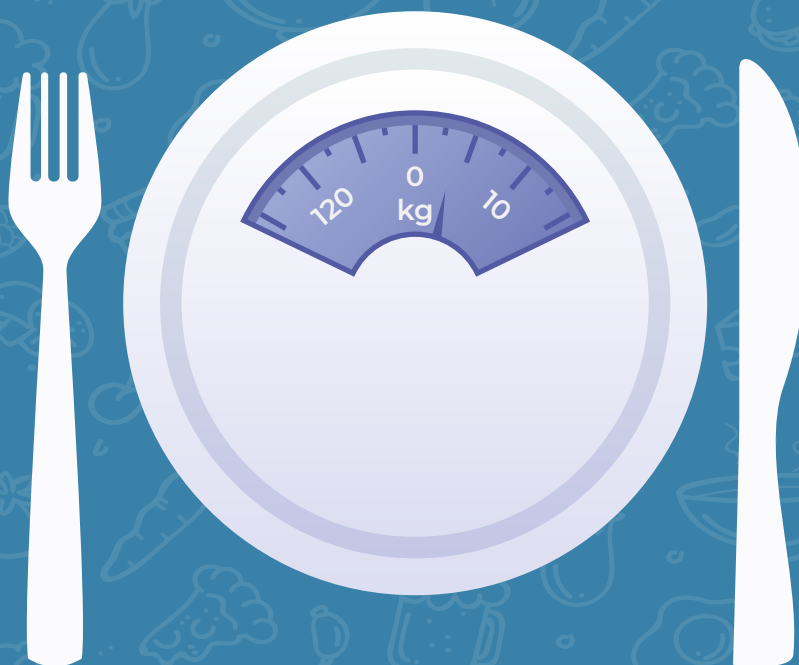




PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Unidad de Trastornos Alimentarios (UTAL)
Departamento de Psiquiatría UC
Red de Salud UC Christus



MANUAL PARA EL MANEJO INTRAHOSPITALARIO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Autoras:

Melina Vogel - Pascuala Urrejola - María Elena Gumucio - Carol
Unger - Dolly Figueroa - Paola Negrón - Verónica Iribarra

INDICE

PRESENTACIÓN	03

ANTECEDENTES	04

PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO	05

TRATAMIENTO MÉDICO NUTRICIONAL	08

TERAPIA FAMILIAR DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN	14

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y USO DE PSICOFÁRMACOS	16

PLANIFICACIÓN DEL ALTA HOSPITALARIA	17

REFERENCIAS	18

PRESENTACIÓN

El presente texto busca brindar ayuda y orientación para el manejo comprensivo de los Trastornos Alimentarios, tanto en especialistas como no especialistas que se desempeñan en diversos sistemas de salud. Nuestro afán es dar respuesta a una necesidad percibida de mayor información respecto a la complejidad que revisten estas patologías y la necesidad de guías prácticas para los clínicos que se ven enfrentados a ellos, con una frecuencia creciente.

Este manual es reflejo del trabajo colaborativo de un equipo interdisciplinario de profesionales de la Unidad de Trastornos Alimentarios de la Red de Salud UC Christus (UTAL), sistematizado por las autoras, pero entendiendo que sólo el aporte de todos y cada uno hizo posible su realización. Reconocemos también a todo el personal de la Unidad de Salud Mental de la Clínica UC San Carlos de Apoquindo, que a los largo de los años fue ayudándonos a implementar un protocolo de manejo a la vez compasivo y efectivo para el cuidado de pacientes en situación de máximo riesgo psiquiátrico y nutricional.

ANTECEDENTES

Los trastornos alimentarios (TA) son enfermedades graves y relevantes. Se definen como una perturbación persistente en el comer o en las conductas relacionadas con la comida que altera el consumo o la absorción de alimentos y deteriora la salud. Afectan predominantemente a mujeres, tanto a nivel mundial como nacional, de todas las edades, pero el grupo etario de mayor riesgo son los adolescentes y adultos jóvenes.

Los TA tienen una elevada comorbilidad con otras problemáticas de salud mental, tales como trastornos de ansiedad, trastornos afectivos, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno generalizado del desarrollo, trastorno por déficit atencional, trastornos de personalidad, abuso de alcohol y/o sustancias, y suicidalidad. Esto tiene implicancias en la severidad, resultados clínicos y eficiencia de las intervenciones terapéuticas. La anorexia nerviosa es la tercera enfermedad crónica más frecuente en adolescentes mujeres, con una tasa de mortalidad 12 veces mayor que la esperada para el grupo de mujeres de 15 a 24 años. Si bien la incidencia de la anorexia nerviosa parece ser estable durante las últimas décadas, la incidencia en menores de 15 ha aumentado, sin claridad aún de los motivos, llegando a una prevalencia de vida de 4% en mujeres y 0,3% en hombres.

Para la bulimia nerviosa, las tasas son de hasta 3% en mujeres y 1% en hombres en el curso de su vida, sin un consenso claro respecto a la estabilidad de su incidencia en el tiempo.

Para un individuo que padece un TA, la comida no tiene el mismo valor de recompensa que para un individuo sano y las dificultades neuropsicológicas que con frecuencia se asocian, pueden complicar el escenario terapéutico. Esto determina que sean enfermedades con un pronóstico ominoso, con tasas reportadas de recuperación completa de sólo un 50% en población adulta, un 30% de los pacientes logran recuperación parcial y un 20% permanecen severamente enfermos. Particularmente, la anorexia en adultos y adolescentes mayores suele tener un curso recidivante o prolongado, con niveles de discapacidad altos, especialmente en aquellos que no han recibido un tratamiento oportuno. Esto redundo en una calidad de vida pobre y alta carga de enfermedad para el individuo, la familia y la sociedad. La mortalidad en conjunto de los TA es 3 veces más alta que la depresión, la esquizofrenia o el alcoholismo, y hasta 10 veces mayor que la población general. Sus consecuencias para la salud física son severas, con efectos cardiovasculares, gastrointestinales y endocrinos que pueden persistir a lo largo de años.










PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO INTRAHOSPITALARIO

La detección y tratamiento precoz de los TA han demostrado mejorar el pronóstico de estas enfermedades, disminuyendo sus complicaciones tanto médicas como psiquiátricas y su perpetuación como enfermedad crónica. Sin embargo, con frecuencia existe resistencia al tratamiento por parte de los pacientes, asociado al temor a los cambios físicos de la realimentación y el consiguiente aumento de peso.

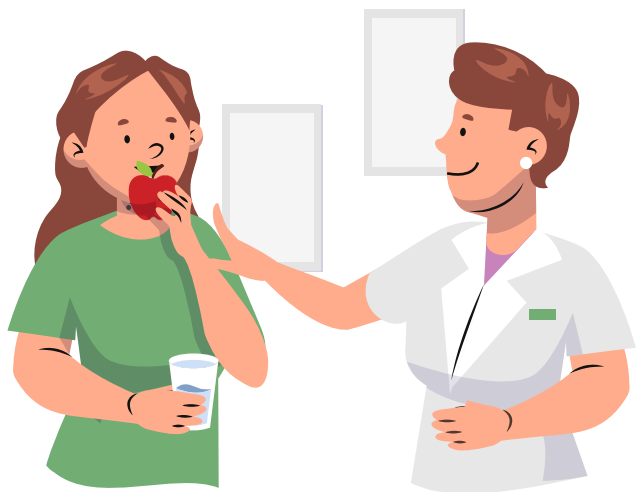
Evitar los riesgos asociados a una mala respuesta al tratamiento o a la falta de adherencia del paciente o su familia, puede requerir de un manejo intrahospitalario en cualquier momento de la enfermedad. En la Tabla 1 se exponen las indicaciones de hospitalización más habituales.

La hospitalización suele ser un evento temido, que aleja al paciente de su lugar de residencia y redes más cercanas, por lo que debiese tener la duración mínima necesaria para lograr los objetivos definidos por el equipo de una manera segura y eficaz.

Tabla 1: Principales indicaciones de hospitalización en TA

	Peso actual o pérdida de peso	Adultos: IMC <16 Adolescentes % IMC P < 75% Pérdida de peso superior al 15 % en los 3 a 6 meses anteriores Muy poca ingesta durante más de 10 días
	Presión arterial sistólica, postural	<90 mm Hg, hipotensión ortostática (↓20 mm Hg)
	Frecuencia cardíaca	<40 lpm o > 110 lpm; taquicardia postural >10 lpm
	Temperatura corporal	<36 °C
	Parámetros de laboratorio	Alteraciones en glicemia, electrolitos, albúmina, enzimas hepáticas
	Electrocardiograma	Alteraciones : Arritmias, prolongación del QT
	Síntomas alimentarios	Alimentación muy alterada, purgas, vómitos, ejercicio, cogniciones del TA muy marcadas
	Evaluación del riesgo	Ideación suicida, autoagresiones activas, agitación u otras condiciones psiquiátricas que requieren hospitalización
	Otros	Disfunción familiar severa, falla del tratamiento ambulatorio

Los objetivos de una hospitalización en paciente con TA son:



- ▶ Contener y en lo posible revertir riesgos médicos y psiquiátricos.
- ▶ Reeducar hacia una alimentación normalizada.
- ▶ Preparar a la familia para una fase ambulatoria posterior.
- ▶ Establecer un vínculo con el equipo y definir el modelo de seguimiento.

Algunos principios que permiten el cumplimiento de dichos objetivos son los siguientes:

■ Contar con un equipo especializado: el equipo a cargo del paciente debe tener conocimiento en TA y trabajar coordinadamente.

■ Abordaje multidisciplinario: siempre debe estar presente la tríada nutrición, psiquiatría y psicología. El marco de referencia propio de la Unidad de Trastornos Alimentarios de la Red UC Christus (UTAL) es la inclusión de la familia en el tratamiento, asignándole un rol de primordial importancia.

■ Protocolo alimentario y conductual desde el diagnóstico: la existencia de un protocolo que guíe todo lo referente a la alimentación (horarios, duración de las comidas, conductas esperables frente a la alimentación, uso de baño y duchas, actividad física permitida, visitas, etc.). Este protocolo (Tabla 2), que es conocido por el paciente, la familia y todos los profesionales a cargo, permite una mejor coordinación, comunicación y eficiencia en las intervenciones. Se deben evitar confusiones, triangulación de la información o generar falsas expectativas.

Tabla 2. Sugerencias para un protocolo conductual durante la hospitalización.

1

Reposo:



-Inicialmente reposo en cama hasta que cumpla 100% con la pauta alimentaria indicada, con cuidadora 24 horas. Según avances en la realimentación y estabilidad clínica, se autoriza progresar a mayores niveles de actividad (reposo relativo en cama, desplazamientos en silla de ruedas; caminar distancias cortas, actividades de poca intensidad: kinesioterapia o yoga).

2

Hidratación:



-Restricción de volumen dependiendo de la evolución de la paciente.
-Líquidos deben ser ingeridos fuera de los horarios de alimentación.

3

Signos vitales:



-Control seriado según evolución médica.

4

Alimentación:



-Pauta de 4 comidas, con alimentos sólidos, sin uso de suplementos.
-Tiempo de alimentación de 45 min.
-Deben integrarse todos los alimentos.
-Comidas acompañadas (cuidadora, familiares u otras pacientes con TA, donde se propicia la interacción constructiva, mediada por terapeutas).

5

Baño:



-Baño cerrado.
-Ingresa supervisada.
-Debe ducharse sólo después de ser pesada.

6

Visitas y llamados telefónicos:



-Inicialmente restringidas al cumplimiento de la pauta de alimentación.

7

Peso:



-Peso en ayuno 2 veces a la semana.
-Peso ciego. La paciente siempre se pesa de espaldas y no se le informa su peso.

8

Salidas terapéuticas:



-Según avanza en el tratamiento, la paciente podrá salir con algún familiar a hacer una comida en casa, luego a quedarse una noche, esto permite evaluar la capacidad de la familia para cuidar a la paciente en forma ambulatoria.

TRATAMIENTO MÉDICO NUTRICIONAL

La rehabilitación nutricional tiene por objetivo lograr una dieta saludable y equilibrada, que le permita recuperar y mantener un peso adecuado de acuerdo a su talla y edad. Se espera que en adolescentes se logre una recuperación de IMC mayor a -1 de desviación estándar o un porcentaje de IMC promedio para la edad (% IMC P) mayor 90 % (calculado por $\text{IMC actual del paciente} / \text{IMC del percentil 50 para la edad}$, multiplicado por 100) según tablas de la OMS. En adultos, se espera una recuperación de $\text{IMC} > 18.5 \text{ Kg/m}^2$.

Una encuesta alimentaria ayudará a estimar la ingesta calórica diaria, evaluar cuáles alimentos son evitados y aquellos consumidos con menos restricción.

También permitirá determinar la ingesta de vitaminas, minerales y la cantidad y tipo de líquidos ingeridos. La restricción calórica resulta siempre en un consumo bajo de todos los macronutrientes, sin embargo, existe un subgrupo de pacientes que presentan algunos déficits específicos. Esto ocurre con el calcio ante el rechazo de los lácteos, el hierro, vitamina B 12 y el zinc en pacientes vegetarianos, la tiamina y el ácido fólico si existe abuso de alcohol. El examen físico contribuirá a determinar las condiciones médicas del paciente y su gravedad.

Las complicaciones físicas de los trastornos de la conducta alimentaria pueden ser clasificadas en tres categorías:

Secundarias a la desnutrición calórico proteica.

Precipitadas por la realimentación.

Secundarias a las conductas purgativas.

La gravedad de estas complicaciones depende de la duración y severidad de la restricción dietaria, de la temporalidad y grado de disminución del peso, como también de la intensidad de las conductas purgativas.

Dentro de las complicaciones asociadas a la rehabilitación nutricional se encuentra el síndrome de realimentación (SR). Este corresponde a la disminución de al menos uno de los siguientes micronutrientes: fosfato, magnesio, potasio o tiamina, asociado a un cuadro clínico, que puede o no presentarse, caracterizado por edema periférico, insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardíaca, edema pulmonar y muerte, dentro de los primeros 5 días de iniciada la alimentación o al aumentar sustancialmente la provisión de energía. El SR ocurre en pacientes que, producto de la malnutrición, al aumentarse el aporte calórico, con la consiguiente elevación de los niveles de insulina y el cambio a anabolismo, sufren un déficit severo y potencialmente fatal de electrolitos y/o tiamina.

Aún no existe consenso respecto a los criterios diagnósticos del SR. Las discrepancias giran en torno a si deben considerarse para el diagnóstico sólo la alteración de electrolitos plasmáticos o la asociación con cuadro clínico compatible. Los factores de riesgo para el SR se resumen en la Tabla 3.

Los exámenes de rutina al momento de hospitalizar un paciente con TA incluyen hemograma, electrolitos plasmáticos, perfil bioquímico, pruebas tiroideas, 25 hidrox-vitamina D, vitamina B12 (especialmente en pacientes vegetarianos o con baja brusca de peso) y otros que dependen de la clínica. Ante la sospecha de vómitos se recomienda solicitar gases venosos y amilasa; en pacientes con riesgo moderado de SR solicitar además magnesio, pruebas hepáticas y electrocardiograma; si hay amenorrea por más de 6 meses es necesario solicitar una densitometría mineral ósea para evaluar osteopenia u osteoporosis; cuando existe sintomatología atípica solicitar una resonancia nuclear magnética cerebral.

Tabla 3: Factores de riesgo para el síndrome de realimentación (SR)

En riesgo	<p>Adultos: <18,5 IMC Niños y adolescentes: % IMC P* 80 - 90% o -1 a -1,9 DS Muy poca ingesta durante más de 5 días</p>
Alto riesgo	<p>Uno o más de los siguientes: Adultos: IMC inferior a 16 kg / m² Niños y adolescentes: % IMC P * inferior a 70 - 79 % o -1 a 2,9 DS Pérdida de peso superior al 15% en los 3 a 6- meses anteriores Muy poca ingesta nutricional durante más de 10 días Bajos niveles de potasio, fósforo o magnesio antes de la alimentación</p> <p>Dos o más de los siguientes: IMC inferior a 18,5 kg / m² Pérdida de peso involuntaria superior al 10% en los 3 a 6 meses anteriores Muy poca ingesta durante más de 5 días Un historial de abuso de alcohol o drogas, como insulina, quimioterapia, antiácidos o diuréticos (interpretar con precaución)</p>
Riesgo extremo	<p>Cualquiera de los siguientes: Adultos: IMC inferior a 14 kg / m² Niños y adolescentes: P IMC % P inferior a 70% o ≤ 3 DS Ingesta insignificante durante más de 15 días</p>

Adolescentes menores de 18 años con alto riesgo de SR: las guías Junior MARSIPAN y ASPEN recomiendan que sean monitorizados en una unidad de cuidados intermedios. Se debe comprobar el potasio, magnesio y fósforo antes de iniciar la nutrición. Iniciar alimentación con 20 Kcal/kg de peso real/día y aumentar progresivamente en un 33% cada 1 o 2 días. Considerar disminuir o detener el aumento de calorías si los electrolitos se vuelven difíciles de corregir o caen durante la realimentación. Monitorear potasio, magnesio y fósforo cada 12 horas los primeros 3 días y luego controlar hasta 7 días post inicio de la alimentación. Antes de iniciar la alimentación, administrar tiamina 2 mg/kg/día, con un máximo de 100-200 mg/día y continuar con la suplementación durante 5 a 7 días. Suplementar además con un multivitamínico oral y monitorizar el balance hídrico. Posteriormente aumentar el aporte calórico en 200 Kcal cada 48 horas hasta alcanzar un aporte nutricional que permita recuperar peso.

Adultos con alto riesgo de SR: se recomienda que sean monitorizados en unidades de cuidados intermedios. Los aportes iniciales de calorías son variables entre 5-20 Kcal/día, dependiendo de la condición del paciente, se sugiere que alcance sólo un 25% de los requerimientos totales. El balance hídrico debe ser estricto, con aportes de 20-30 mL/kg/d, con máximo volumen total de 1000 mL/d, para evitar la sobrecarga de volumen. La administración de tiamina recomendada es de 50-100 mg por vía ev o 100 mg vía oral, manteniendo el aporte 5 a 7 días. Se debe limitar la ingesta de hidratos de carbono a 100-150 gr/día, considerando tanto los aportes orales como otros aportes por vía endovenosa. Como medida de prevención de SR se puede administrar fosfato 10-15 mmol por cada 1000 kcal.

Las anormalidades leves o moderadas en la función hepática no deben retrasar el aumento en el aporte calórico. Una vez que el paciente esté estable, puede ser trasladado a una sala médica o psiquiátrica para continuar con su tratamiento. Se debe monitorizar estrictamente el peso considerando que un aumento de peso mayor a 200 g/día es el resultado de una retención hídrica.

Tabla 4: Recomendaciones de aportes de fósforo, magnesio y potasio (en pacientes adultos) para la corrección de deficiencias en el SR.

Hipofosfatemia	Dosis IV	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> · Leve 2,3-2,7 mg/dL (asintomática) · Moderada 1,5-2,2 mg/dL (asintomática) · Severa <1,5 mg/dL (sintomática) 	<p>0,08-0,16 mmol/kg</p> <p>0,16-0,32 mmol/kg</p> <p>0,32-0,64 mmol/kg</p>	<p>Mitad de dosis en Insuf. Renal</p> <p>1 amp 10 mL KH₂PO₄ al 15% = 1,5 g = 11 mmol H₂PO₄</p>

Tabla 4: (Continuación) Recomendaciones de aportes de fósforo, magnesio y potasio (en pacientes adultos) para la corrección de deficiencias en el SR.

Hipomagnesemia	Dosis IV	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> · Leve/Mod 1-1,5 mg/dL (asintomática) · Severa <1 mg/dL (sintomática) 	<p>8-32 mEq hasta 1 mEq/kg</p> <p>32-64 mEq hasta 1,5 mEq/kg</p>	<p>Mitad de dosis en Insuf. Renal</p> <p>1 amp 5 mL MgSO₄ al 25% = 1,25 g = 10 mEq Mg</p>

Hipokalemia	Dosis IV	Velocidad infusión	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> · Leve/Mod 2,5-3,4 mEq/L (asintomática) · Severa <2,5 mEq/L (sintomática) 	<p>20-40 mEq</p> <p>40-80 mEq</p>	<p>10-20 mEq K/h Máx: 40 mEq K/h</p>	<p>Mitad dosis en Insuf. Renal Monitorizar ECG 1 amp 10 mL KCl al 10% = 1g = 13 mEq K</p>

Pacientes con bajo riesgo de SR: pueden ser hospitalizados en unidades de baja complejidad y se recomienda desde el inicio un aporte de 1500 kcal (30-40 Kcal/kg/día) con incrementos de 200 Kcal/día cada 24-48 hr para evitar la hipoalimentación y una baja de peso que prolongue su hospitalización. Realizar monitoreo de electrolitos y si el fósforo y/o magnesio disminuyen, suplementar y evitar progresar en el aporte calórico hasta que se estabilice. El aporte calórico final podría llegar e incluso superar las 3000 Kcal/día en algunos casos.

La vía de alimentación preferente es la vía oral, priorizando la alimentación sólida. Existen reglas para la alimentación, las cuales contemplan que los grupos de alimentos no son negociables (ver Tabla 2). Si el paciente rechaza de manera reiterativa la alimentación, se podría usar un suplemento líquido (1 a 2 kcal/ml), sin embargo su uso frecuente puede reforzar las conductas de evitación frente a alimentos habituales, por lo que no se recomienda como parte del manejo de los TA. La nutrición enteral mediante sonda nasogástrica no es aconsejable, ya que se asocia a mayor riesgo de recaídas, pero se podría utilizar si la situación es muy grave y la negativa del paciente a colaborar es absoluta. La vía parenteral no es recomendable, salvo que no sea posible otra forma de nutrición.

La distribución de macronutrientes de la dieta es similar a la recomendada para la población general, pero con un mayor aporte proteico, considerando la depleción proteica observada en más de un tercio de los pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa ingresados a hospitalización. Las dietas vegetarianas secundarias al trastorno alimentario en general, no debieran mantenerse. La ganancia de peso gradual

es el elemento más importante en el tratamiento de la anorexia. El incremento de peso esperado es de 500 a 1500 gramos a la semana. Se recomienda suplementar desde el primer día con multivitamínicos que contengan el 200% de la dosis diaria recomendada. Se sugiere usar alimentos lácteos por ser ricos en fosfato y si fuera necesario, corregir hipofosfatemia e hipomagnesemia por vía oral. Los niveles plasmáticos de vitamina D deben corregirse para llegar a valores sobre 30 ng/ml y suplementar otros micronutrientes (vitaminas del complejo B, zinc y hierro).

En los pacientes con bulimia, el tratamiento nutricional debe además contemplar las complicaciones derivadas del uso de diuréticos o laxantes. Se debe recuperar un patrón normal de alimentación, incluir todo tipo de alimentos y evitar los períodos de restricción alimentaria o ayuno prolongado. El aporte calórico dependerá del estado nutricional, la recuperación del peso es prioritaria en un paciente desnutrido. En casos de sobrepeso u obesidad no es prioridad lograr un peso normal, en una primera etapa se debe apuntar a restablecer un patrón alimentario saludable.

TERAPIA FAMILIAR DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

Nota: se utiliza el término “padres” o “familiares” aludiendo a los cuidadores del paciente.

El modelo de intervención de la UTAL es sistémico relacional, por lo que la terapia familiar se inicia desde el ingreso del paciente. El equipo UTAL aprovecha la intensidad que supone el evento de la hospitalización en una familia para aumentar la conciencia de enfermedad y el involucramiento de todos los miembros de ésta, poniendo énfasis en las pautas relacionales que mantienen el síntoma y la reparación de los vínculos. Se pide el compromiso de ambos padres en la asistencia a todas las intervenciones a las que sean citados, insistiendo en la importancia de la inclusión del padre. La familia y/o cuidadores pueden participar en Terapia Familiar (TF) u otras Intervenciones Familiares (IF), como grupos de padres, actividades psicoeducativas y de contención otorgadas por los distintos especialistas del equipo. También la familia puede tener un rol activo en la alimentación supervisada de sus hijos.

Consideraciones para las IF a considerar por los terapeutas:

Los pacientes y sus familias tienden a llegar a la hospitalización desesperanzados, desconfiados, cansados de intentos que no han resultado, con altos niveles de sobreprotección, hostilidad y criticismo en las interacciones familiares, producto del desgaste y la acomodación a la enfermedad (por ejemplo, para evitar el conflicto y/o aumentar la angustia del paciente la familia se “acomoda” a seguir sus deseos en la alimentación, dejar de hablar ciertos temas, no poner límites, etc).

Los pacientes y su familias suelen funcionar con un alto nivel de disociación, por lo que es frecuente la tendencia a dividir a los equipos (por ejemplo, cambian la información, hablan mal de un profesional del equipo delante de otro, etc). Es fundamental para la evolución positiva del tratamiento la coordinación entre terapeutas y el equipo de hospitalización, así como también compartir las comprensiones y el tipo de intervenciones que se consideran atingentes al TA. Esta coherencia del equipo tratante sostiene la confianza en el tratamiento, calma las ansiedades de todos y promueve que todos se unan en torno al mismo objetivo de recuperación.

Es recomendable que el terapeuta se preocupe de averiguar las distintas experiencias de los tratantes del equipo multidisciplinario con el paciente y su familia. Esto le permite contar en poco tiempo con una gran diversidad de información sobre las dinámicas familiares, las que muchas veces no aparecen en la consulta. (por ejemplo, enfermería tiene una experiencia cotidiana con la paciente, sus llamadas, visitas, etc).

En hospitalización la intervención psicoterapéutica es más intensa, interactiva y psicoeducativa que en lo ambulatorio. La sesión puede realizarse en la pieza con la paciente en la cama, en una sala, el comedor, etc. Es beneficioso también incluir en las TF a otros miembros del equipo. La hospitalización abre un umbral de posibilidades terapéuticas novedosas que exigen creatividad y flexibilidad de parte de los tratantes.

Intervenciones terapéuticas recomendadas:

- ▶ Acompañar a la paciente y su familia a vincularse con todo el equipo.
- ▶ Ajustar las expectativas de la hospitalización: se espera mejorar a través de la intervención en crisis, no una curación total.
- ▶ Formular la hospitalización como una oportunidad de empoderar a la familia, salir de la desesperanza al identificar pautas interaccionales que sostienen la enfermedad en las que todos participan, junto con entregarles herramientas para modificarlas.
- ▶ Poner a los padres a cargo del cuidado del paciente y que éste logre dejarse cuidar. Establecer lazos de conexión entre el paciente y su entorno familiar.
- ▶ Externalizar y objetivar la enfermedad poniéndole un “nombre” que es manejado por todo el equipo.
- ▶ Se trabajan los síntomas alimentarios como una metáfora del sistema familiar. Es a través de preguntar qué come, cómo come, con quién, etc, y preguntas circulares que van tejiendo las comprensiones sobre las interacciones familiares que sostienen la enfermedad.
- ▶ Indagar en la línea de tiempo familiar los eventos ocurridos en torno al comienzo de los síntomas.
- ▶ Modelar como equipo la contención que la paciente necesita: límites claros para seguir las indicaciones nutricionales (“fuertes contra la enfermedad”) y simultáneamente acompañar a la paciente en una actitud de escucha compasiva y validación de sus emociones. Ver bajo la enfermedad a la persona enferma que se siente sola, vulnerable, no vista (“ceranos con la persona”).
- ▶ Trabajar con la familia y el equipo de hospitalización el alta progresiva, que implica ir evaluando en conjunto la capacidad de cuidado de los padres en las salidas desde la hospitalización hacia la casa para seguir el tratamiento ambulatoriamente.

Guías para un proceso terapéutico de salida de la hospitalización:



- Presencia de conciencia de enfermedad en paciente y familia.
- Obtención de recursos suficientes para mantener la pauta alimentaria en el manejo ambulatorio.
- Acuerdo entre familia, paciente y equipo respecto al encuadre en el que seguirá el tratamiento ambulatorio.

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y USO DE PSICOFÁRMACOS

Los objetivos del médico general o del psiquiatra en la hospitalización de agudos son realizar un diagnóstico integral, descartar diagnósticos diferenciales, detectar comorbilidades y evaluar la necesidad del uso de psicofármacos. Habitualmente, el médico asume como tratante del caso y coordina las múltiples intervenciones que serán

necesarias, velando por el cumplimiento del protocolo alimentario y conductual establecido por la unidad que recibe al paciente. Es por esto, que su rol de comunicador y de agente de psicoeducación para paciente y familia es crucial.

Principios del uso racional de psicofármacos en TA:

- ▶ No se ha demostrado utilidad de ningún psicofármaco como tratamiento específico.
- ▶ Los psicofármacos pueden ser de utilidad para el manejo sintomático de la ansiedad y de la hiperactividad motora.
- ▶ Su uso debe ser con precaución debido a las frecuentes alteraciones sistémicas asociadas a la desnutrición.
- ▶ Es esperable que muchos síntomas psiquiátricos cedan a la realimentación.

Dado lo anterior, el uso de psicofármacos siempre debiese ser cauteloso y con un objetivo claro para el clínico. Por otra parte, el uso de psicofármacos no suele ser exitoso como tratamiento único y aislado de otras intervenciones. La presencia de síndromes ansiosos y depresivos asociados a los trastornos alimentarios es muy frecuente y los psicofármacos pueden proveer alivio en estas circunstancias, particularmente frente a la ansiedad frente a la realimentación. Siempre que se pueda, es ideal esperar antes del inicio de un fármaco el alivio sintomático proveniente de la psicoterapia y/o el manejo nutricional. Así también, pueden existir otras comorbilidades psiquiátricas en las cuales la indicación de uso de un psicofármaco es perfectamente razonable como una indicación en la primera etapa del tratamiento.

En general, los medicamentos de mayor uso han sido los antidepresivos inhibidores de la recaptura de serotonina (particularmente fluoxetina y sertralina), antipsicóticos atípicos (particularmente la olanzapina, quetiapina y aripiprazol) y ansiolíticos como las benzodiacepinas. La dosis a usar debiesen ser las mínimas necesarias para obtener respuesta, por lo que se aconseja iniciar tratamiento con dosis bajas y aumentar lentamente considerando y monitoreando los potenciales riesgos (ej, alteraciones en el ECG por uso de antipsicóticos, excesiva sedación y riesgo de caídas).

PLANIFICACIÓN DEL ALTA HOSPITALARIA

El enfoque multidisciplinario y la coordinación de equipo, permiten decidir entre todos los profesionales involucrados cuándo es el momento propicio para el alta. Se espera que los tres ejes del tratamiento, explicados a continuación, se encuentren en mayor equilibrio.

Desde el punto de vista nutricional, el paciente debe estar estable, sin alteraciones de los parámetros de laboratorio, cumpliendo con indicaciones y con un peso mínimo aceptable y con tendencia hacia la normalización. Desde el punto de vista familiar, la familia tiene más recursos para poder implementar los cuidados en la casa, seguir la pauta alimentaria, las indicaciones del tratamiento y sostener emocionalmente

al paciente fuera de la hospitalización. Del punto de vista psiquiátrico, el paciente debe estar compensado en cuanto a la comorbilidad (por ej. disminución significativa del riesgo suicida) con mayor conciencia de enfermedad y disposición hacia el tratamiento.

Es fundamental el enlace hacia el tratamiento ambulatorio como una de las prioridades a resolver durante la hospitalización, de modo que al alta exista continuidad de los cuidados y no ocurran retrocesos a los avances obtenidos. De ser posible, el equipo ambulatorio hará algunas sesiones durante la hospitalización e iniciará un proceso de coordinación con el equipo intrahospitalario y de vínculo con paciente y familia.



REFERENCIAS

- AED. Eating disorders. A guide to medical care. AED report 2016. 3rd edition. Disponible en www.aedweb.org/Medical_Care_standards
- Benjamin, J. Beyond doer and done to: Recognition theory, intersubjectivity and the third. New York, United State: Routledge; 2018.
- Centre for Eating and Dieting Disorders. Guidelines for the Inpatient Management of Adult Eating Disorders in General Medical and Psychiatric Settings in NSW. NSW Ministry of Health, 2014.
- Da Silva JSV, Seres DS, Sabino K, Adams SC, Berdahl GJ, Citty SW, et al. ASPEN consensus recommendations for refeeding syndrome. *Nutr Clin Pract*. 2020;35(2):584-585.
- Espina, A. Terapia familiar sistémica en los trastornos alimentarios. Málaga. En J.A. Ríos (Ed.) *Personalidad, madurez humana y contexto familiar*. Madrid. CCS. 2009.
- Friedli N, Stanga Z, Culkin A y cols. Management and prevention of refeeding syndrome in medical inpatients: An evidence-based and consensus-supported algorithm. *Nutrition* 2018;13-20.
- Garber AK, Sawyer SM, Golden NH, Guarda AS, Katzman DK, Kohn MR, et al. A systematic review of approaches to refeeding in patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2016; 49 (3): 293-310.
- Haas V. Incomplete total body protein recovery in adolescent patients with anorexia nervosa. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2018; 107(3): 303–312. Disponible <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqx061>
- Irribarra V, Maíz A. Nutrición en marasmo, caquexia y síndrome de realimentación. En *Manual de Terapia Nutricional en el paciente hospitalizado*. Editorial Mediterráneo. 2018. Págs. 107-115.
- Jara R, Vogel M, Urrejola P. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos en el hospital general. En Calderón J, González M, Arteaga MI, editores. *Psiquiatría de enlace y medicina psicosomática*. 2da edición. Santiago: Mediterráneo. De próxima aparición 2022.
- Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, et al. Epidemiology and course of Anorexia Nervosa in the Community. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1259-65.
- Kohn MR, Madden S. Critical appraisal of the management of severe malnutrition. *J Paediatr Child Health* 2007; 43:320.
- Marikar D, Reynolds S, Moghraby OS. Junior MARSIPAN (Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa). *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2016;101(3):140–3.

- National Institute for Health and Care Excellence 2017. Eating Disorders: recognition and treatment Full guideline Clinical Guideline Methods, evidence and recommendations May2017. Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment->
- NICE National Clinical Practice Guideline: Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders, National Institute for Clinical Excellence, London, UK. 2004.
- Neville H. Golden, Debra K. Katzman, Susan M. Sawyer, Rollyn M. Ornstein, Ellen S. Rome, Andrea K. Garber, Michael Kohn, and Richard E. Kreipe. Update on the Medical Management of Eating Disorders in Adolescents. Journal of Adolescent Health 2015; 56: 370-375.
- O'Connor G, Nicholls D. Refeeding Hypophosphatemia in Adolescents with Anorexia Nervosa: A Systematic Review. Nutrition in Clinical Practice. 2013; 28 (3) 358-364.
- Robinson P, et al. MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa. R. Coll. Physicians London. 2014.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrist Clinical Practice Guidelines Team for Anorexia Nervosa. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa. Aust N Z J Psychiatry 2004; 38: 659-70.
- Royal College of Psychiatrists. Junior MARSIPAN: Management of Really Sick Patients under 18 with Anorexia Nervosa. College Report 168. London, UK: Royal College of Psychiatrists 2012. College Report CR168. January 2012. Disponible en <http://www.rcpsych.ac.uk>
- Steinhausen H. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. Am J Psychiatry 2002; 159: 1284-93.
- Sterlin, H& Weber,G. ¿Qué hay detrás de la puerta de la familia? Barcelona; Gedisa. 1997.
- Stern, D. The Present Moment in Psychotherapy and Every Life. New York: Norton y Company; 2004.
- Stierlin, H. El Individuo en el Sistema. España: Herder; 1997.

- Suárez-Pinilla P, Peña-Pérez C, Arbaizar-Barrenechea B, Crespo-Facorro B, Del Barrio JA, Treasure J, et al. Inpatient treatment for anorexia nervosa: a systematic review of randomized controlled trials. *J Psychiatr Pract* 2015; 21 (1): 49-59.
- The Royal College of Psychiatrists, Physician and Pathologists. MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa. College Report CR189. London, UK: Royal College of Psychiatrists, 2014.
- van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry*. 2021 Nov 1;34(6):515-524.
- Vásquez N, Urrejola P, Vogel M. Actualizaciones en el manejo intrahospitalario de la anorexia nerviosa: recomendaciones prácticas. *Rev Med Chile* 2017; 145: 650-656.
- Wade TD. Recent research on bulimia nervosa. *Psychiatr Clin North Am* 2019; 42(1):21–32. doi:10.1016/j.psc.2018.10.002
- Whitelaw MH, Gilbertson H, Lam P-Y, et al. Does aggressive refeeding in hospitalized adolescents with AN result in increased hypophosphatemia? *J Adolesc Health* 2010; 46:577–582.

