SNS?

11. En los TCA, ¿qué criterios clínicos pueden ser de utilidad para valorar la hospitalización completa en alguno de los recursos asistenciales disponibles en el SNS?

12. En los TCA, ¿qué criterios clínicos pueden ser de utilidad para valorar el alta en alguno de los recursos asistenciales disponibles en el SNS?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Tratamiento de los TCA

13. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la renutrición para las personas afectadas de TCA?

14. ¿Cuál es la eficacia y seguridad del consejo nutricional para las personas afectadas de TCA?

15. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la terapia cognitivo-conductual para las personas afectadas de TCA?

16. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la autoayuda y de la autoayuda guiada para las personas afectadas de TCA?

17. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la terapia interpersonal para las personas afectadas de TCA?

18. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la terapia familiar (sistémica o no) para las personas afectadas de TCA?

19. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la terapia psicodinámica para las personas afectadas de TCA?

20. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la terapia conductual para las personas afectadas de TCA?

21. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de los antidepresivos para las personas afectadas de TCA?

22. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de los antipsicóticos para las personas afectadas de TCA?

23. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de los estimulantes del apetito para las personas afectadas de anorexia nerviosa (AN)?

24. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de los antagonistas opiáceos para las personas afectadas de TCA?

25. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de otros psicofármacos para las personas afectadas de TCA?

26. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la combinación de intervenciones para las personas afectadas de TCA?

27. ¿Cuál es el tratamiento de los TCA cuando existen comorbilidades?

28. ¿Cómo se tratan los casos de TCA crónicos?

29. ¿Cuál es el tratamiento de los TCA ante situaciones especiales como el embarazo y el parto?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Evaluación de los TCA

30. ¿Qué instrumentos son de utilidad para la evaluación de los síntomas y la conducta de los TCA?

31. ¿Qué instrumentos son de utilidad para la evaluación psicopatológica de los TCA?

Pronóstico de los TCA

32. ¿Cuál es el pronóstico de los TCA?

33. ¿Hay factores pronóstico de los TCA?

Aspectos legales relativos a personas afectadas de TCA en España

34. ¿Cuál es el procedimiento legal a seguir ante la negativa de una persona afectada de TCA a recibir un tratamiento?

35. ¿Es válido jurídicamente el consentimiento informado de un menor de edad afectado de TCA?

36. En el caso de un menor de edad afectado de TCA, ¿cómo se resuelve jurídicamente el dilema entre el deber de confidencialidad, el respeto a la autonomía y las obligaciones respecto a los padres o tutores legales del menor?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Recomendaciones de la GPC

En este apartado se presentan las recomendaciones siguiendo la estructura de la guía. Los capítulos 1, 2 y 3 de la GPC tratan sobre introducción, alcance y objetivos y metodología, respectivamente. El capítulo 4, sobre los TCA y el capítulo 11, sobre pronóstico. Todos estos capítulos son descriptivos y, por consiguiente, no se han formulado recomendaciones para la práctica clínica. El capítulo 5, sobre prevención, es el primero que tiene recomendaciones. Al final, las abreviaturas de este apartado.

Grado de recomendación: A, B, C o D, según sea muy buena, buena, regular o baja la calidad de la evidencia.

✓ Buena práctica clínica: recomendación por consenso del grupo de trabajo.

5. Prevención primaria de los TCA (pregunta 5.1.)

✓	5.1.	Las características de muestra, formato y diseño de los programas preventivos de TCA que han mostrado mayor eficacia deberían considerarse modelo de futuros programas.
✓	5.2.	En el diseño de estrategias universales de prevención de los TCA debe tenerse en cuenta que las expectativas de cambio de conducta y actitud de niños y adolescentes sin problemas de este tipo posiblemente sean diferentes a las de la población de alto riesgo.
✓	5.3.	Se deben transmitir mensajes a la familia y al adolescente sobre las pautas que indirectamente protejan de los TCA: alimentación saludable y realizar al menos una comida en casa al día con la familia, facilitar la comunicación y mejorar la autoestima, evitar que las conversaciones familiares giren compulsivamente sobre la alimentación y la imagen y evitar bromas y desaprobaciones sobre el cuerpo, el peso o la forma de comer de los niños y adolescentes.

6. Detección de los TCA (pregunta 6.1.)

D	6.1.	Los grupos diana para el cribado deberían incluir jóvenes con un índice de masa corporal (IMC) bajo en comparación con los valores de referencia según edad, personas que consultan por problemas de peso sin estar en sobrepeso o personas con sobrepeso, mujeres con trastornos menstruales o amenorrea, pacientes con síntomas gastrointestinales, pacientes con signos de inanición o vómitos repetidos y niños con retraso o detención en el crecimiento, niños/as, adoles-

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta guía de práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

		centes y jóvenes que realizan deportes de riesgo de padecer TCA (atletismo, danza, natación sincronizada, etc.).
D	6.2.	En la anorexia nerviosa (AN), el peso y el IMC no se consideran los únicos indicadores de riesgo físico.
D	6.3.	Es importante la identificación así como la intervención precoz de las personas con pérdida de peso antes que desarrollen graves estados de desnutrición.
D	6.4.	Ante la sospecha de AN, se debería prestar atención a la evaluación clínica global (repetida en el tiempo), incluyendo el ritmo de pérdida de peso, curva de crecimiento en niños, signos físicos objetivos y pruebas de laboratorio apropiadas.
✓	6.5.	Se recomienda el uso de cuestionarios adaptados y validados en población española para la identificación de casos (cribado) de TCA. Se sugiere utilizar los siguientes instrumentos: - TCA en general: SCOFF (a partir de los 11 años) - AN: EAT-40, EAT-26 y ChEAT (este último entre los 8 y los 12 años) - Bulimia nerviosa (BN): BULIT, BULIT-R y BITE (los tres a partir de los 12-13 años)
✓	6.6.	Se considera fundamental la formación adecuada de los médicos de AP para que sean capaces de diagnosticar lo más precozmente posible y, en consecuencia, tratar o derivar los casos de TCA que lo requieran.
✓	6.7.	Debido a la baja frecuencia de visitas durante la infancia y adolescencia, se recomienda aprovechar cualquier oportunidad para ofrecer una atención integral y detectar hábitos de riesgo y casos de TCA. Las revisiones odontológicas pueden detectar conductas de riesgo de padecer un TCA, como los vómitos reiterativos.
✓	6.8.	Al entrevistar a un paciente con sospecha de TCA, especialmente si la sospecha es AN, es importante tener en cuenta la falta de conciencia de enfermedad, la tendencia a la negación del trastorno y la escasa motivación de cambio, siendo esto más acusado cuanto más corta es la evolución del trastorno.
✓	6.9.	Es recomendable que los diferentes colectivos de profesionales (maestros, profesores, psicólogos escolares, farmacéuticos, nutricionistas y dietistas, trabajadores sociales, etc.) que pueden estar en contacto con la población de riesgo posean la formación adecuada y puedan actuar como agentes de detección de los TCA.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

7. Diagnóstico de los TCA (preguntas 7.1.-7.3.)

✓	7.1.	Se recomienda seguir los criterios diagnósticos de la OMS (CIE-10) y de la APA (DSM-IV o DSM-IV-TR).
D	7.2.1.	Los profesionales de la salud deberían conocer que muchos de los afectados con TCA son ambivalentes sobre el tratamiento, a causa de las demandas y retos que se les propone.
D	7.2.2.	Se debería proporcionar información y educación sobre la naturaleza, curso y tratamientos de los TCA a las personas afectadas y, cuando sea apropiado a las personas cuidadoras.
D	7.2.3.	La familia y personas cuidadoras podrán ser informadas de la existencia de asociaciones y grupos de ayuda relacionados con TCA.
✓	7.2.4.	Se recomienda que el diagnóstico de los TCA incluya anamnesis, exploración física y psicopatológica, y exploraciones complementarias.
✓	7.2.5.	La confirmación diagnóstica y las implicaciones terapéuticas deberían estar a cargo de psiquiatras y psicólogos clínicos.

8. Actuaciones de los diferentes niveles de atención (preguntas 8.1.-8.4.)

D	8.1.	Las personas con AN deberían ser tratadas en el nivel asistencial adecuado según criterios clínicos: ambulatorio, hospital de día (hospitalización parcial) y hospital general o psiquiátrico (hospitalización completa).
D	8.2.	Los profesionales de la salud sin experiencia especializada de los TCA, o ante situaciones de incertidumbre, deberán buscar el asesoramiento de un especialista formado cuando se planteen la hospitalización completa urgente de una persona con AN.
D	8.3.	La mayoría de personas con BN pueden tratarse a nivel ambulatorio. La hospitalización completa está indicada ante el riesgo de suicidio, las autolesiones y las complicaciones físicas graves.
D	8.4.	Los profesionales de la salud deberían evaluar y aconsejar a las personas con TCA y osteoporosis que se abstengan de realizar actividades físicas que incrementen de manera importante el riesgo de fracturas.
D	8.5.	El pediatra y el médico de familia deberán realizar la supervisión en niños y en adolescentes con TCA. El crecimiento y desarrollo deberían ser monitorizados atentamente.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	8.6.	Debería ofrecerse supervisión y control de las complicaciones físicas en los centros de atención primaria a las personas con AN crónica y con repetidos fracasos terapéuticos que no deseen ser atendidas por los servicios de salud mental.
D	8.7.	Los familiares y, en especial, los hermanos de las personas afectadas deberían estar incluidos en el plan de tratamiento individualizado (PTI) de niños y adolescentes con TCA. Las intervenciones más comunes suponen compartir información, aconsejar sobre conductas relacionadas con los TCA y mejorar habilidades de comunicación. Se debería promover la motivación al cambio de la persona afectada a través de la intervención familiar.
D	8.8.	Cuando se requiera hospitalización completa, ésta debería realizarse a una distancia razonable del domicilio del paciente para permitir la implicación de la familia y cuidadores en el tratamiento, mantener los vínculos sociales y laborales y evitar dificultades entre niveles asistenciales. Esto es particularmente importante en el tratamiento en los niños y en los adolescentes.
D	8.9.	Personas con AN cuyo trastorno no ha mejorado con el tratamiento ambulatorio deben derivarse a hospital de día u hospitalización completa. Para aquellos que presenten un riesgo importante de suicidio o autolesiones graves está indicada la hospitalización completa.
D	8.10.	El tratamiento en hospitalización completa debería considerarse para personas afectadas con AN cuyo trastorno esté asociado con riesgo alto o moderado por enfermedad común o complicaciones físicas de la AN.
D	8.11.	Las personas con AN que requieren hospitalización completa deberían ingresar en un centro que garantice la renutrición adecuada evitando el síndrome de realimentación y una supervisión física cuidadosa (especialmente durante los primeros días) junto con la intervención psicológica pertinente.
D	8.12.	El médico de familia y el pediatra deberían responsabilizarse de la evaluación e intervención inicial de los afectados de TCA que acuden a la atención primaria.
D	8.13.	Cuando la atención se comparta entre la atención primaria y especializada, debería haber una colaboración estrecha entre los profesionales de la salud, paciente y familia y cuidadores.
✓	8.14.	Las personas con diagnóstico confirmado de TCA o con clara sospecha de TCA serán derivadas según criterios clínicos y de edad a los diferentes recursos asistenciales.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

✓	8.15.	La derivación al CSMA/CSMIJ por parte del médico de familia o del pediatra debería ser una asistencia integrada con responsabilidades compartidas.
✓	8.16.	En los casos derivados a los CSMA/CSMIJ siguen siendo necesarios la vinculación y la supervisión a corto y medio plazo de las personas afectadas, para evitar las complicaciones, las recaídas y la aparición de trastornos emocionales, y detectar los cambios en el entorno que puedan influir sobre la enfermedad.
✓	8.17.	Debería ser cuidadosamente estudiada la necesidad de prescribir tratamiento estrogénico para prevenir la osteoporosis en niñas y adolescentes con AN, ya que esta medicación puede ocultar la posible existencia de amenorrea.
✓	8.18.	En la infancia se requerirán programas de tratamiento de los TCA específicos para estas edades.

9. Tratamiento de los TCA (preguntas 9.1.-9.20.)

Medidas médicas (renutrición y consejo nutricional)

Renutrición (pregunta 9.1.)

Anorexia nerviosa

D	9.1.1.1.	Se recomienda examen físico y en algunos casos el tratamiento con multivitaminas y/o suplementos minerales vía oral tanto en el régimen ambulatorio como en hospitalización para las personas con AN en etapa de recuperación de su peso corporal.
D	9.1.1.2.	La nutrición parenteral total no debería utilizarse en personas con AN excepto en los casos de rechazo del paciente a la sonda nasogástrica y/o disfunción gastrointestinal.
✓	9.1.1.3.	La renutrición enteral o parenteral debe aplicarse mediante criterios médicos estrictos y su duración dependerá del momento en que el paciente pueda reiniciar la alimentación oral.

Recomendaciones generales sobre las medidas médicas (GM) de los TCA (preguntas 9.1.-9.2.)

TCA

✓	9.GM.01.	El soporte nutricional para personas afectadas con TCA será elegido en función del grado de malnutrición y la colaboración del paciente, siempre de acuerdo con el médico psiquiatra.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

✓	9.GM.02.	Antes de iniciar nutrición artificial se debe evaluar el grado de colaboración de la persona enferma e intentar siempre convencerla de los beneficios de la alimentación natural.
✓	9.GM.03.	En el hospital de día, el soporte nutricional para pacientes con bajo peso para los cuales la dieta oral sea insuficiente puede suplementarse con nutrición artificial (tipo nutrición enteral oral). Deben administrarse, para asegurar su toma, en el horario de hospital de día, aportando una energía suplementaria que oscila entre 300 y 1.000 kcal/día.
✓	9.GM.04.	El soporte nutricional oral en personas afectadas con TCA hospitalizadas se estima adecuado (evolución favorable) cuando se produce una ganancia ponderal superior a 0,5 kg semanales, siendo lo habitual hasta incrementos de 1 kg en ese período. A veces, ante la resistencia del paciente con malnutrición moderada a reiniciar una alimentación normal se puede reducir la dieta en 500-700 kcal y añadir en igual cantidad nutrición enteral oral complementaria que debe ser administrada después de las comidas y no en lugar de las comidas.
✓	9.GM.05.	En caso de malnutrición grave, extrema inanición, mala evolución o nula colaboración a la ingesta por parte del paciente, estará indicado el tratamiento con nutrición artificial. Antes, si es posible, se inicia siempre dieta oral unida o no a nutrición enteral oral y se espera entre 3 y 6 días para evaluar el grado de colaboración y la evolución médico-nutricional.
✓	9.GM.06.	Sobre los requerimientos energéticos estimados, se recomienda que las necesidades calóricas al inicio siempre estén por debajo de las habituales, que para su estimación se emplee el peso real y no el ideal y que ante malnutrición grave los requerimientos energéticos sean de 25 a 30 kcal/kg peso real o kcal totales no superiores a 1.000/día.

Anorexia nerviosa

D	9.GM.1.	En las normas de alimentación dirigidas a niños y adolescentes con AN, los cuidadores deberían incluir información, educación y planificación de la dieta.
D	9.GM.2.	La alimentación forzada debe ser una intervención utilizada como último recurso para personas con AN.
D	9.GM.3.	La alimentación forzada es una intervención que debe ser realizada por expertos en el tratamiento de los TCA y sus complicaciones clínicas.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	9.GM.4.	Deben conocerse y cumplirse los requisitos legales cuando se toma la decisión de alimentar forzadamente a un paciente.
D	9.GM.5.	Los profesionales de la salud deben tener cuidado en el proceso de recuperación del peso saludable en los niños y en los adolescentes con AN, suministrándoles los nutrientes y la energía necesaria mediante una dieta adecuada a fin de promover su crecimiento y desarrollo normal.

Bulimia nerviosa

D	9.GM.6.	Aquellas personas con BN que vomitan frecuentemente y abusan de laxantes pueden tener alteraciones en el equilibrio electrolítico.
D	9.GM.7.	Cuando se detecta un desequilibrio electrolítico, en la mayoría de los casos es suficiente eliminar la conducta que lo produjo. En un pequeño número de casos es necesaria la administración oral de aquellos electrólitos cuyo nivel plasmático sea insuficiente a fin de restaurarlo, excepto en aquellos casos en los cuales existan problemas de absorción gastrointestinal.
D	9.GM.8.	En caso de abuso de laxantes, las personas con BN deben ser aconsejadas sobre cómo reducir y suspender el consumo, éste debe realizarse de forma gradual, y también informarlas de que el uso de laxantes no reduce la absorción de nutrientes.
D	9.GM.9.	Las personas que vomiten habitualmente deberán realizar revisiones dentales regulares y recibir consejos sobre su higiene dental.

Terapias psicológicas de los TCA

Terapia cognitivo-conductual (pregunta 9.3.)

Bulimia nerviosa

A	9.3.2.1.1.	La TCC-BN es una forma específicamente adaptada de TCC y se recomienda que se realicen entre 16 y 20 sesiones en 4 o 5 meses de tratamiento.
B	9.3.2.1.2.	A las personas con BN que no responden al tratamiento con la TCC o no quieren realizarla se les puede ofrecer otro tratamiento psicológico.
D	9.3.2.1.3.	Los adolescentes con BN pueden ser tratados con TCC adaptada a las necesidades de su edad, nivel de desarrollo y, si es apropiado, incorporar la intervención de la familia.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Trastorno por atracones

A	9.3.3.1.	A las personas adultas con trastorno por atracones (TA) se les puede ofrecer la TCC específicamente adaptada.

Autoayuda (guiada o no) (pregunta 9.4.)

Bulimia nerviosa

B	9.4.1.1.1.	Se considera que un posible comienzo del tratamiento en la BN es iniciar un programa de AA (guiada o no).
B	9.4.1.1.2.	La AA (guiada o no) sólo es suficiente en un número limitado de personas con BN.

Terapia interpersonal (pregunta 9.5.)

Bulimia nerviosa

B	9.5.2.1.	La TIP debería considerarse como una alternativa a la TCC aunque convendría informar a las personas afectadas que su realización implica de 8 a 12 meses hasta alcanzar resultados similares a los de la TCC.

Trastorno por atracones

B	9.5.3.1.	La TIP-TA puede ser ofrecida a personas con TA persistente.

Terapia familiar (sistémica o no) (pregunta 9.6)

Anorexia nerviosa

B	9.6.1.1.1.	La TF está indicada en niños y adolescentes con AN.
D	9.6.1.1.2.	Los familiares de los niños con AN y los hermanos y familiares de adolescentes con AN pueden incluirse en el tratamiento, participando en la mejoría de la comunicación, apoyando el tratamiento conductual y transmitiendo información terapéutica.
D	9.6.1.1.3.	Los niños y adolescentes con AN pueden tener reuniones con los profesionales de la salud a solas, independientes de las que estos profesionales tienen con su familia.
D	9.6.1.1.4.	Los efectos que la AN suele tener entre los hermanos y otros familiares de las personas afectadas justifican su implicación en el tratamiento.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Recomendaciones generales sobre la terapia psicológica (GP) de los TCA (preguntas 9.3.-9.8.)

Anorexia nerviosa

D	9.GP.1.	Las terapias psicológicas a valorar para la AN son: TCC, TFS, TIP, TPD y TC.
D	9.GP.2.	En aquellas personas afectadas que necesitan cuidados especiales es aún más importante la elección del modelo de tratamiento psicológico que se les ofrece.
D	9.GP.3.	Se considera que el objetivo del tratamiento psicológico es la reducción del riesgo, lograr un aumento de peso a base de una alimentación saludable, reducir otros síntomas relacionados con el TCA y facilitar la recuperación física y psicológica.
D	9.GP.4.	La mayor parte de los tratamientos psicológicos en personas con AN pueden ser realizados de forma ambulatoria (con exploración física de control) por profesionales expertos en TCA.
D	9.GP.5.	La duración del tratamiento psicológico deber ser al menos de 6 meses cuando se realiza de manera ambulatoria (con exploración física de control) y de 12 meses en pacientes que han estado en hospitalización completa.
D	9.GP.6.	En personas afectadas con AN tratadas con terapia psicológica ambulatoria que no mejoren o empeoren se debe considerar la indicación de tratamientos más intensivos (terapias combinadas con la familia, hospitalización parcial o completa).
D	9.GP.7.	Para personas con AN hospitalizadas conviene establecer un programa de tratamiento dirigido a suprimir los síntomas y conseguir el peso normal. Es importante un adecuado control físico durante la renutrición.
D	9.GP.8.	Los tratamientos psicológicos deben orientarse a modificar las actitudes conductuales, las relacionadas con el peso y la figura corporal y el temor a ganar peso.
D	9.GP.9.	En personas con AN hospitalizadas no es conveniente utilizar programas de modificación de conducta excesivamente rígidos.
D	9.GP.10.	Tras el alta hospitalaria, las personas con AN deberían recibir atención ambulatoria que incluya supervisión de la recuperación del peso normal e intervención psicológica dirigida a la conducta alimentaria, las actitudes sobre peso y silueta y el miedo a la respuesta

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia ha sido revisada.

		social ante el aumento de peso, junto con controles físicos y psicológicos periódicos. La duración de este control debe ser de al menos 12 meses.
D	9.GP.11.	En niños y adolescentes con AN que necesiten hospitalización y una recuperación urgente del peso deberían tenerse en cuenta las necesidades educativas y sociales propias de su edad.

Trastorno por atracones

A	9.GP.12.	Las personas afectadas deben ser informadas de que todos los tratamientos psicológicos ejercen un efecto limitado sobre el peso corporal.
B	9.GP.13.	Un posible comienzo en el tratamiento de las personas con TA es animarlas a seguir un programa de AA (guiada o no).
B	9.GP.14.	Los profesionales sanitarios pueden considerar proveer a las personas afectadas de TA programas de AA (guiada o no) que pueden dar buenos resultados. Sin embargo, este tratamiento sólo es eficaz en un número limitado de personas con TA.
D	9.GP.15.	Ante la ausencia de evidencia que guíe la atención de las personas con TCANE o con TA se recomienda a los profesionales sanitarios que sigan el tratamiento del trastorno de alimentación que más se asemeje al TCA que afecta a esa persona.
D	9.GP.16.	Cuando se realizan tratamientos psicológicos en personas con TA debe considerarse que puede ser necesario en algunos casos tratar la obesidad comórbida.
D	9.GP.17.	A los TCA en adolescentes se les deben ofrecer tratamientos psicológicos adaptados a su etapa de desarrollo.

Tratamiento farmacológico de los TCA

Antidepresivos (pregunta 9.9.)

Bulimia nerviosa

B	9.9.2.1.1.	Las personas afectadas deben ser informadas de que el tratamiento con antidepresivos puede reducir la frecuencia de atracones y purgas, pero que sus efectos no serán inmediatos.
B	9.9.2.1.2.	En el tratamiento en la BN no se recomiendan otros tratamientos farmacológicos aparte de los antidepresivos.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

D	9.9.2.1.3.	En personas con BN, las dosis de fluoxetina son mayores que para el tratamiento de la depresión (60 mg/día).
D	9.9.2.1.4.	Entre los antidepresivos ISRS, la fluoxetina es el fármaco de primera elección para el tratamiento en la BN, en términos de aceptabilidad, tolerancia y reducción de síntomas.

Trastorno por atracones

B	9.9.3.1.1.	A un paciente con TA, siga o no un programa de AA guiada, puede proponérsele un tratamiento con un antidepresivo del grupo ISRS.
B	9.9.3.1.2.	Las personas afectadas deben ser informadas de que el tratamiento con antidepresivos ISRS puede reducir la frecuencia de atracones, pero que se desconoce la duración de su efecto a largo plazo. El tratamiento con antidepresivos puede ser beneficioso para un número limitado de personas afectadas.

Recomendaciones generales sobre el tratamiento farmacológico (GF) de los TCA (preguntas 9.9.-9.15.)

Anorexia nerviosa

D	9.GF.1.	No se recomienda el tratamiento farmacológico como único tratamiento primario en personas con AN.
D	9.GF.2.	Debe tenerse precaución al prescribir tratamiento farmacológico a personas con AN que tengan comorbilidades tales como el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) o la depresión.
D	9.GF.3.	Dado el riesgo de complicaciones cardíacas que presentan las personas con AN, debe evitarse la prescripción de fármacos cuyos efectos secundarios puedan afectar la función cardiaca.
D	9.GF.4.	Si se administran fármacos con efectos adversos cardiovasculares debe realizarse la monitorización de las personas afectadas mediante ECG.
D	9.GF.5.	Todas las personas con AN deben ser advertidas de los efectos adversos que pueden producirles los tratamientos farmacológicos.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Trastorno por atracones

D	9.GF.6.	Como no hay evidencia que guíe el tratamiento en el TA, se recomienda a los clínicos que traten al paciente de acuerdo con el TCA que más se asemeje a su problema de alimentación consultando las guías para BN o AN.

Tratamiento de los TCA cuando existen comorbilidades (pregunta 9.18)

TCA con trastornos orgánicos

D	9.18.1.	El tratamiento en casos clínicos y subclínicos de los TCA en personas con diabetes mellitus (DM) es esencial debido al incremento de riesgo de este grupo.
D	9.18.2.	Personas con DM tipo 1 y un TCA deben ser monitorizadas por el elevado riesgo de retinopatía y otras complicaciones que se pueden presentar.
D	9.18.3.	En personas jóvenes con DM tipo 1 y mala adherencia al tratamiento antidiabético debe ser investigada la probable presencia de un TCA.

Tratamiento de los TCA crónicos (pregunta 9.19.)

✓	9.19.1.	El profesional sanitario responsable de la atención de los casos crónicos de TCA debería informar a la persona afectada sobre la posibilidad de curación y la conveniencia de acudir regularmente a la consulta del especialista, independientemente de los años transcurridos y de los fracasos terapéuticos previos.
✓	9.19.2.	Es necesario disponer de recursos asistenciales capaces de proporcionar tratamientos a largo plazo y seguir la evolución de los casos de TCA crónicos, así como contar con apoyo social para reducir la discapacidad futura.

Tratamiento de los TCA en casos especiales (pregunta 9.20.)

D	9.20.1.	Las pacientes embarazadas con AN, sea este trastorno un primer episodio o una recaída, precisan de una atención prenatal intensiva con una adecuada nutrición y un control del desarrollo fetal.
D	9.20.2.	Las mujeres embarazadas con TCA requieren un control cuidadoso durante su embarazo y en el período de posparto.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

10. Evaluación de los TCA (preguntas 10.1.-10.2.)

D	10.1.1.	La evaluación de las personas con TCA debería ser exhaustiva e incluir aspectos físicos, psicológicos y sociales, así como una completa evaluación del riesgo personal.
D	10.1.2.	El proceso terapéutico modifica el nivel de riesgo para la salud mental y física de las personas con TCA, por lo que debería ser evaluado a lo largo del tratamiento.
D	10.1.3.	A lo largo de todo el tratamiento, los profesionales sanitarios que evalúen niños y adolescentes con TCA deberían estar alerta ante la posible presencia de indicadores de abuso (emocional, físico y sexual) para ser atendidos precozmente.
D	10.1.4.	Los profesionales sanitarios que trabajan con niños y adolescentes con TCA deberían familiarizarse con las GPC nacionales y conocer la legislación vigente en el área de la confidencialidad.
✓	10.1.5.	Se recomienda el uso de cuestionarios adaptados y validados en población española para la evaluación de los TCA. En estos momentos, se sugiere utilizar los siguientes instrumentos específicos para TCA: EAT, EDI, BULIT, BITE, SCOFF, ACTA y ABOS (seleccionar versión en función de edad y otras condiciones de aplicación). Para evaluar aspectos relacionados con los TCA, se sugiere utilizar los siguientes cuestionarios: BSQ, BIA, BAT, BES y CIMEC (seleccionar versión en función de edad y otras condiciones de aplicación).
✓	10.2.	Se recomienda el uso de cuestionarios adaptados y validados en población española para la evaluación psicopatológica de los TCA. En estos momentos, se sugiere utilizar los siguientes instrumentos para la evaluación psicopatológica de los TCA (seleccionar versión en función de edad y otras condiciones de aplicación): - Impulsividad: BIS-11 - Ansiedad: STAI, HARS, CETA - Depresión: BDI, HAM-D, CDI - Personalidad: MCMI-III, MACI, TCI-R, IPDE - Obsesividad: Y-BOCS

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

11. Pronóstico de los TCA (capítulo sin recomendaciones)

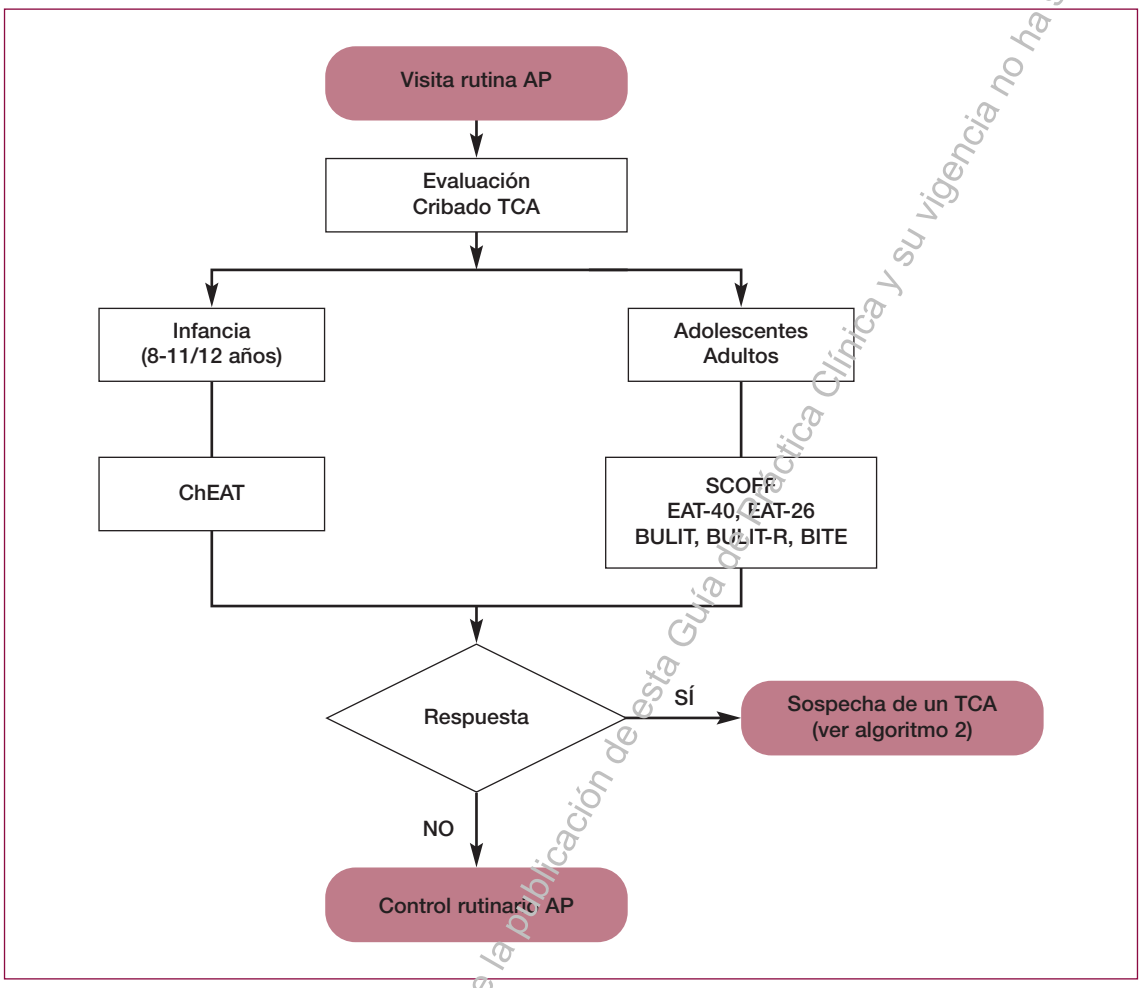
12. Aspectos legales relativos a personas afectadas de TCA en España (preguntas 12.1.-12.2.)

12.1.	Se recomienda el uso de la vía legal (judicial) en los casos que el profesional estime oportuno salvaguardar la salud del paciente, preservando siempre el derecho de éste a ser escuchado y convenientemente informado del proceso y de las medidas médicas y jurídicas que se aplicarán. El procedimiento bien informado no sólo es un acto respetuoso con el derecho a la información, sino que puede facilitar la cooperación y motivación del enfermo y su entorno en el procedimiento de hospitalización completa. (Según legislación vigente).
12.2.	Uno de los síntomas característicos de los TCA y especialmente de la AN es la ausencia de conciencia de enfermedad. La propia enfermedad causa a menudo la falta de juicio suficiente para emitir un consentimiento válido y no viciado respecto a la aceptación y elección del tratamiento. Así pues, en los supuestos de riesgo grave para la salud de un menor maduro afectado por una AN que no acepte el tratamiento, deben utilizarse especialmente los cauces legales y judiciales previstos. (Según legislación vigente).
12.3.	El equilibrio necesario entre los diferentes derechos en conflicto obliga al facultativo a observar e interpretar la mejor solución en cada caso. No obstante, siempre es importante informar y escuchar atentamente ambas partes para que comprendan la relación entre la salvaguarda de la salud y la decisión tomada por el médico. (Según legislación vigente).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

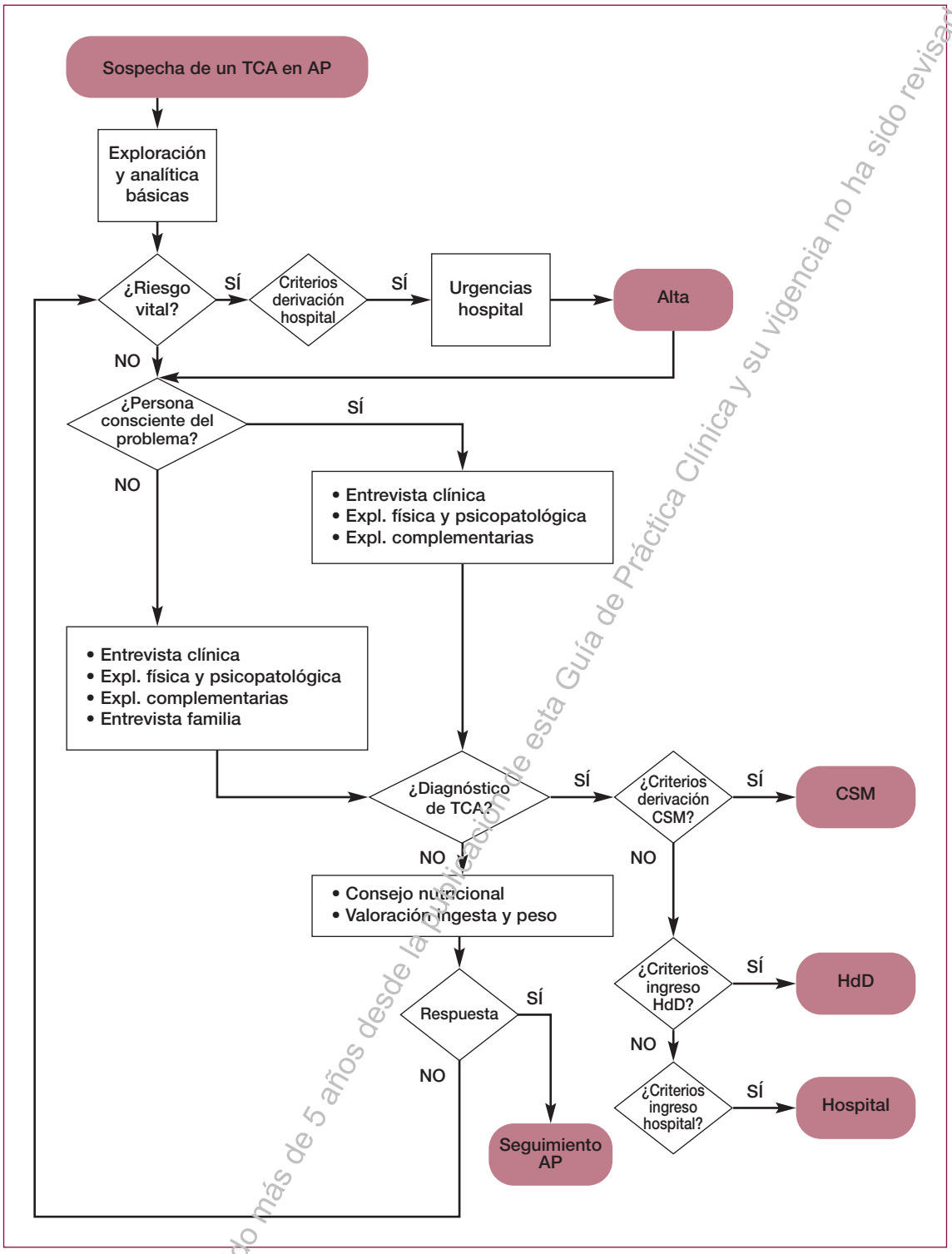
13. Estrategias de detección, diagnóstico y tratamiento en los TCA

Algoritmo 1. Detección de potenciales casos de TCA



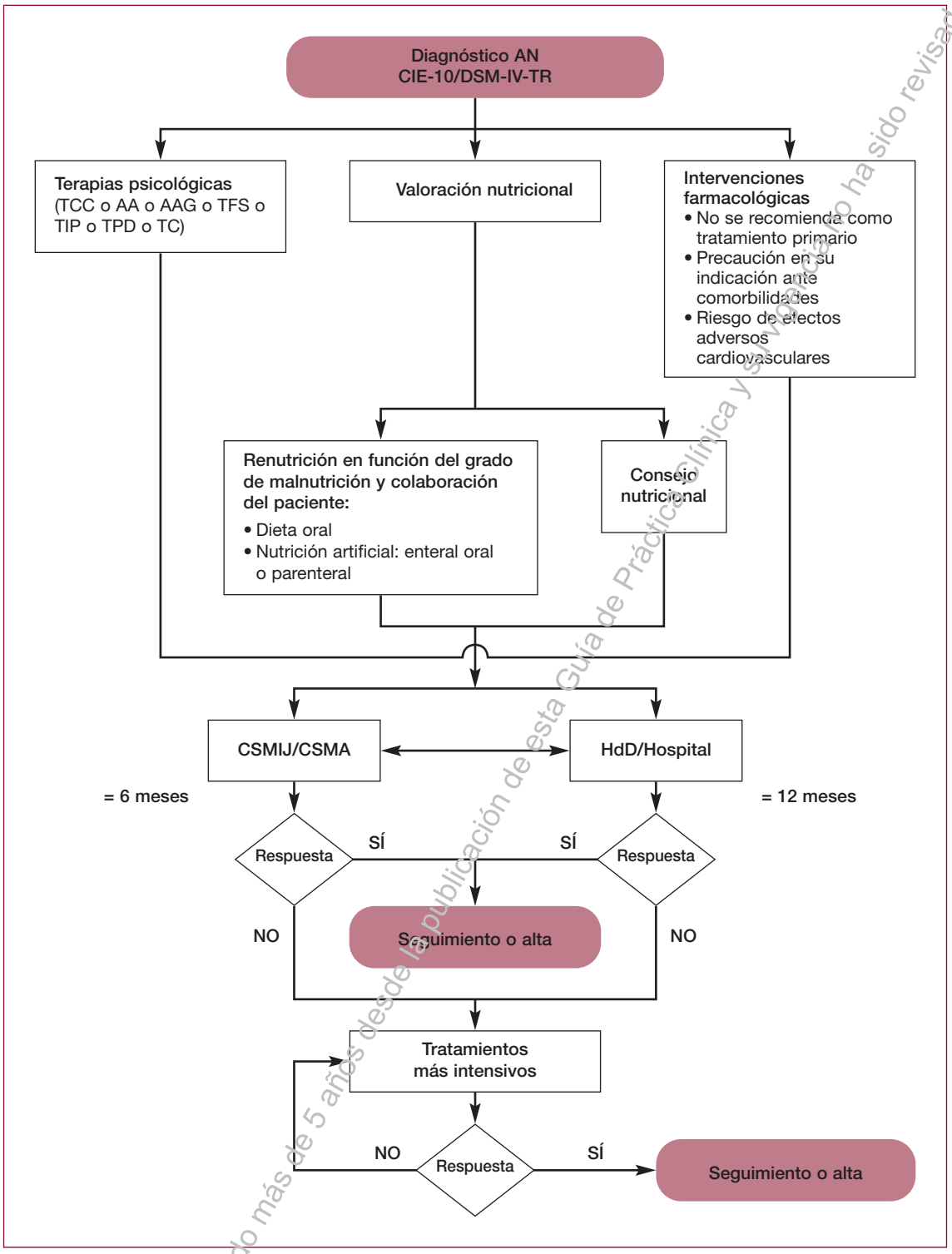
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Algoritmo 2. Actuación ante la sospecha de un TCA



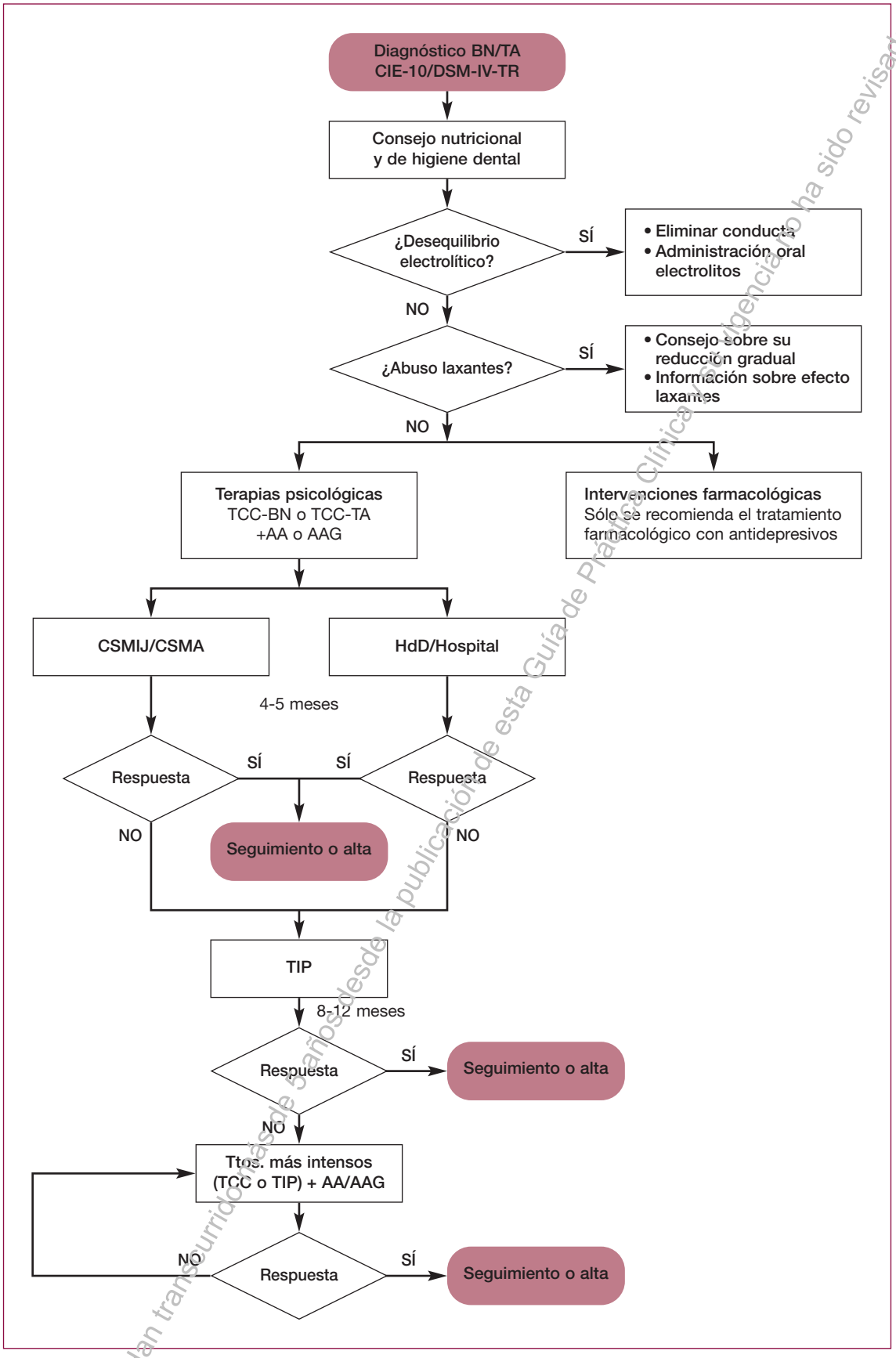
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Algoritmo 3. Tratamiento en la AN



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su contenido no ha sido revisada.

Algoritmo 4. Tratamiento en la BN y TA



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y la Agencia no ha sido revisada.

Anotaciones a los algoritmos

Algoritmo 1. Detección de potenciales casos de TCA

1) Las visitas de niños/adolescentes sanos y las previas a la participación en deportes, por ejemplo, serían una buena oportunidad para realizar de forma integrada la prevención (primaria) y cribado de diferentes trastornos, entre ellos los TCA.

2) Los instrumentos de cribado son herramientas útiles para una primera evaluación rápida, dirigida a descartar la existencia de síntomas sospechosos en la primera fase del proceso de cribado en dos etapas, en el cual los que puntúan alto son de nuevo evaluados para determinar si cumplen con los criterios diagnósticos formales.

3) Los instrumentos de cribado son ineficientes para establecer el diagnóstico de TCA.

4) 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.

5) Se recomienda el uso de cuestionarios adaptados y validados en población española para la identificación de casos (cribado) de TCA. Se sugiere utilizar los siguientes instrumentos (✓Buena práctica clínica). Recomendación 6.5.:
   - TCA en general: SCOFF (a partir de los 11 años).
   - AN: EAT-40, EAT-26 y ChEAT (este último entre los 8 y los 12 años).
   - BN: BULIT, BULIT-R y BITE (los tres a partir de los 12 o 13 años).

Abreviaturas algoritmo 1

AP = Atención primaria
BITE = Test de investigación de bulimia de Edimburgo
BULIT = Test de bulimia
BULIT-R = Versión revisada del BULIT
ChEAT = Versión infantil del EAT-26
EAT-40 = Cuestionario de actitudes ante la alimentación
EAT-26 = Versión abreviada del EAT-40
SCOFF = *Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire*
TCA = Trastornos de la conducta alimentaria

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Algoritmo 2. Actuación ante la sospecha de un TCA

1) Ante una persona que consulta (atención primaria) por sospecha de un TCA, después de realizar la exploración y analítica básica, se debe valorar si está en situación biológica o mental límite.

2) Si la persona que demanda atención es consciente del problema, se debe seguir el procedimiento diagnóstico habitual que consiste en realizar una anamnesis, exploración física y psicopatológica y exploraciones complementarias. (✓Buena práctica clínica). Recomendación 7.2.4.

3) Aunque siempre se debe establecer una comunicación con la familia, estudiar el entorno familiar de la persona afectada y generar un clima de confianza y confidencialidad. Cuando la que demanda atención es la familia ésta se convierte en la pieza clave en la relación médico-paciente.

4) Se recomienda seguir los criterios diagnósticos de la OMS (CIE-10) y de la APA (DSM-IV o DSM-IV-TR). (✓Buena práctica clínica). Recomendación 7.1.

5) Se proporciona CN con el objetivo de modificar lo que come la persona, así como aquellos hábitos y actitudes alimentarios no saludables que sigue. Entre los consejos se les indica lo que es una dieta saludable, que se deben mantener horarios fijos, tres comidas al día, raciones normales para la edad, sentado, en familia, con tranquilidad y sin distracciones, sin cocinar ni permanecer en la cocina y haciendo reposo después de comer, entre otros. Para recuperar el peso se requiere una dieta normocalórica y saludable excepto en aquellos casos en los que el estado de la persona afectada lo contraindique.

6) Los criterios de derivación de AP al hospital (servicio de urgencias de un hospital general) dependen de si la urgencia es médica o psiquiátrica.

Los criterios de derivación de la AP a la hospitalización urgente (servicio de urgencias de hospital general) para recibir tratamiento médico urgente son los siguientes:

- Pérdida de peso >50% en los últimos 6 meses (30% en lo últimos 3 meses)
- Alteraciones de la conciencia
- Convulsiones
- Deshidratación
- Alteraciones hepáticas o renales severas
- Pancreatitis
- Disminución de potasio <3 mEq/l o sodio (<130 o >145)
- Arritmia grave o trastorno de la conducción
- Bradicardia de <40 bpm
- Otros trastornos ECG
- Síncopes o hipotensión con TAS <70 mmHg

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

– HDA: hematemesis, rectorragias
– Dilatación gástrica aguda

Los criterios de derivación de la AP a valoración psiquiátrica urgente (servicio de psiquiatría de un hospital) son los siguientes:

– Negativa absoluta a comer o beber.
– Sintomatología depresiva, con riesgo de autolisis.
– Conductas autolesivas importantes.

7) Los criterios de derivación de la AP a los centros/unidades de salud mental de adultos (CSMA) o infanto-juvenil (CSMIJ) son los siguientes:

– Cuando existe un diagnóstico de TCA establecido.
– Pérdida de peso igual o superior al 10%-25% del peso, sin una causa que lo justifique.
– Presencia de episodios bulímicos regulares, es decir, conductas de sobreingesta alimentaria y/o conductas purgativas persistentes (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y uso de diuréticos).
– Presencia de alteraciones psicopatológicas asociadas.
– Falta de consciencia de enfermedad.
– Si a pesar de seguir las pautas de la AP no mejoran el peso ni las conductas bulímicas.

8) Los criterios de hospitalización completa:

– El estado biológico implica riesgo de complicaciones graves (nula ingesta de alimentos y especialmente de líquidos, IMC <16, alteraciones iónicas, vómitos autoinducidos continuados, abuso de laxantes, uso de diuréticos, hematemesis y rectorragias).
– Hay síntomas depresivos importantes con riesgo de autolisis.
– Conductas autolesivas importantes.

No son criterios absolutos y, según la intensidad, puede estar indicada la hospitalización parcial (hospital de día).

Hay otros trastornos psicopatológicos que impiden el tratamiento de manera ambulatoria:

– La persona afectada es incapaz por su psicopatología de seguir las pautas del programa ambulatorio: frecuencia de visitas, limitación de actividad física, alimentación indicada, etc.
– El comportamiento problemático de la persona afectada en el domicilio, la existencia de conflictos en las relaciones familiares y/o psicopatología familiar son excesivos e imposibles de controlar ambulatoriamente.
– La evolución del peso no sigue el ritmo pautado en el programa de recuperación de peso.

En caso de negativa a la hospitalización completa será necesaria la autorización de los padres y del juez en caso de menores de edad y autorización judicial en mayores de edad.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

La hospitalización completa puede realizarse en un hospital general (o monográfico de TCA) siendo el hospital psiquiátrico el recurso recomendable ante casos especiales como cronicidad y trastornos mentales graves (delirio, autoagresiones reiteradas, deterioro cognitivo, etc.)

9) Los criterios de ingreso al hospital de día:

– Desde el CSMA/CSMIJ. Si el paciente no cumple los criterios de atención médica urgente ni de hospitalización completa en un hospital psiquiátrico vía urgente y cumple alguno de los criterios siguientes:
  – La persona afectada es incapaz por su psicopatología de seguir las pautas del programa ambulatorio: frecuencia de visitas, limitación de la actividad física, alimentación indicada, etc.
  – Hay problemas graves de comportamiento en el domicilio, existen conflictos en las relaciones familiares y/o psicopatología familiar, y no se modifican ambulatoriamente.
  – La evolución del peso no sigue el ritmo pautado en el programa ambulatorio de recuperación de peso.

– Desde la hospitalización completa (una vez cumplidos los criterios de alta). Se debe mantener más control sobre la alimentación o las conductas anómalas y se puede hacer también de manera ambulatoria, pero ésta no estará indicada si hay problemas graves de comportamiento en el domicilio, existen conflictos en las relaciones familiares y/o psicopatología familiar que no se puedan modificar ambulatoriamente.

Abreviaturas algoritmo 2

AP = Atención primaria
CSM = Centro de salud mental infanto-juvenil o de adultos
HdD = Hospital de día
CN = Consejo nutricional
TCA = Trastornos de la conducta alimentaria

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Algoritmo 3. Tratamiento en la AN

1) Se recomienda seguir los **criterios diagnósticos** de la OMS (CIE-10) y de la APA (DSM-IV o DSM-IV-TR) para establecer el diagnóstico de la AN. (✓Buena práctica clínica). Recomendación 7.1.

2) **Consejo nutricional** (*Dietary o Nutritional counselling*). Este tipo de intervención tiene como objetivo principal la modificación de lo que come el paciente, así como aquellos hábitos y actitudes alimentarios erróneos, proporcionando un modelo a seguir (dieta saludable, manteninimento de horarios fijos, tres comidas al día, raciones normales para la edad, sentado, en familia, con tranquilidad y sin distracciones, sin preparar comida y haciendo reposo después de comer). Para recuperar el peso se requiere una dieta normocalórica y saludable, excepto en aquellos casos en los que el estado de la persona afectada lo contraindique.

– En las normas de alimentación dirigidas a niños y adolescentes con AN, los cuidadores deberían incluir información, educación y planificación de la dieta. (Grado D). Recomendación 9.GM.1.

3) **Renutrición**

– Realización de los tratamientos estándares para resolver la situación teniendo en cuenta las necesidades individuales, en especial en niños y adolescentes. (Grado D). Recomendación 9.GM.1.

– Se recomienda examen físico y en algunos casos el tratamiento con multivitaminas y/o suplementos minerales vía oral, tanto en el régimen ambulatorio como en hospitalización, para las personas con AN en etapa de recuperación de su peso corporal. (Grado D). Recomendación 9.1.1.1.

– La alimentación forzada debe ser una intervención utilizada como último recurso para personas con AN. Debe ser realizada por expertos en el tratamiento de los TCA y sus complicaciones clínicas. Deben conocerse y cumplirse los requisitos legales cuando se toma la decisión de alimentar forzadamente a un paciente. (Grado D). Recomendaciones 9.GM.2, 9.GM.3 y 9.GM.4.

La nutrición parenteral total no debería utilizarse en personas con AN, excepto en los casos de rechazo del paciente a la sonda nasogástrica y/o disfunción gastrointestinal. (Grado D). Recomendación 9.1.1.2.

– El soporte nutricional para personas afectadas con TCA será elegido en función del grado de malnutrición y la colaboración del paciente, siempre de acuerdo con el médico psiquiatra. (✓Buena práctica clínica). Recomendación 9.GM.01.

– Antes de iniciar nutrición artificial, se debe evaluar el grado de colaboración de la persona enferma e intentar siempre convencerla de los beneficios de la alimentación natural. (✓Buena práctica clínica). Recomendación 9.GM.02.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

– En el hospital de día, el soporte nutricional para pacientes con bajo peso cuando la dieta oral sea insuficiente puede suplementarse con nutrición artificial (tipo nutrición enteral oral). Deben administrarse, para asegurar su toma, en el horario de hospital de día, aportando una energía suplementaria que oscila entre 300 y 1.000 kcal/día. (✓Buena práctica clínica). Recomendación 9.GM.03.

– El soporte nutricional oral en personas afectadas con TCA hospitalizadas se estima adecuado (evolución favorable) cuando se produce una ganancia ponderal superior a 0,5 Kg/semanales, siendo lo habitual hasta incrementos de 1 kg en ese período. A veces, ante la resistencia del paciente con malnutrición moderada a reiniciar una alimentación normal, se puede reducir la dieta en 500-700 kcal y añadir en igual cantidad nutrición enteral oral complementaria, que debe ser administrada después de las comidas y no en lugar de las comidas. (✓Buena práctica clínica). Recomendación 9.GM.04.

– En caso de malnutrición grave, extrema inanición, mala evolución o nula colaboración a la ingesta por parte del paciente, estará indicado el tratamiento con nutrición artificial. Antes, si es posible, se inicia siempre dieta oral unida o no a nutrición enteral oral y se espera entre 3 y 6 días para evaluar el grado de colaboración y la evolución médico-nutricional. (✓Buena práctica clínica). Recomendación 9.GM.05.

– Sobre los requerimientos energéticos estimados, recomendar que las necesidades calóricas al inicio siempre estén por debajo de las habituales, que para su estimación se emplee el peso real y no el ideal y que ante malnutrición grave se empleen cálculos similares a 25-30 kcal/kg peso real o kcal totales no superiores a 1.000/día. (✓Buena práctica clínica). Recomendación 9.GM.06.

4) **Intervenciones farmacológicas**

– No se recomienda el tratamiento farmacológico como único tratamiento primario en la AN. (Grado D). Recomendación 9.GF.1.

– Debe tenerse precaución al prescribir tratamiento farmacológico a personas con AN que tengan comorbilidades como trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) o depresión. (Grado D). Recomendación 9.GF.2.

– Si se administran fármacos con efectos adversos cardiovasculares debe realizarse la monitorización de las personas afectadas mediante ECG. Todas las personas con AN deben ser advertidas de los efectos adversos que pueden producirles los tratamientos farmacológicos. (Grado D). Recomendaciones 9.GF.4 y 9. GF.5.

5) **Terapias psicológicas**

Se considera que el objetivo del tratamiento psicológico es la reducción del riesgo, lograr un aumento de peso a base de una alimentación saludable, reducir otros síntomas relacionados con el TCA y facilitar la recuperación física y psicológica. (Grado D). Recomendación 9.GP.3.

Las terapias psicológicas a considerar para la AN son: TCC, TFS, TIP, TPD y TC. (Grado D). Recomendación 9.GP.1.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

- La duración del tratamiento psicológico deber ser al menos de 6 meses, cuando se realiza de manera ambulatoria (con exploración física de control), y de 12 meses en pacientes que han estado en hospitalización completa. (Grado D). Recomendación 9.GP.5.
- En personas afectadas con AN tratadas con terapia psicológica ambulatoria que no mejoren o empeoren se debe considerar la indicación de tratamientos más intensivos (terapias combinadas con la familia, hospitalización parcial o completa). (Grado D). Recomendación 9.GP.6.
- Tras el alta hospitalaria, las personas con AN deberían recibir atención ambulatoria que incluya supervisión de la recuperación del peso normal e intervención psicológica dirigida a la conducta alimentaria, las actitudes sobre peso y silueta, y el miedo a la respuesta social ante el aumento de peso, junto con controles físicos y psicológicos periódicos. La duración de este control debe ser de al menos 12 meses. (Grado D). Recomendación 9.GP.10.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Algoritmo 4. Tratamiento en la BN y TA

1) Se recomienda seguir los **criterios diagnósticos de la OMS** (CIE-10) y de la APA (DSM-IV o DSM-IV-TR) para establecer el diagnóstico de la BN y TA. (✓Buena práctica clínica). Recomendación 7.1.

2) **Consejo nutricional y de higiene dental**

El CN tiene como objetivo principal la modificación de lo que come el paciente, así como de aquellos hábitos y actitudes alimentarios erróneos, proporcionando un modelo a seguir (dieta saludable, manteninimento de horarios fijos, tres comidas al día, raciones normales para la edad, sentado, en familia, con tranquilidad y sin distracciones, sin preparar comida y haciendo reposo después de comer).

En caso de abuso de laxantes, las personas con BN deben ser aconsejadas sobre cómo reducir y suspender el consumo, éste debe realizarse de forma gradual, y también informarlas de que el uso de laxantes no reduce la absorción de nutrientes. (Grado D). Recomendación 9.GM.8.

Cuando se detecta un desequilibrio electrolítico, en la mayoría de los casos es suficiente eliminar la conducta que lo produjo. En un pequeño número de casos es necesaria la administración oral de aquellos electrólitos cuyo nivel plasmático sea insuficiente, a fin de restaurarlo, excepto en aquellos casos donde existan problemas de absorción gastrointestinal. (Grado D). Recomendación 9.GM.7.

Las personas que vomiten habitualmente deberán realizar revisiones dentales regulares y recibir consejos sobre su higiene dental. (Grado D). Recomendación 9.GM.9.

3) **Terapias psicológicas**

– La TCC-BN es una forma específicamente adaptada de TCC y se recomienda que se realicen entre 16 y 20 sesiones en 4 o 5 meses de tratamiento. (Grado A). Recomendación 9.3.2.1.1.

A las personas con BN que no responden al tratamiento con la TCC, o no quieren realizarlo, se les puede ofrecer otro tratamiento psicológico. (Grado B). Recomendación 9.3.2.1.2.

Los adolescentes con BN pueden ser tratados con TCC adaptada a las necesidades de su edad, nivel de desarrollo y, si es apropiado, incorporar la intervención de la familia. (Grado D). Recomendación 9.3.2.1.3.

A las pesonas adultas con trastorno por atracones (TA) se les puede ofrecer la TCC específicamente adaptada. (Grado A). Recomendación 9.3.3.1.

– Se considera que un posible comienzo del tratamiento en el TA es animar a los afectados a seguir un programa de AA (guiado o no). (Grado B). Recomendación 9.GP.13.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Los profesionales sanitarios pueden considerar proveer a las personas afectadas de programas de AA (guiada o no) que pueden dar buenos resultados. Sin embargo, este tratamiento sólo es eficaz en un número limitado de personas con TA (Grado B). Recomendación 9.GP.14.

– Ante la ausencia de evidencia que guíe la atención de las personas con TCANE o con TA se recomienda a los profesionales sanitarios que sigan el tratamiento del trastorno de alimentación que más se asemeje al TCA que afecta a esa persona. (Grado D). Recomendación 9.GP.15.
– La TIP debería considerarse como una alternativa a la TCC, aunque convendría informar a las personas afectadas que su realización implica entre 8-12 meses hasta alcanzar resultados similares a los de la TCC. (Grado B). Recomendación 9.5.2.1.

La TIP-TA puede ser ofrecida a personas con TA persistente. (Grado B). Recomendación 9.5.3.1.

4) **Intervenciones farmacológicas**

– En el tratamiento en la BN no se recomiendan otros tratamientos farmacológicos a parte de los antidepresivos. (Grado B). Recomendación 9.9.2.1.2.

Las personas afectadas deben ser informadas de que el tratamiento con antidepresivos puede reducir la frecuencia de atracones y purgas pero sus efectos no serán inmediatos. (Grado B) Recomendación 9.9.2.1.1.

En personas con BN, las dosis de fluoxetina son mayores que para el tratamiento de la depresión (60 mg/día). (Grado D). Recomendación 9.9.2.1.3.

Entre los antidepresivos ISRS, la fluoxetina es el fármaco de primera elección para el tratamiento en la BN, en términos de aceptabilidad, tolerancia y reducción de síntomas. (Grado D). Recomendación 9.9.2.1.4.

– A un paciente con TA, siga o no una programa de AA guiada, puede proponérsele un tratamiento con un antidepresivo del grupo ISRS. (Grado B). Recomendación 9.9.3.1.1.

Las personas deben ser informadas de que el tratamiento con antidepresivos ISRS puede reducir la frecuencia de atracones, pero se desconoce su efecto a largo plazo. El tratamiento con antidepresivos puede ser beneficioso para un número limitado de pacientes. (Grado B). Recomendación 9.9.3.1.12.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.