

# ● trastornos de la conducta alimentaria

## Definición funcional:

Conjunto de actividades de detección, atención y tratamiento de los problemas emocionales, relacionales, psicológicos y físicos que puedan aparecer en torno a la alimentación y a la imagen corporal, que cumplan los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN), según la CIE-10, sin límites de edad.

## Normas de calidad

### Atención Primaria

- A todos los pacientes con síntomas y signos de sospecha se les realizará una exploración física inicial que incluirá: peso y talla, cálculo de IMC y comparación de percentiles en el caso de niños y adolescentes, frecuencia cardíaca, TA y temperatura.
- La confirmación diagnóstica del TCA, según criterios de la CIE-10, no debe ser superior a un mes desde la primera visita.
- Los criterios para el diagnóstico de TCA son los siguientes:
  - **Anorexia nerviosa (AN):**
    - Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.
    - Temor intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
    - Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación, o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
    - Amenorrea en las mujeres postpuberales.
  - **Anorexia nerviosa atípica:**
    - Cuando falta alguna de las características típicas de la anorexia nerviosa.
  - **Bulimia nerviosa (BN):**
    - Presencia de atracones recurrentes acompañados de conductas compensatorias inapropiadas con el fin de no ganar peso.
    - Los atracones son frecuentes y persistentes.
    - La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
    - La alteración no aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.
  - **Bulimia nerviosa atípica:**
    - Cuando falta alguna de las características típicas de la bulimia nerviosa.
- Los pacientes con diagnóstico confirmado o con clara sospecha, mayores de 18 años, serán derivados al Servicio de Endocrinología y al equipo de Salud Mental del distrito; y los menores de 18 años, a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

## [trastornos de la conducta alimentaria]

## Atención Especializada

**ESMD/ USMIJ/ Endocrinología**

- La entrevista de acogida y valoración inicial del paciente y de la familia se realizará siempre antes de 15 días desde la solicitud de asistencia.
- La evaluación psiquiátrica y psicológica del paciente y de la familia no será más tarde de 15 días desde la entrevista de acogida.
- La evaluación psicométrica del paciente se realizará en función de los aspectos que precisen ser explorados (problema alimentario, personalidad previa o detección de otra patología asociada). Se podrán utilizar cuestionarios de conducta alimentaria, de imagen corporal, de personalidad, de otra psicopatología, así como test neuropsicológicos y proyectivos.
- Se realizará una evaluación social y de la red sociofamiliar: valoración de las relaciones sociales, grado de apoyo social y familiar, disfunciones sociales en la familia, problemática social, laboral o de formación asociadas.
- El Endocrinólogo realizará una valoración orgánica-nutricional en un periodo máximo de tiempo de 15 días tras la petición. Completará la historia clínica en los aspectos orgánicos y nutricionales, determinará si son necesarios nuevos estudios complementarios en función de la situación clínica del paciente, y planificará la dieta y el objetivo de peso.
- El equipo de Salud Mental realizará un plan individualizado de tratamiento (PIT) en el que conste:
  - Definición del problema según el diagnóstico y las áreas perturbadas.
  - Formulación de los objetivos psicoterapéuticos.
  - Elección de técnicas terapéuticas y actividades específicas.
  - Plazos para la evaluación terapéutica.
- Tras la decisión terapéutica se presentará el PIT a paciente y familia, informando sobre:
  - Quién es el personal implicado en el tratamiento.
  - Técnicas que se deben utilizar.
  - Tiempo de realización.
  - Plazos de evaluación.
- La intervención psicoterapéutica como base del tratamiento en AN y BN está fundamentada en el establecimiento y mantenimiento de una relación psicoterapéutica informada y consagrada en el contrato terapéutico.
- Los profesionales responsables del ESMD/USMIJ y el Endocrinólogo mantendrán reuniones de coordinación para el seguimiento del PIT y la evaluación terapéutica continuada en cada área de tratamiento, al menos cada 3 meses; o bien a demanda de cualquiera de los implicados en el caso, según la necesidad detectada, para cambiar la estrategia terapéutica o derivar a otro dispositivo si la evolución no ha sido satisfactoria.
- La finalización del proceso tendrá lugar cuando la mejoría clínica sea evidente y permita la incorporación del paciente a la vida cotidiana, verificando que durante un periodo de tiempo superior a dos años cumple los siguientes criterios:
  - Mantenimiento del peso y ausencia de alteraciones nutricionales.
  - Ausencia de peculiaridades alimentarias perjudiciales para la salud.
  - Vida relacional adecuada.



## [trastornos de la conducta alimentaria]

- Relaciones familiares que permitan y favorezcan su independencia.
- Sentimientos asociados a la percepción corporal no excesivamente displacenteros, molestos o desagradables.

**Hospitalización parcial/ USMIJ-HD/ HDSM**

- La hospitalización parcial (HD) está indicada cuando se cumplan alguno de los siguientes criterios:
  - Somáticos:
    - Cuando al inicio o durante la evolución del proceso aparezca una situación nutricional inestable que precise para su control revisiones inferiores a 15 días.
    - Trastornos electrolíticos que requieran suplemento (potasio  $<3,5$  y  $>$  de 3 meq/l, hipoproteinemia moderada).
    - No presenta criterios de ingreso completo.
    - Al alta de la hospitalización completa.
  - Psíquicos:
    - Pacientes con grave aislamiento social, dificultades relacionales graves o de autonomía personal secundarios al TCA.
    - Necesidad de tratamiento intensivo y/o precoz, previniendo el deterioro en sus capacidades cognitivas, emocionales y relacionales.
    - Escasa vinculación con ESMD/USMIJ o descompensaciones continuas.
    - Episodios frecuentes de atracones y/o purgaciones.
    - Pacientes sin descompesación orgánica pero que precisan control de la conducta alimentaria y educación nutricional.
    - Capacidad para trabajar en actividades grupales.
- Se garantizará la valoración por el facultativo responsable de la HD en un periodo de tiempo inferior a 7 días.
- En la primera semana se coordinarán los profesionales del equipo para:
  - Definir el PIT, que incluirá los siguientes aspectos:
    - Definición del problema según el diagnóstico y las áreas perturbadas.
    - Formulación de los objetivos psicoterapéuticos y nutricionales.
    - Elección de técnicas terapéuticas y actividades específicas.
    - Planificación de las intervenciones individualizadas, según protocolos específicos.
    - Tipo de seguimiento y control terapéutico.
    - Designación del responsable del caso entre los profesionales implicados en el tratamiento y sus áreas de intervención.
- Los profesionales de la USMIJ-HD/ HDSM mantendrán reuniones de coordinación diaria y, al menos, dos veces por semana con el Endocrinólogo para la evaluación de la consecución de objetivos, y la evaluación terapéutica continuada en cada área de tratamiento.
- El alta de hospitalización parcial por mejoría del paciente se producirá cuando:
  - La situación médica sea estable y la recuperación ponderal adecuada.
  - Exista un control significativo de las alteraciones conductuales.
  - Exista garantía, desde el punto de vista psicológico y familiar, de seguimiento en las áreas más relevantes.
  - Exista garantía del cumplimiento de los objetivos post-alta.

## [trastornos de la conducta alimentaria]

- Tras el alta de hospitalización parcial el paciente siempre será derivado al ESMD/ USMIJ.

**Hospitalización completa: USM-HG/ Endocrinología/ Servicio de Pediatría**

- La hospitalización completa está indicada cuando se cumplan alguno de los siguientes criterios:
  - Somáticos:
    - Pérdida de peso superior al 25% con respecto al previo en menos de 6 meses o al 10% en 1 mes.
    - Frecuencia cardíaca < de 50 spm o TA < 90/60 mmHg o 80/50 en niños, y/o síntomas derivados.
    - Potasio < 3 meq/l o Na < 130 mg/dl, y/o alteraciones en ECG.
    - Hipoproteinemia severa y/o edemas en miembros inferiores.
    - Hipoglucemia persistente y/o hipertransaminasemia (APA).
  - Psíquicos:
    - Cuando el TCA se vea acompañado de uno de los siguientes trastornos: trastorno obsesivo-compulsivo grave, esquizofrenia, depresión grave, trastorno por adicción, psicosis sintomática, trastorno del control de los impulsos.
    - Dificultades de diagnóstico diferencial.
    - Ideación-conducta autolítica directa o indirecta.
    - Conflicto familiar severo que impida la posibilidad de aplicar las normas terapéuticas prescritas en el domicilio.
    - Conocimiento de presencia de estresores o del peso previo a recaídas anteriores y que es señal o señales de declive rápido.
  - Otros:
    - Negativa absoluta a comer o imposibilidad de control de conductas bulímicas.
    - Fracaso del tratamiento ambulatorio.
    - Embarazo con riesgo de aborto.
    - Lejanía geográfica respecto al centro de tratamiento.
- La entrevista de acogida y de valoración inicial del paciente y de su familia debe realizarse con los mismos criterios que en los otros dispositivos, salvo que en la hospitalización completa la historia debe estar concluida al tercer día del ingreso.
- El Endocrinólogo debe valorar el estado orgánico-nutricional diariamente mientras dure el ingreso.
- El equipo multidisciplinar diseñará el PIT, especificando:
  - Definición del problema (o problemas) según el diagnóstico y las áreas perturbadas.
  - Formulación de los objetivos psicoterapéuticos y nutricionales.
  - Elección de técnicas terapéuticas y actividades específicas.
  - Evaluación terapéutica: tipo y plazos.
- Los miembros del equipo de la USM-HG, así como el Endocrinólogo con la Enfermera que presta cuidados al paciente, mantendrán reuniones de coordinación diaria, y al menos dos veces por semana todos juntos para la evaluación del nivel de consecución de los objetivos.
- El alta por mejoría del paciente tendrá siempre como destino la hospitalización parcial, y se producirá cuando:
  - La situación médica sea estable y la recuperación ponderal adecuada.
  - Exista un control significativo de las alteraciones conductuales.



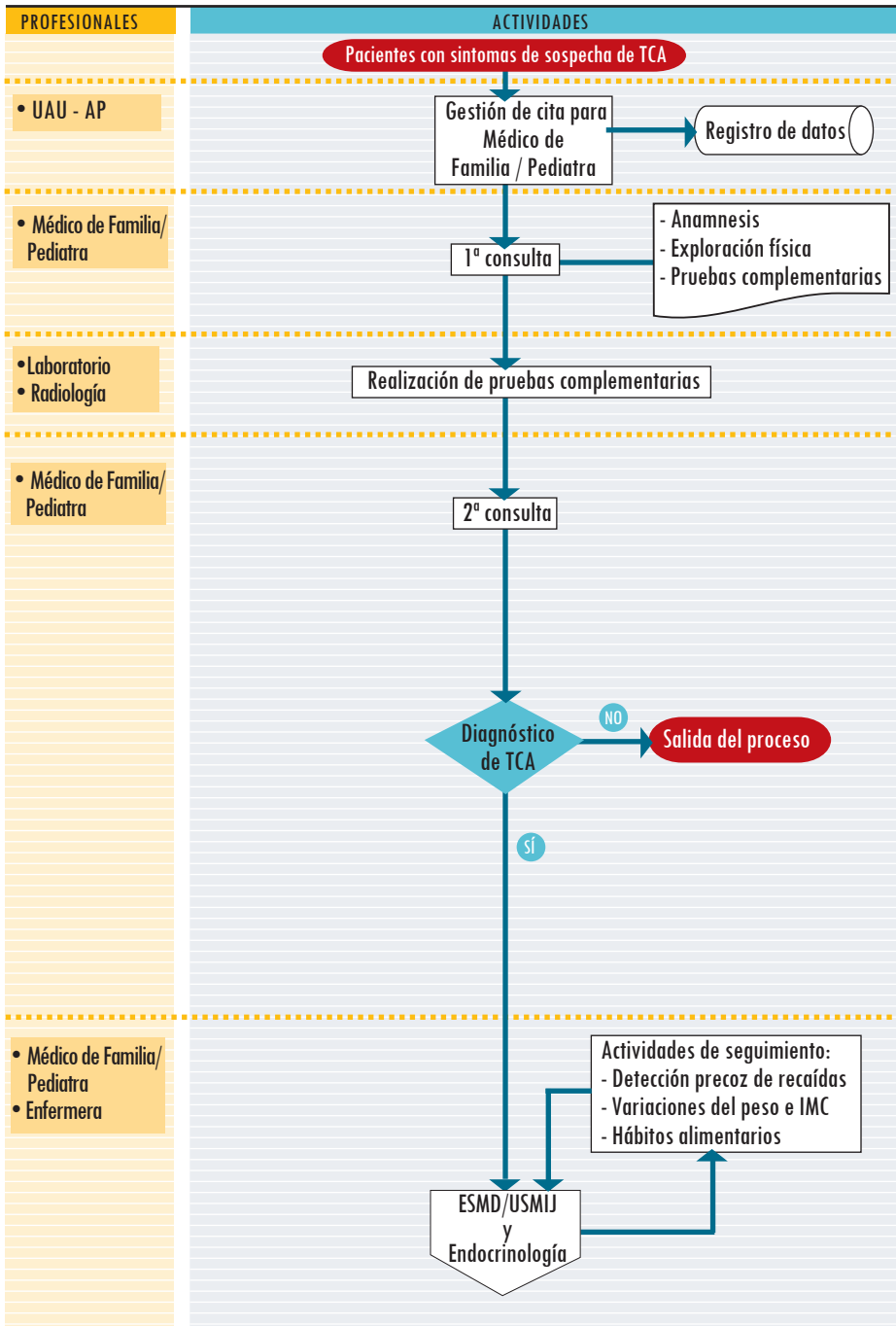
## [trastornos de la conducta alimentaria]

- Se mantendrá una coordinación con los otros dispositivos de la red de Salud Mental, Endocrinología, y servicios hospitalarios y sociales para garantizar la continuidad asistencial al paciente.

### Normas de calidad incluidas en el Contrato Programa Consejería/SAS.

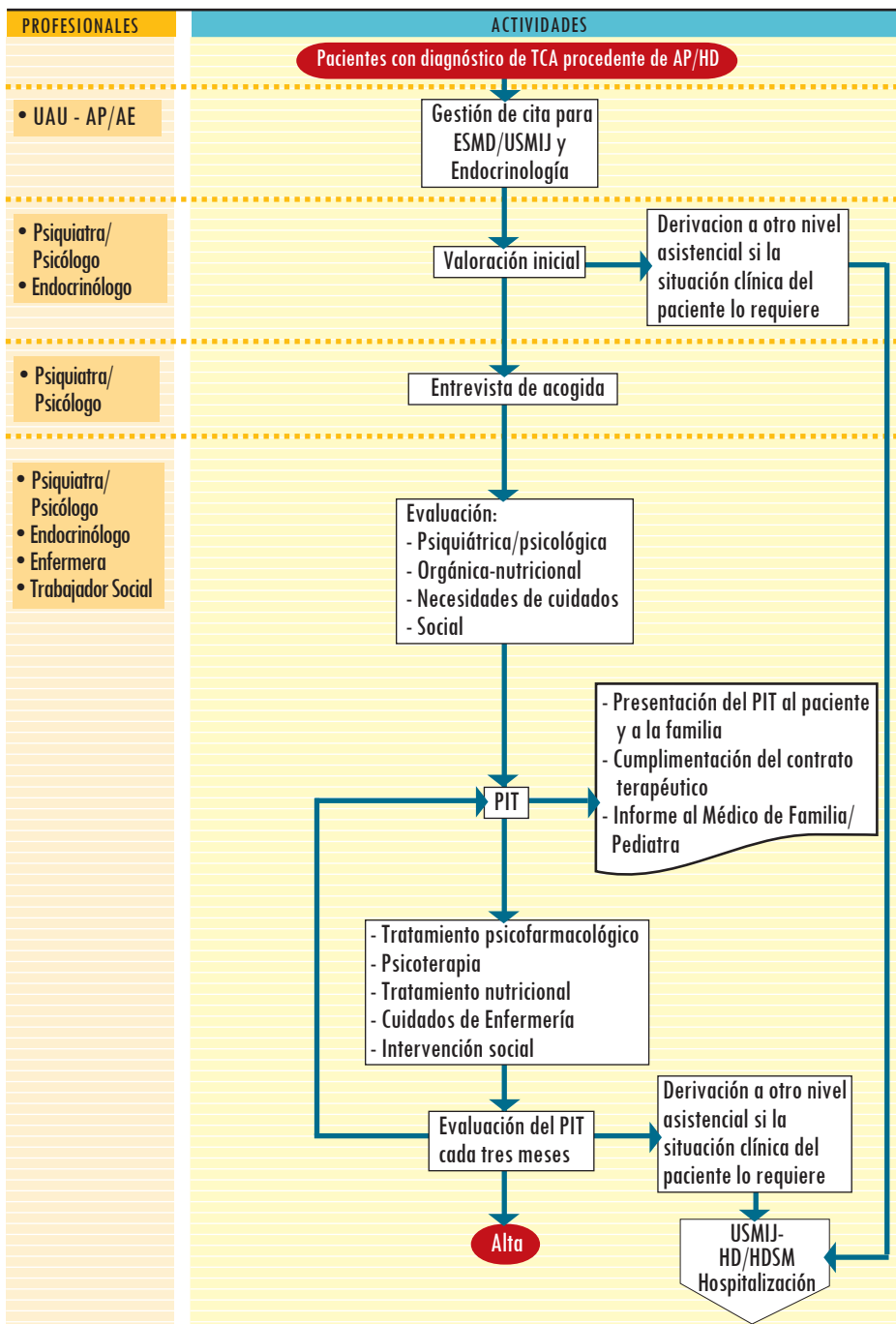
- Salvo en situaciones de riesgo, todo paciente con trastorno de la conducta alimentaria (TCA) tendrá establecido el diagnóstico y el plan terapéutico individual en un plazo inferior a dos meses desde la primera consulta.
- La entrevista de acogida y la valoración orgánica-funcional en ESM-USMIJ-Endocrinología tienen que estar realizadas antes de 15 días desde la solicitud de asistencia.
- La confirmación diagnóstica del TCA en AP, según criterios de la CIE-10, no debe ser superior a un mes desde la primera visita. Si en este periodo de tiempo no se ha podido confirmar el diagnóstico, pero se tienen sospechas fundadas de la presencia de un TCA, se derivará al paciente a Atención Especializada para su valoración.

### ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: AP

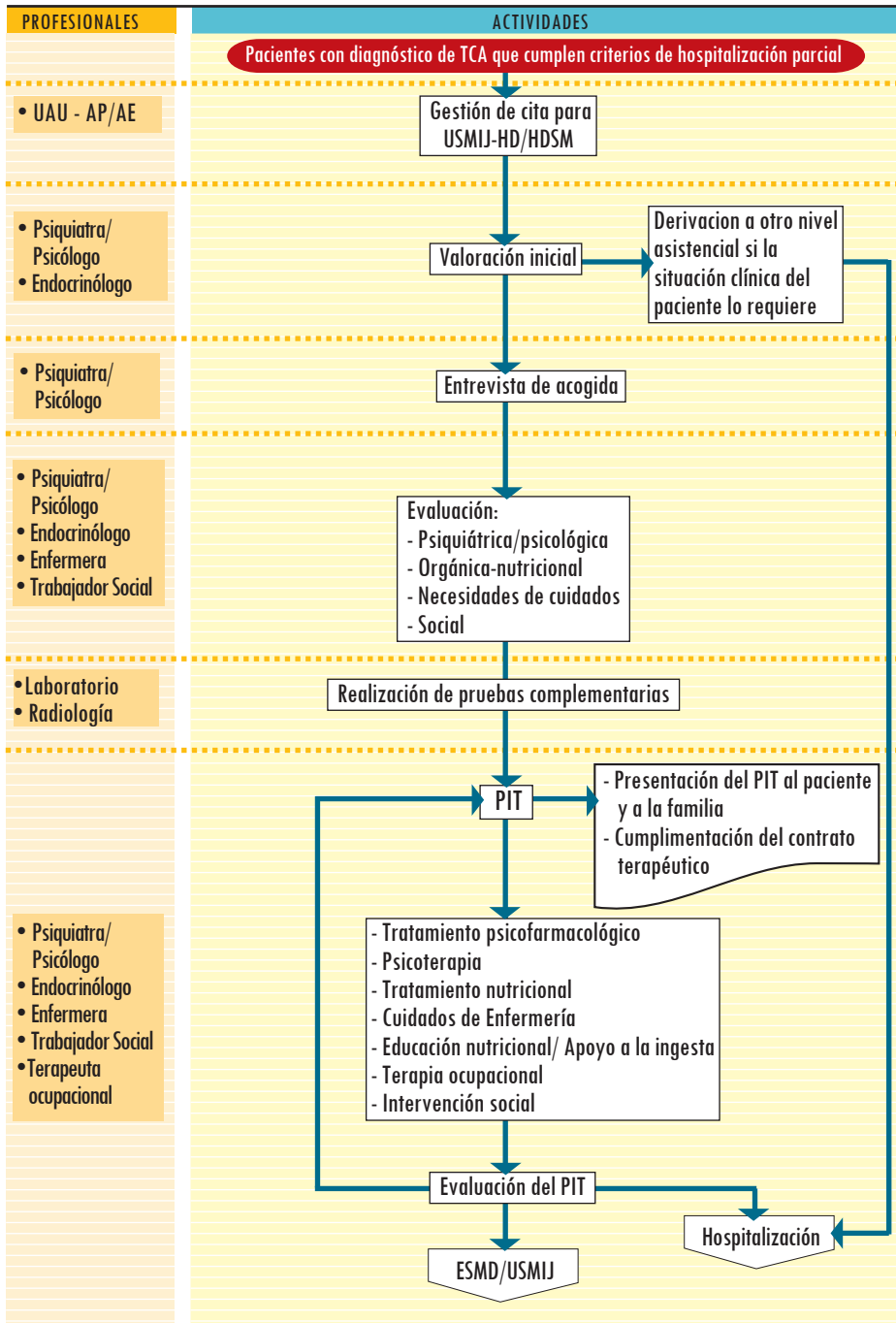


[trastornos de la conducta alimentaria]

### ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: AE. ESMD/USMIJ y Endocrinología



### ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: AE. Hospital de Día





[trastornos de la conducta alimentaria]

**ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: AE. Hospitalización**

