Guía de Práctica Clínica sobre 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.**

Por este motivo, **se desconoce si sus recomendaciones continúan vigentes**, por lo que deben ser consideradas con precaución y aplicadas teniendo en cuenta **el juicio clínico y las circunstancias individuales de cada paciente.**

Guía Rápida

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

GOBIERNO DE ESPAÑA · MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud
Generalitat de Catalunya **Departament de Salut**

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

Esta Guía Rápida forma parte de la *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).* Guía de Práctica Clínica: AATRM Núm. 2006/01, desarrollada en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Sanidad y Consumo, y la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña

Existe también una guía *resumida* y un *folleto* informativo para pacientes en edición impresa y en las páginas web de *GuíaSalud* y de la AATRM. En estas páginas web puede consultarse también la versión *completa* de la GPC y el *Manual Metodológico de elaboración de la GPC* que recoge la metodología general empleada.

Edita: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña
Roc Boronat, 81-95
08005 Barcelona

© Ministerio de Sanidad y Consumo
© Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña

NIPO: 477-08-022-8
ISBN: 978-84-393-8010-8
Depósito Legal: B-24326-2009

Índice

Estrategias de detección, diagnóstico y tratamiento de los TCA

Algoritmos 4

Algoritmo 1. Detección de potenciales casos de TCA 4

Algoritmo 2. Actuación ante la sospecha de un TCA 6

Algoritmo 3. Tratamiento en la AN 8

Algoritmo 4. Tratamiento en la BN y TA 10

Anotaciones a los algoritmos 12

Algoritmo 1. Detección de potenciales casos de TCA 12

Algoritmo 2. Actuación ante la sospecha de un TCA 13

Algoritmo 3. Tratamiento en la AN 17

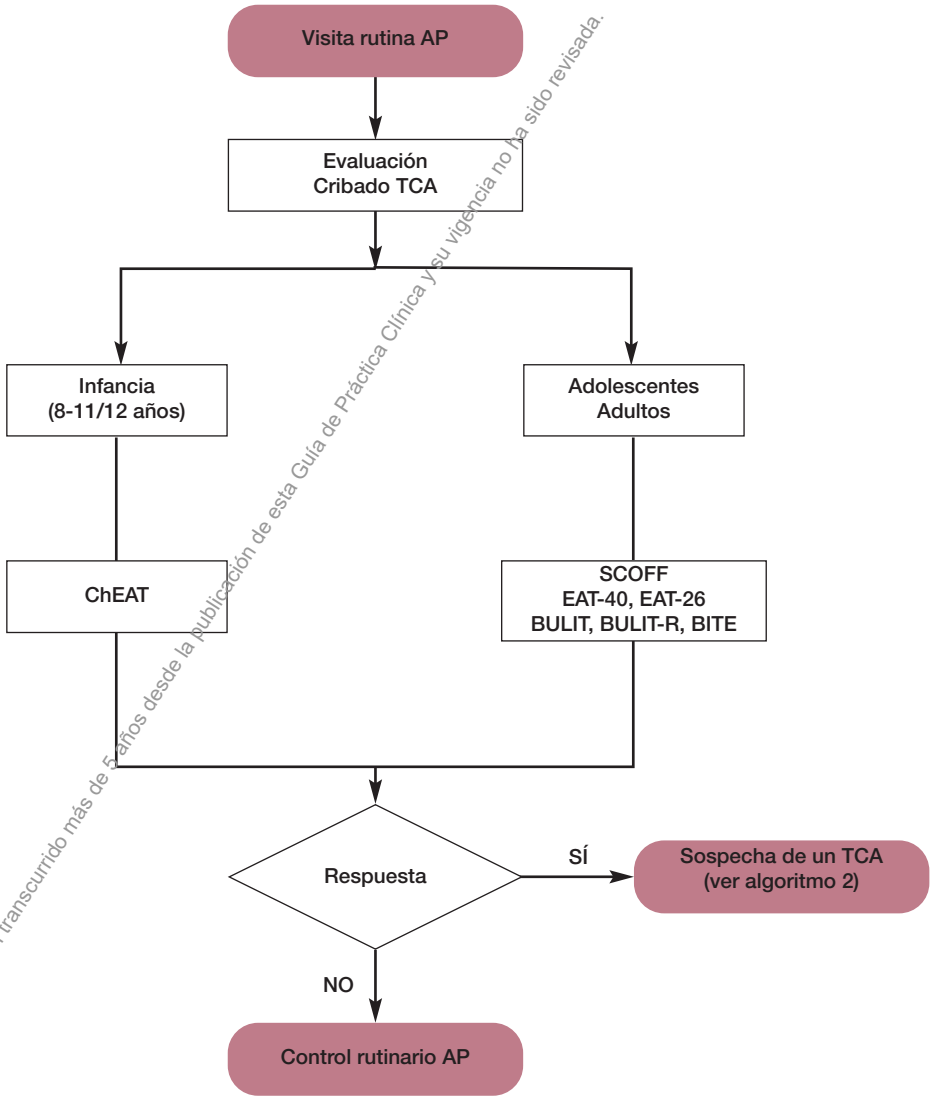
Algoritmo 4. Tratamiento en la BN y TA 20

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

Estrategias de detección, diagnóstico y tratamiento en los TCA

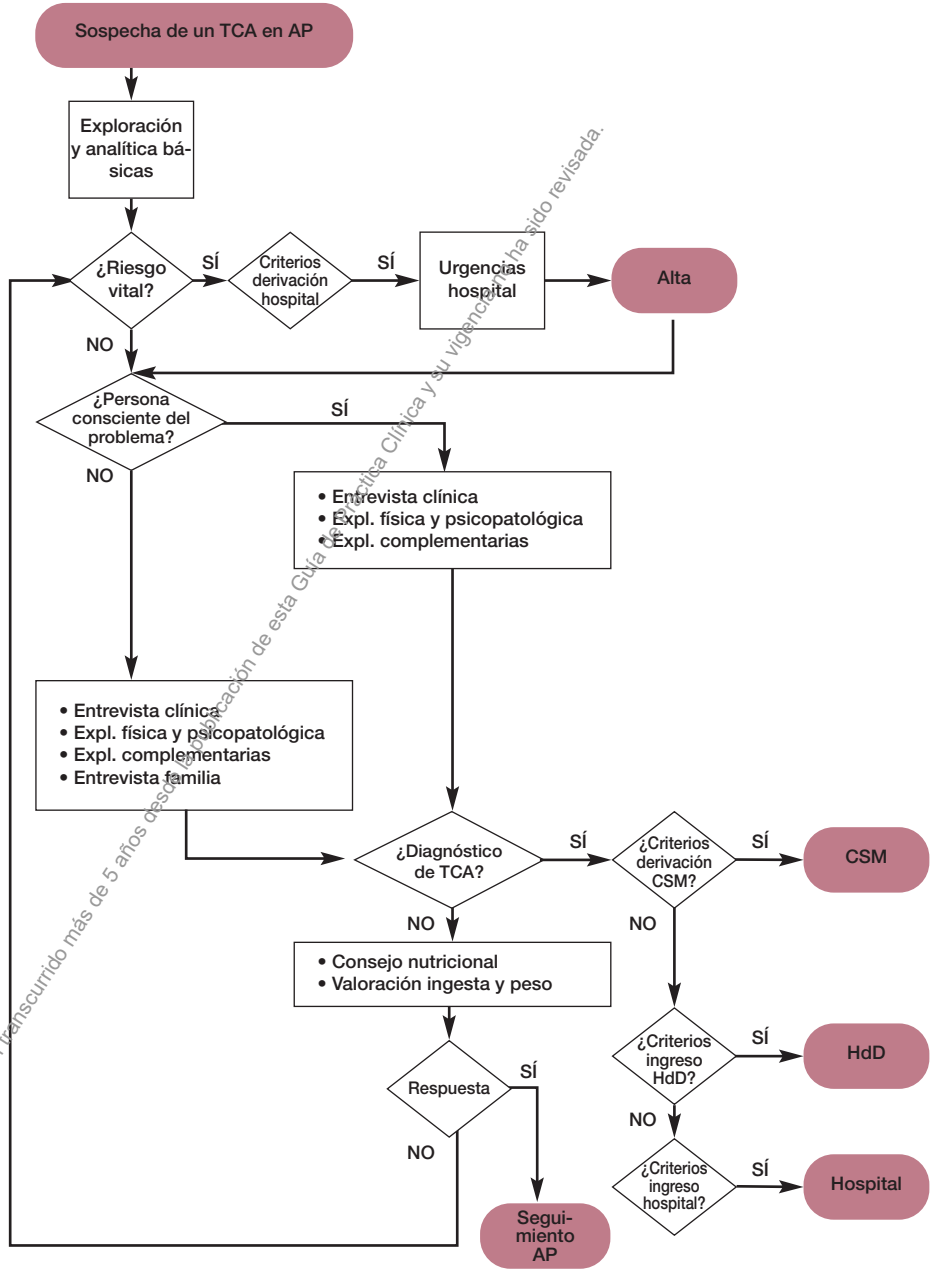
Algoritmos

Algoritmo 1. Detección de potenciales casos de TCA



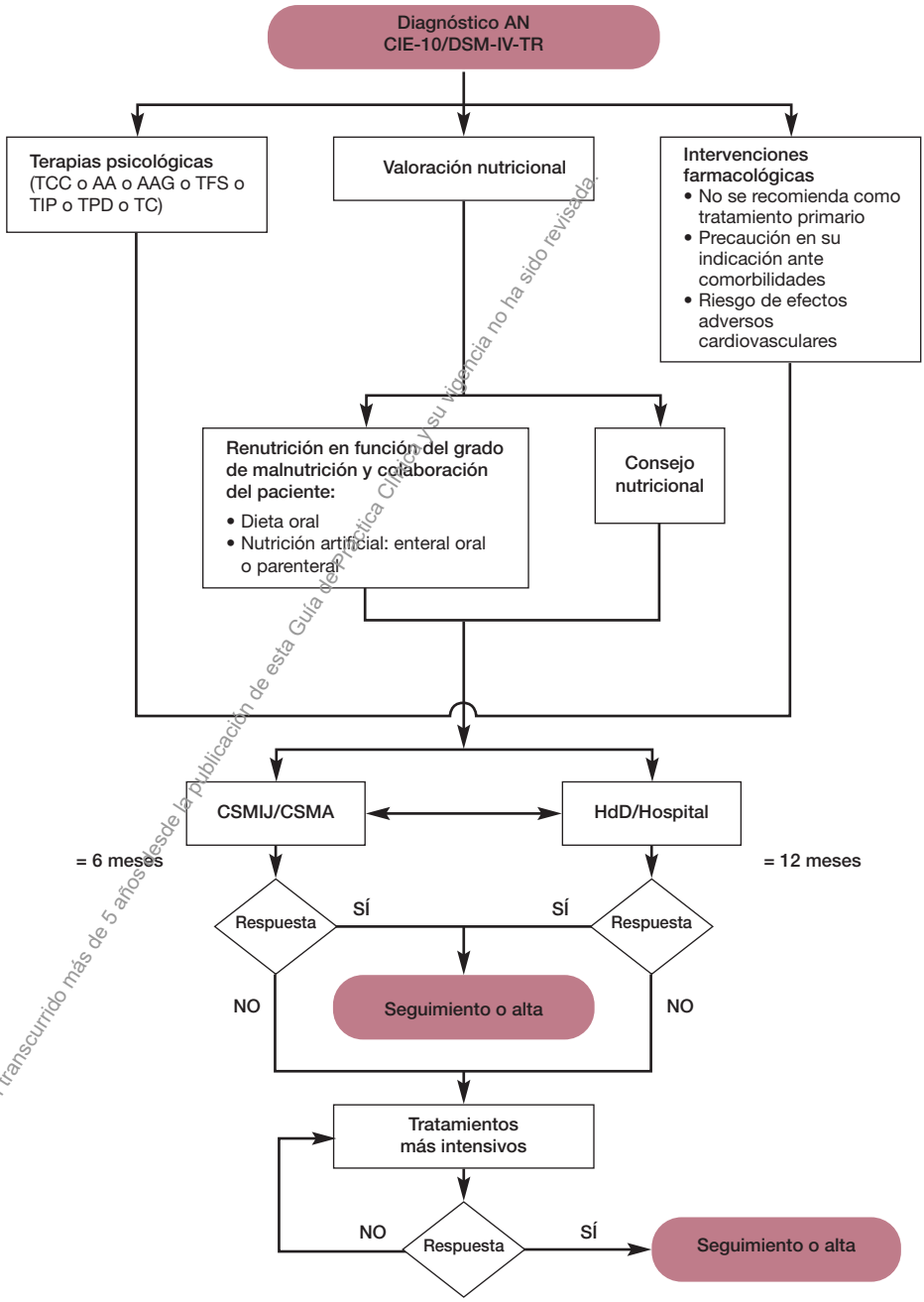
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Algoritmo 2. Actuación ante la sospecha de un TCA



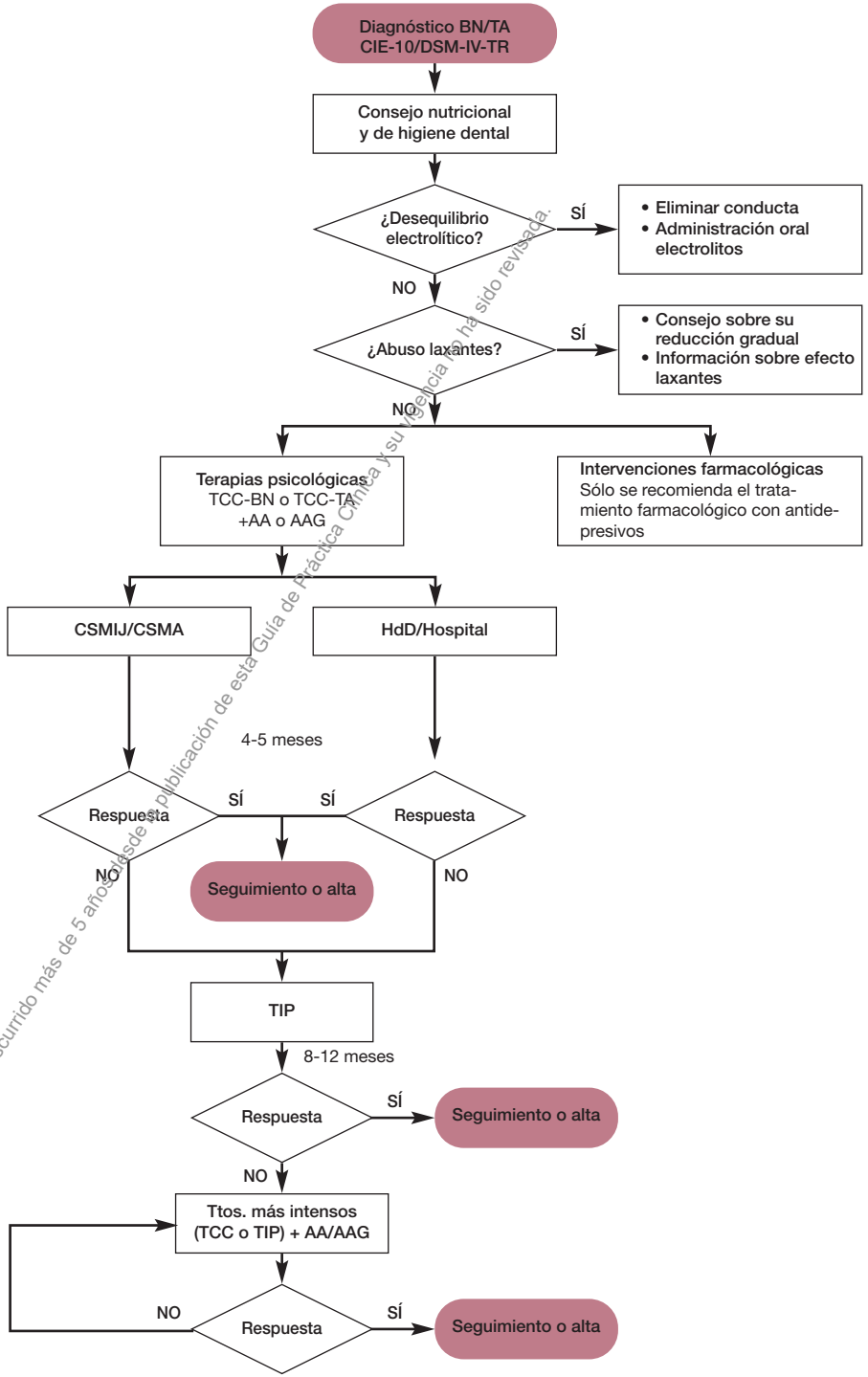
Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia ha sido revisada.

Algoritmo 3. Tratamiento en la AN



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia 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 su vigencia 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):
   - 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

Los instrumentos de cribado desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica, si vigencia 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).

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).

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:

- Pérdida de peso >50% en los últimos 6 meses (30% en lo últimos 3 meses)
- Alteraciones de la conciencia
- Convulsiones

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

- 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
- 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.

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

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.

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

Han transcurrido 6 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y valencia ha sido revisada.

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).

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, mantenimiento 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).

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).
   - 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).
   - 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).

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y vencido no ha sido revisada.

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).

- 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).
- 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).
- 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).
- 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).
- 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).
- 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).

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

4) **Intervenciones farmacológicas**

- No se recomienda el tratamiento farmacológico como único tratamiento primario en la AN. (Grado D).
- Debe tenerse precaución al prescribir tratamiento farmacológico a personas con AN que tengan comorbilidades como trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) o depresión. (Grado D).
- 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).

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).

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

- 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).
- 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).
- 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).

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).

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).

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).

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

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).

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).

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

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).

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

- 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).

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).

- 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).
- 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).

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

4) **Intervenciones farmacológicas**

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

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).

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

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

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).

– 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).

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).

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

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

ISBN 978-84-393-8010-8

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

www.msc.es