

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

**ACTUALIZACIÓN
2012**

Prevención y Diagnóstico Oportuno de los
**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA: ANOREXIA NERVIOSA Y
BULIMIA NERVIOSA**
en el Primer Nivel de Atención

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **SS-113-08**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Avenida Paseo de La Reforma # 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual, por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones, y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en algún procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita con fines de enseñanza y actividades no lucrativas dentro del Sistema Nacional de Salud.

Debe ser citado como: **Prevención y diagnóstico oportuno de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en el primer nivel de atención.** México: Secretaría de Salud; 2012.

Actualización parcial 2012.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-10: F00-F099 Trastornos mentales y del comportamiento
F50 Trastornos de la ingestión de alimentos:
F500 Anorexia nerviosa, F502 Bulimia nerviosa

GPC: Prevención y diagnóstico oportuno de los trastornos de la conducta alimentaria:
anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en el primer nivel de atención

AUTORES, COORDINADORES Y VALIDADORES 2008

Autores			
Dra. María Antonieta Hernández Franco	Medicina General / Salud Pública con concentración en Administración	Servicios de Salud de Morelos	Subdirectora de Enseñanza, Investigación y Capacitación
M en ASS Laura M. Urbáez Castro	Química, Desarrollo de Fármacos, Validación de Metodología Analítica, Procesos de Evaluación y Auditoría/ Administración de Servicios de Salud	Servicios de Salud de Morelos.	Coordinadora Estatal de Investigación
Dra. María Teresa Domínguez Aguilar	Medicina general / Medicina interna	Servicios de Salud de Morelos/ISSSTE	Médica Especialista/Hosp. Gral. de Cuernavaca "Dr. José G. Parres y Hospital General "Dr. Carlos Calero Elorduy"
Dr. Luis Daniel Miranda Díaz	Medicina General/Pediatría, Neonatología	Servicios de Salud de Morelos	Médico Especialista/Hospital General de Jojutla, Dr. Ernesto M, eana San Román
Dr. J. Armando Barriguete Meléndez	Conducta alimentaria, tratamiento psicológico trastorno de la ingestión de alimentos y ENSANUT 2006	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"	Consultor y Asesor
Dr. Alejandro de Jesús Caballero Romo	Medicina General/Psiquiatría/ Especialidad en Trastornos de la Conducta Alimentaria, Investigación Clínica y Docencia en Trastornos de la Conducta Alimentaria	Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"	Coordinador de la Clínica de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" (INPRF)
Dra. Claudia Unikel Santoncini	Psicología/Dra. en Psicología Clínica/Psicoterapia Cognitivo-Conductual/Docencia pre-grado y posgrado	Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"	Investigadora en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del INPRF
Dra. Dulce Alejandra Balandrán Duarte	Medicina General / Salud Pública y Medicina Preventiva	Instituto Nacional de Salud Pública	Médica residente
Colaboradores			
Mtra. Laura González Macías	Psicología/Maestría en Clínica Psicoanalítica/Psicoterapia Cognitivo-Conductual	Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"	Psicoterapeuta de la Clínica de la Conducta Alimentaria del INPRF
L.N. Erika Stancati Rojas	Licenciada en Nutrición	Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"	Nutricionista de la Clínica de la Conducta Alimentaria del INPRF
Lic. Ariadna Prieto Rosiñol	Licenciada en Nutrición	Servicios de Salud de Morelos	Nutrióloga de los Servicios de Salud
Dra. Bertha Alicia Solano Rodríguez	Medicina General y Salud Pública con concentración en Administración en Salud	Servicios de Salud de Morelos	Coordinadora de Enseñanza, Investigación y Capacitación del Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea
M en A Luis Agüero y Reyes	Medicina interna Administración en salud	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SSA	Coordinación de guías de medicina interna
M en A Héctor Javier González Jácome	Medicina interna Administración y políticas públicas	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SSA	Subdirección de guías de práctica clínica
Dr. David Eduardo Hernández Santillán	Medicina interna	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SSA	Asesor de guías de práctica clínica (OMS)
Validación interna			
Dra. Magdalena Ocampo Regla	Medicina General/Psiquiatría/Especialista en Trastornos de la Conducta Alimentaria, Investigación Clínica y Docencia en Trastornos de la Conducta Alimentaria	Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"	Médica Especialista en la Clínica de la Conducta Alimentaria del INPRF
Revisión institucional			
Dra. Aurora Elizabeth Serralde Zúñiga	Médica especialista en nutrición clínica	Hospital General de México	Médica adscrita al servicio de Gastroenterología
Dr. Juan Antonio Peralta Calcáneo	Endocrinólogo	Hospital General de México	Médico adscrito al servicio de Endocrinología

AUTORES, COORDINADORES Y VALIDADORES ACTUALIZACIÓN 2012

Coordinadora

Dra. Adriana Berenice Pérez Valencia	Médica Psiquiatra/Especialista en medicina psicosomática	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médica Adscrita al servicio de consulta externa de especialidades en el HGZ 8 "Gilberto Flores Izquierdo"	Consejo Mexicano de Psiquiatría Academy of Psychosomatic Medicine
---	--	---	---	--

Autores

Dr. Rodrigo Aquilino Orcajo Castelán	Médico Psiquiatra/Especialista en medicina psicosomática	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico Adscrito al Hospital Psiquiátrico Regional Unidad Morelos UMAEC	Asociación Psiquiátrica Mexicana
Dra. Adriana Berenice Pérez Valencia	Médica Psiquiatra/Especialista en medicina psicosomática	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médica Adscrita al servicio de consulta externa de especialidades en el HGZ 8 "Gilberto Flores Izquierdo"	Consejo Mexicano de Psiquiatría Academy of Psychosomatic Medicine

Colaboradora

Dra. Griselda Flores Flores	Médica Psiquiatra/Especialista en trastornos de la conducta alimentaria	Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"	Médica Adscrita al servicio de Atención psiquiátrica continua	Asociación Psiquiátrica Mexicana
-----------------------------	--	--	---	-------------------------------------

Asesor GPC

Luis Agüero y Reyes	Medicina interna Administración en salud	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SSA	Coordinación de Guías de Práctica Clínica de Medicina Interna
---------------------	---	---	---

Validación

Dra. Natasha Viviana Alcocer Castillejos	Médica psiquiatra	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"	Médica Adscrita al Departamento de Neurología y Psiquiatría Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"
---	-------------------	--	--

ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN.....	6
2. PREGUNTAS A RESPONDER.....	8
3. ASPECTOS GENERALES.....	9
3.1 JUSTIFICACIÓN.....	9
3.2 ACTUALIZACIÓN DEL AÑO 2008 AL 2012.....	11
3.3 OBJETIVO.....	12
3.4 DEFINICIONES DE ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA.....	13
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	14
4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA.....	15
4.1.1 <i>Promoción de la Salud</i>	15
4.1.1.1 Estilo de Vida.....	15
4.1.2 <i>Promoción de la Salud</i>	16
4.1.2.1 Educación para la Salud.....	16
4.2 DIAGNÓSTICO.....	17
4.2.1 Tamizaje.....	17
4.2.2 <i>Diagnóstico Clínico</i>	18
4.2.2.1 Uso de los Manuales Diagnósticos y Estadísticos.....	18
4.2.2.2 Anorexia Nerviosa.....	19
4.2.2.3 Bulimia Nerviosa.....	20
4.2.2.4 Comorbilidades.....	23
4.2.3 <i>Estudios Complementarios</i>	24
4.3 CRITERIOS TÉCNICO-MÉDICOS DE REFERENCIA.....	25
4.3.1 Revaloración por Especialista.....	25
4.3.2 Envío Urgente a Hospitalización.....	26
5. ANEXOS.....	27
5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	27
5.1.1 <i>Primera Etapa</i>	27
5.1.2 <i>Segunda Etapa</i>	28
5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN.....	29
5.3 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA.....	30
5.3.1 <i>Anorexia Nerviosa</i>	30
5.3.2 <i>Bulimia Nerviosa</i>	31
5.3.3 <i>Instrumentos de Tamizaje</i>	32
5.3.4 <i>Entrevistas Diagnósticas Semiestructuradas</i>	34
5.4 DIAGRAMA DE FLUJO.....	38
6. BIBLIOGRAFÍA.....	39
7. AGRADECIMIENTOS.....	40
8. COMITÉ ACADÉMICO.....	41
9. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	42
10. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	43

**PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:
ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: SS-113-08	
Profesionales de la salud	Personal de promoción de la salud, trabajadores sociales, médico general, enfermera, médico familiar, psicóloga(o), licenciada(o) en nutrición, odontóloga y médico psiquiatra
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: F50 Trastornos de la ingestión de alimentos F50.0 Anorexia nerviosa. F50.2 Bulimia nerviosa
Categoría de la guía	Primer nivel de atención: consejería, diagnóstico y tamizaje y prevención
Usuarios potenciales	Departamentos de Salud Pública Dietistas, enfermeras generales, estudiantes, investigadores, médicos especialistas, médicos generales, médicos familiares, odontólogos, organizaciones orientadas a cuidado de enfermos Planificadores de servicios de salud, proveedores de servicios de salud Psicólogos/profesionales de la conducta no médicos. Técnicos en enfermería. Trabajadores sociales
Tipo de organización desarrolladora	Gobierno Federal. Secretaría de Salud: Institutos Nacionales de Salud Servicios de Salud del Estado de Morelos Instituto Mexicano del Seguro Social
Población blanco	Adolescente 13 a 18 años de edad Adulto 19 a 44 años de edad Hombre Mujer
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Gobierno Federal. Secretaría de Salud: Institutos Nacionales de salud Servicios de Salud del Estado de Morelos Instituto Mexicano del Seguro Social
Intervenciones y actividades consideradas	CIE9: 06.19 Otros procedimientos diagnósticos sobre glándulas tiroideas y paratiroides 24.99 Otra operación dental 89.01 Entrevista y evaluación, descritas como breves 89.02 Entrevista y evaluación, descritas como limitadas 89.03 Entrevista y evaluación, descritas como globales 89.04 Otra entrevista y evaluación 89.05 Entrevista y evaluación diagnósticas, no especificadas de otra manera 89.06 Consulta descrita como limitada 89.07 Consulta descrita como global 89.08 Otra consulta 89.09 Consulta no especificada de otra manera 89.31 Examen dental 89.39 Otras mediciones y exámenes no quirúrgicos 89.7X Reconocimiento médico general 94.08 Otras pruebas y evaluación psicológica 94.49 Otro asesoramiento Antropometría (peso y talla, perímetro abdominal)
Impacto esperado en la salud	Fomentar la adopción de estilos de vida saludables Incremento en la tasa de diagnóstico oportuno de anorexia nerviosa Incremento de la tasa de referencia oportuna de anorexia nerviosa Incremento en la tasa de diagnóstico oportuno de bulimia nerviosa Incremento de la tasa de referencia oportuna de bulimia nerviosa Disminución de las complicaciones médicas atribuibles a los estados de desnutrición severa de pacientes con anorexia nerviosa Disminución de las complicaciones médicas atribuibles a los estados de desnutrición severa de pacientes con bulimia nerviosa Mejorar la calidad de vida a corto y largo plazo de pacientes con anorexia nerviosa Mejorar la calidad de vida a corto y largo plazo de pacientes con bulimia nerviosa
Metodología¹	Adopción de la Guía de Práctica Clínica: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con el mayor nivel de acuerdo a la escala utilizada, selección o elaboración de las recomendaciones con el mayor grado de acuerdo a la escala utilizada
Método de adecuación	Enfoque de la guía: responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías y la revisión sistemática de evidencias en una guía de nueva creación Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas mediante bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores

¹ PARA MAYOR INFORMACIÓN ACERCA DE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA SE PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX

**PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:
ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

	Búsqueda en sitios Web especializados Búsqueda manual de la literatura Número de fuentes documentales revisadas: 88 del período 2007-2012 Obras seleccionadas para la actualización de la GPC 10 del período 2007-2012 Guías de Práctica Clínica: 3 del período 2007-2012 Revisiones sistemáticas: 2 del período 2007-2012 Meta análisis: 4 del período 2007-2012 Ensayos controlados aleatorizados: 1 del período 2007-2012 Reportes de casos: 0 Otras fuentes seleccionadas: 0
Validaciones	Método de validación: por pares clínicos Validación del protocolo de búsqueda: CENETEC Validación interna: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
Registro y Actualización	Catálogo Maestro SS-113-08 Fecha de publicación: 21 de Marzo 2013 Esta guía será actualizada nuevamente cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación de la actualización.

2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo para padecer anorexia nerviosa?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo para padecer bulimia nerviosa?
3. ¿Cuáles son las acciones específicas para la prevención de la anorexia?
4. ¿Cuáles son las acciones específicas para la prevención de la bulimia nerviosa?
5. ¿Cuáles son los signos y síntomas con los que se establece el diagnóstico de anorexia nerviosa?
6. ¿Cuáles son los signos y síntomas con los que se establece el diagnóstico de bulimia nerviosa?
7. ¿Qué método de tamizaje se puede aplicar como apoyo para la detección de conductas alimentarias alteradas que pueden derivar en el futuro en el diagnóstico de la anorexia nerviosa?
8. ¿Qué método de tamizaje se puede aplicar como apoyo para la detección de conductas alimentarias alteradas que pueden derivar en el futuro en el diagnóstico de la bulimia nerviosa?
9. ¿Qué estudios de laboratorio y gabinete son de ayuda para evaluar al paciente con anorexia nerviosa?
10. ¿Qué estudios de laboratorio y gabinete son de ayuda para evaluar al paciente con bulimia?
11. ¿Cuándo referir al paciente con anorexia nerviosa a segundo nivel de atención?
12. ¿Cuándo referir al paciente con bulimia nerviosa a segundo nivel de atención?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria han llegado a ser una preocupación de salud pública en muchos países, sobre todo en ciudades clasificadas como urbanas, en las cuales los jóvenes aspiran a un modelo físico que implica un peso corporal bajo comparado con la talla del individuo. Este comportamiento se ha hecho particularmente evidente entre las mujeres.

La estimación de la incidencia y prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria varía dependiendo del tamaño y edad de la muestra y de los métodos de evaluación. La incidencia de anorexia nerviosa reportada en el 2003 fue de 8.3 por 100 000 habitantes, y de bulimia nerviosa, de 11.5 a 13 por 100 000 habitantes. En el año 2007, la prevalencia a lo largo de la vida fue de 0.6% para anorexia nerviosa y de 1% para bulimia.

Estudios en Estados Unidos de América y Europa Occidental encontraron una tasa de prevalencia promedio para toda la vida de 0.9% para anorexia nerviosa, de 1.5% para bulimia nerviosa en mujeres, 0.3% de anorexia nerviosa y 0.5% para bulimia nerviosa en hombres jóvenes. En adolescentes españolas se ha reportado una prevalencia que fluctúa entre 0.3 y 0.45% para anorexia nerviosa, 0.41 y 0.8% para bulimia nerviosa, 3.1 y 4.71% para los trastornos alimentarios no especificados (TANE); entre 4.1% y 5.17% de la población total sufre un trastorno de la conducta alimentaria. Estos trastornos se presentan con una razón de prevalencia hombre/mujer de entre 1:6 y 1:10. Respecto de la incidencia de anorexia nerviosa, la tasa global es de por lo menos 8 por 100 000 años persona y de bulimia nerviosa 12 por 100 000 años persona. En el último siglo la incidencia de anorexia nerviosa se ha incrementado, de una incidencia de 0.1 por 100 000 en la década de 1930 a una de 1.2 por 100 000 en la década de 1970, hasta 8.3 por 100 000 actualmente.

En México se ha realizado una sola encuesta nacional sobre prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria con datos representativos de la población. Los resultados arrojaron una prevalencia de 1.8% de bulimia nerviosa en mujeres y de 0.8% en hombres de entre 18 a 65 años de edad. El diagnóstico de anorexia nerviosa no fue reportado.

En cuanto a las conductas alimentarias de riesgo la Encuesta Nacional de Nutrición 2006 registró datos a nivel nacional en adolescentes. El porcentaje de preocupación por engordar alcanzó 7% en varones y hasta 26% en mujeres; la práctica de atracones fue de 9% en hombres y de hasta 12% en mujeres; la práctica de ejercicio excesivo en los hombres alcanzó 2.4%, mientras que en las mujeres se registraron porcentajes hasta de 7% en práctica de ayunos, 2.5% de dietas y ejercicio excesivo y 1% de uso de diuréticos con la intención de bajar de peso.

La anorexia nerviosa y bulimia nerviosa están relacionadas con una tasa de morbilidad de 33% después de casi 12 años de la primera admisión en servicios hospitalarios. Se han reportado tasas de mortalidad estandarizada de 5.1 para anorexia nerviosa y 1.7 para bulimia nerviosa; las principales causas de muerte son el suicidio, las arritmias y enfermedades infecciosas.

Los estudios realizados con muestras representativas de estudiantes en el Distrito Federal con el Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo (CBCAR) han encontrado un incremento entre las mediciones 1997 y 2003. En las mujeres, la prevalencia de adolescentes que presentan 3 o 4 indicadores clínicos de los trastornos de la conducta alimentaria con una frecuencia de dos veces a la semana o mayor aumentó de 3.4% a 9.6%.

El primer contacto con los servicios de salud, para la mayoría de los pacientes con algún trastorno de la conducta alimentaria es el primer nivel de atención. Este acercamiento puede ser directo –cuando los pacientes buscan ayuda para su trastorno alimentario- o indirecto –cuando buscan ayuda por otra condición-. Adicionalmente, muchos padres o familiares pueden acercarse al primer nivel de atención a pedir consejo sobre algún miembro de la familia.

Cualquier contacto con primer nivel de atención debe ser visto como una oportunidad para captar al paciente con trastorno en la conducta alimentaria y se debe intentar garantizar que regresen en el futuro. Lo anterior no es simple, de inicio muchos pacientes no desean comprometerse con los servicios de salud, y si el personal no brinda el asesoramiento adecuado, puede llevar a que la persona afectada no quiera cooperar.

Por lo anterior, es de suma relevancia contar con una guía que ayude a estandarizar el actuar del personal de salud del primer nivel de atención, tanto en el ámbito de la prevención como en el diagnóstico y seguimiento del paciente.

3.2 ACTUALIZACIÓN DEL AÑO 2008 AL 2012

La presente actualización refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser discontinuadas.

A continuación se describen las actualizaciones más relevantes:

1. El Título de la guía:
 - Se mantuvo el mismo título
2. Las Preguntas a Responder:
 - Se mantuvieron las mismas preguntas
3. Las Evidencias y Recomendaciones:
 - **Introducción** (se actualizaron conceptos)
 - **Prevención primaria:**
 - Clarificación y reestructuración de la sección
 - **Prevención secundaria:**
 - Clarificación y reestructuración de la sección
 - **Tratamiento:**
 - No se incluye

3.3 OBJETIVO

La Guía de Práctica Clínica **Prevención y diagnóstico oportuno de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en el primer nivel de atención** forma parte de las guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **primer nivel de atención** las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

1. La identificación de factores de riesgo para padecer trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa)
2. Acciones específicas de prevención, tamizaje, diagnóstico y referencia oportuna

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.4 DEFINICIONES DE ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA

Los trastornos de la conducta alimentaria son un grupo de condiciones relacionadas con la perturbación de la imagen corporal y el comportamiento anormal de comer (CIE 10, F50 Trastornos en la ingestión de alimentos). De este grupo de trastornos, dos de ellos serán tratados en esta guía, aunque existen otras categorías diagnósticas, como los trastornos alimentarios no especificados (TANE) y el trastorno por atracón, en los cuales no se cumplen todos los criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa ni de bulimia nerviosa (DSM-IV-TR, APA, 2002).

La anorexia nerviosa es un trastorno alimentario en el cual una persona presenta una aversión al alimento que ocasiona inanición y una incapacidad para permanecer en un peso corporal mínimo, considerado normal para su edad y estatura.

La bulimia nerviosa es una enfermedad que se caracteriza por comilonas o episodios recurrentes de ingestión excesiva de alimentos (atracción), acompañados por una sensación de pérdida de control. Luego, el paciente utiliza diversos métodos para prevenir el aumento de peso corporal (conducta compensatoria): vomitar, usar laxantes o diuréticos, hacer ejercicio, entre otros.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías y demás documentos seleccionados corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

El nivel de las evidencias y la gradación de las recomendaciones se mantienen **respetando la fuente original consultada**. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

El sistema de gradación utilizado en la presente guía es el desarrollado por el **National Institute for Clinical Excellence (NICE)**, que puede ser consultado en el Anexo 5.2 de esta guía.

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA



4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

4.1.1.1 ESTILO DE VIDA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La intervención nutricional es un componente esencial durante la evaluación y tratamiento de los trastornos alimentarios a través del continuo de atención.	IV NICE <i>American Dietetic Association, 2011</i>
	Fomentar una alimentación saludable y realización de al menos una comida en casa al día con la familia.	C NICE <i>GPC MSC, 2009</i>
	El perfeccionismo y una autoevaluación negativa son antecedentes comunes de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.	III NICE <i>Cochrane, 2009</i>
	Facilitar la comunicación y mejorar la autoestima.	C NICE <i>GPC SNS, 2009</i>
	Las niñas de entre 9 y 13 años de edad presentan factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación, la mitad de ellas muestra insatisfacción con su imagen corporal. Las niñas de entre 6 y 9 años comparten con las púberes y adolescentes el deseo de una figura corporal más delgada, se encuentran insatisfechas con su imagen corporal y se perciben más gordas de lo que son. Estas manifestaciones se incrementan con la edad. La gordura se asocia con atributos negativos, sin diferencias de género. En general, los jóvenes con sobrepeso y obesidad son más propensos a recibir críticas de parte de sus congéneres de la misma edad, lo cual genera en ellos respuestas de tipo restrictivo o de comer compulsivamente.	III NICE <i>GPC-TCA INPRF, 2009</i>

	Evitar que las conversaciones, tanto en la familia como en otros ámbitos, giren sobre la alimentación y la imagen, así como evitar bromas y desaprobaciones sobre el cuerpo, el peso o la forma de comer de los niños y adolescentes.	C NICE GPC SNS, 2009
---	---	----------------------------

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.2 PROMOCIÓN DE LA SALUD

4.1.2.1 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Los factores de riesgo encontrados con más frecuencia son la realización de dietas, obesidad parental, obesidad infantil del paciente y menarca temprana.	III NICE Cochrane, 2009
	Crear conciencia de los trastornos de la conducta alimentaria.	C NICE Cochrane, 2009
	Los padres que presentan una preocupación excesiva sobre el peso y la figura de sus hijos y que buscan cambiar la apariencia de aquéllos son un factor de riesgo para la expresión de conductas patológicas en relación con la comida y la autoimagen.	IV NICE Cochrane, 2009
	➤ Promoción de actitudes y conductas alimentarias saludables, mediante el fomento de una mayor aceptación de la autoimagen corporal. ➤ Fomentar un análisis crítico de la información vertida en los medios de comunicación, así como de las actitudes de la sociedad, en relación con la imagen corporal y el peso. ➤ Fomentar una mayor autoestima mediante el desarrollo de habilidades para afrontar el estrés, así como la construcción de una autoconciencia positiva, combatir estereotipos sociales, y una autoevaluación que no se base en el peso y la figura. Involucrar a los seres queridos y mejorar las habilidades sociales.	C NICE Cochrane, 2009

	Debido a la falta de programas psicoeducativos en nuestro medio, se sugiere implementar estas recomendaciones en el ámbito asistencial, ya sea en la consulta individual o mediante la creación de grupos de medicina preventiva.	Punto de buena práctica
---	--	---------------------------------------

4.2 DIAGNÓSTICO

4.2.1 TAMIZAJE

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	El retraso en la identificación de los afectados de trastornos de la conducta alimentaria conduce a una mayor morbilidad debido al retraso del tratamiento y por tanto a un peor pronóstico. Es importante identificar a las personas con alto riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (TCA) para incidir en las etapas tempranas del trastorno y hacer una intervención precoz.	III NICE <i>GPC MSC, 2009</i>
	➤ El uso apropiado de una herramienta de cribado breve y validada durante las visitas de adolescentes sanos y las previas a la participación en deportes, son útiles para una primera evaluación rápida dirigida a descartar la existencia de síntomas sospechosos. ➤ Para este fin pueden utilizarse cualquiera de las encuestas: <i>Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire</i> (SCOFF), Cuestionario de actitudes ante la alimentación (EAT), <i>Children Eating Attitude Test</i> (ChEAT) Test de bulimia (BULIT), Test de investigación de Bulimia (BITE). ➤ Los grupos blanco para el tamizaje incluyen mujeres jóvenes con índices de masa corporal (IMC) bajos para edad, pacientes que solicitan consulta por preocupaciones relacionadas con el peso, que no presentan sobrepeso, mujeres con alteraciones menstruales o amenorrea, pacientes con signos de desnutrición o vómitos repetidos, así como niños que presentan alteraciones en el crecimiento.	C <i>NICE, 2000</i> C NICE <i>GPC MSC, 2009</i> C <i>NICE, 2000</i>

	En nuestro medio se recomienda utilizar el Cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) al estar diseñado y validado para población mexicana.	Punto de buena práctica
--	---	--------------------------------

4.2 DIAGNÓSTICO

4.2.2 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

4.2.2.1 USO DE LOS MANUALES DIAGNÓSTICOS Y ESTADÍSTICOS

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	El DSM-IV TR y el CIE-10 son manuales diagnósticos y estadísticos basados en evidencia, que sirven para homogeneizar los diagnósticos psiquiátricos y favorecer la estandarización para fines de investigación y comunicación interprofesional y epidemiológica. No contienen recomendaciones terapéuticas e intentan ser ateóricos. Un buen diagnóstico nos lleva a un buen tratamiento.	IV NICE <i>APA, 2002 /OMS, 1992</i>
	Se recomienda guiarse en los criterios para emitir un diagnóstico, así como utilizar la nomenclatura oficial.	Punto de buena práctica

4.2 DIAGNÓSTICO

4.2.2 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

4.2.2.2 ANOREXIA NERVIOSA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La persona con anorexia nerviosa mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla (Criterio A). Cuando la anorexia nerviosa se presenta al inicio de la adolescencia puede haber sólo falta de aumento de peso (p. ej., mientras que el sujeto crece en altura). El peso de la persona es inferior a 85% del peso considerado normal para su edad y su talla (de acuerdo a las tablas de crecimiento usadas en pediatría). En la CIE-10 se especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal (IMC) $\leq 17.5 \text{ kg/m}^2$.	IV NICE APA, 2002 /OMS, 1992
	Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas (Criterio B). Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.	IV NICE APA, 2002 /OMS, 1992
	Hay una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal (Criterio C). Algunas personas se observan a sí mismas obesas, mientras otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan preocupándose porque algunas partes de su cuerpo (en especial el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen gordas. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como pesarse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas obesas. La autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves.	IV NICE APA, 2002 /OMS, 1992

	En mujeres que ya han tenido la primera menstruación, la amenorrea (debida a niveles anormalmente bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisiaria de las hormonas foliculoestimulante [FSH] y luteinizante [LH]) es indicadora de disfunción fisiológica (Criterio D). La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede. En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarca. En el hombre, según la CIE-10, hay pérdida del interés y de la potencia sexual.	IV NICE <i>APA, 2002 /OMS, 1992</i>
	Debido a que la aplicación de los criterios diagnósticos requiere habilidades en entrevista clínica psiquiátrica, se han desarrollado entrevistas semiestructuradas para ayudar al clínico no psiquiatra a establecer el diagnóstico, como el <i>Structured Clinical Interview for DSM IV</i>, SCID (APA) y la <i>Mini Neuropsychiatric International Interview</i> MINI-PLUS (OMS).	C NICE <i>APA, 2002 /OMS, 2000</i>
	Por facilidad de uso clínico, validez y disponibilidad en español se recomienda utilizar la MINI-PLUS, sección M.	Punto de buena práctica

4.2 DIAGNÓSTICO

4.2.2 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

4.2.2.3 BULIMIA NERVIOSA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Se define atracón como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían (Criterio A1). El clínico debe tener en	IV NICE <i>APA, 2002 /OMS, 1992</i>

	cuenta el contexto en que se produce el atracón, es decir, lo calificado como consumo excesivo en situación habitual, en una celebración puede considerarse normal. Un período corto de tiempo significa aquí un período limitado, generalmente inferior a 2 horas. Los atracones no tienen por qué producirse en un solo lugar (pueden iniciarse en un restaurante y continuar después en casa). No se considera atracón el ir picando pequeñas cantidades de comida a lo largo del día. Los individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible.	
	Los atracones se acompañan también de sensación de falta de control (criterio A2). Algunos enfermos describen síntomas de naturaleza disociativa durante o después de los atracones. A medida que la enfermedad progresa, los atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control, sino por conductas de alteración del control, como es la dificultad para evitar los atracones o para acabarlos. La alteración del control asociada a los atracones no es absoluta; por ejemplo, un individuo puede continuar comiendo aunque suene el teléfono, pero parar inmediatamente si alguien entra en la habitación.	IV NICE <i>APA, 2002 /OMS, 1992</i>
	Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso (Criterio B). Muchos individuos usan diversos métodos para intentar compensar los atracones; el más habitual es la provocación del vómito. Este método de purga lo emplean 80% a 90 % de los sujetos que acuden a los centros clínicos para recibir tratamiento. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. Otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y diuréticos. Aproximadamente un tercio de las personas con este trastorno toma laxantes después de los atracones. Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento	IV NICE <i>APA, 2002 /OMS, 1992</i>

	ingerido durante los atracones. Se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad. Personas con diabetes mellitus y bulimia nerviosa pueden suprimir o disminuir la dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos ingeridos durante los atracones.	
	Para realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de 3 meses (Criterio C).	IV NICE APA, 2002 /OMS, 1992
	Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autovalorarse, y estos factores son los más importantes al determinar su autoestima (Criterio D). No debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece en el curso de una anorexia nerviosa (Criterio E).	IV NICE APA, 2002 /OMS, 1992
	Debido a que la aplicación de los criterios diagnósticos requiere habilidades en entrevista clínica psiquiátrica, se han desarrollado entrevistas semiestructuradas para ayudar al clínico no psiquiatra a establecer el diagnóstico, como el <i>Structured Clinical Interview for DSM IV</i> , SCID (APA) y la <i>Mini Neuropsychiatric International Interview</i> MINI-PLUS (OMS).	C NICE APA, 2002 /OMS, 1992
	Por facilidad de uso clínico, validez y disponibilidad en español se recomienda utilizar la MINI-PLUS, sección N.	Punto de buena práctica

4.2 DIAGNÓSTICO

4.2.2 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

4.2.2.4 COMORBILIDADES

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La comorbilidad en los TCA suele ser frecuente, tanto la psiquiátrica como la médica.	III GPC MSC, 2009
	Las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes son: trastornos relacionados con sustancias (hasta 40% de las personas diagnosticadas reconocen abusar de alcohol u otras sustancias, incluyendo anfetaminas y hormonas tiroideas), trastornos de ansiedad (hasta 40%), trastorno obsesivo compulsivo (hasta 40% en anorexia nerviosa), trastornos de personalidad (alrededor de 30%), trastornos del control de los impulsos (cleptomanía, tricotilomanía) y conductas suicidas (incluyendo ideación suicida, gestos suicidas, intentos suicidas y muerte por suicidio).	III GPC MSC, 2009 III Preti A, Rocchi MBL, 2011
	Las comorbilidades médicas más frecuentes son diabetes mellitus 1 (3 veces más riesgo de bulimia nerviosa), obesidad (6% de los ex obesos presentan trastornos de la alimentación), síndrome de mala absorción y alteraciones tiroideas.	III GPC MSC, 2009

4.2 DIAGNÓSTICO

4.2.3 ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Los estudios de laboratorio y gabinete son auxiliares para valorar la gravedad de cualquiera de los TCA. Ante la sospecha de un TCA debe prestarse atención a la evaluación clínica global, incluyendo el ritmo de pérdida de peso, IMC, talla, curva de crecimiento, signos físicos objetivos y pruebas de laboratorio apropiadas.	IV <i>NHS, 2006 /GPC MSC, 2009</i>
	1. Pruebas de laboratorio y gabinete indispensables son: ➤ Biometría hemática completa ➤ Química sanguínea ➤ Electrolitos séricos (Na, K, Cl, Ca, Mg) ➤ Examen general de orina ➤ Pruebas de funcionamiento hepático ➤ Perfil lípido completo ➤ Electrocardiograma ➤ Perfil tiroideo básico (T3, T4, TSH) 2. Pruebas de laboratorio y gabinete opcionales: ➤ Fosfato sérico (durante el proceso de realimentación en el caso de desnutrición) ➤ Perfil hormonal femenino ➤ Densitometría ósea de cadera y columna lumbar (en el caso de anorexia nerviosa con amenorrea secundaria de más de 6 meses de evolución)	C <i>Opinión de expertos de NHS, 2006</i>
	Realizar las pruebas de laboratorio y gabinete indispensables.	Punto de buena práctica

4.3 CRITERIOS TÉCNICO-MÉDICOS DE REFERENCIA

4.3.1 REVALORACIÓN POR ESPECIALISTA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La referencia a un especialista de segundo o tercer nivel de atención para valoración, diagnóstico y manejo está siempre indicada, especialmente se recomienda revaloración cuando se presenta deterioro o hay una mala respuesta al tratamiento.	IV <i>NHS, 2006 /GPC MSC, 2009</i>
	Referir al médico psiquiatra si: ➤ Se estableció diagnóstico de TCA ➤ Pérdida de peso $\geq 10\%$ a 25% sin una causa que lo justifique ➤ Presencia de episodios bulímicos regulares, es decir, conductas de sobreingesta alimentaria o conductas purgativas persistentes	C <i>CPC MSC, 2009</i>
	El manejo de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria es complejo, multidisciplinario y especializado, debe ser referido con la valoración clínica preliminar.	Punto de buena práctica

4.3 CRITERIOS TÉCNICO-MÉDICOS DE REFERENCIA

4.3.2 ENVÍO URGENTE A HOSPITALIZACIÓN

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La hospitalización en los casos de TCA es un último recurso terapéutico, y sólo está indicada cuando se pone en peligro la vida del paciente debido a las complicaciones de la enfermedad, con el objetivo de estabilizar, no de tratar el TCA <i>per se</i> .	IV <i>Opinión de expertos NHS, 2006 /GPC MSC, 2009</i>
	Derivación a hospitalización urgente Los criterios de derivación de la atención primaria a la hospitalización urgente (servicio de urgencias de hospital general) para recibir tratamiento médico son los siguientes: ➤ Pérdida de peso >50% en los últimos 6 meses (30% en los 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 latidos/minuto ➤ Otros trastornos ECG ➤ Síncopes o hipotensión con TA sistólica <70 mm Hg ➤ Sangrado de tubo digestivo (hematemesis, rectorragias) ➤ Dilatación gástrica aguda Derivación a valoración psiquiátrica urgente Los criterios de derivación a valoración psiquiátrica urgente (por el servicio de psiquiatría de un hospital) son los siguientes: ➤ Negativa absoluta a comer o beber ➤ Sintomatología depresiva con riesgo de autolesión ➤ Conductas autolesivas importantes	C <i>GPC MSC, 2009</i>

	Hospitalización cuando el estado clínico implique riesgo de complicaciones graves, haya síntomas depresivos importantes con riesgo de autolisis o conductas autolesivas importantes.	Punto de buena práctica
--	--	--------------------------------

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos obtenidos acerca de la temática **anorexia nerviosa y bulimia nerviosa**. La búsqueda se realizó en PubMed, Cochrane systematic reviews y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **inglés y español**
- Documentos publicados los últimos **10 años** en humanos, adolescentes y adultos
- La búsqueda se restringió a guías de práctica clínica, metaanálisis, guías, revisiones sistemáticas y consenso de expertos
- Documentos enfocados a **diagnóstico y prevención de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa**

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otros idiomas que no sean **inglés o español**
- Documentos que estén enfocados al tratamiento y a otro nivel de atención que no sea el primario

5.1.1 PRIMERA ETAPA

Esta etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema **prevención y diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en el primer nivel de atención** en PubMed. Las búsquedas se limitaron a humanos, documentos publicados durante los últimos 10 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica, revisiones sistemáticas, consenso de expertos y metaanálisis, utilizando términos validados del MeSH. Se utilizaron los términos **diagnosis, prevention, eating disorders, anorexia nervosa y bulimia nervosa**. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio **71 resultados**, de los cuales se utilizaron **9 documentos: 2 guías, 4 metaanálisis, 2 revisiones sistemáticas y 1 estudio epidemiológico** en la elaboración de esta guía.

Búsqueda	Resultado
----------	-----------

Search ((#6) AND #5) AND #4 Filters: published in the last 10 years; Humans; Guideline; Practice Guideline; Review; Systematic Reviews; Meta-Analysis; English; Spanish; Adolescent: 13-18 years; Adult: 19-44 years	71
--	----

Algoritmo de búsqueda:

PubMed Advanced Search BuilderTutorial

Filters activated: published in the last 10 years, Humans, Guideline, Practice Guideline, Review, Systematic Reviews, Meta-Analysis, English, Spanish, Adolescent: 13-18 years, Adult: 19-44 years

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#18	Add	Search ((#6) AND #5) AND #4 Filters: published in the last 10 years; Humans; Guideline; Practice Guideline; Review; Systematic Reviews; Meta-Analysis; English; Spanish; Adolescent: 13-18 years; Adult: 19-44 years	71	14:03:08
#17	Add	Search ((#6) AND #5) AND #4 Filters: published in the last 10 years; Humans; Guideline; Practice Guideline; Review; Systematic Reviews; Meta-Analysis; English; Adolescent: 13-18 years; Adult: 19-44 years	69	14:02:48
#16	Add	Search ((#6) AND #5) AND #4 Filters: published in the last 10 years; Humans; Guideline; Practice Guideline; Review; Systematic Reviews; Meta-Analysis; Adolescent: 13-18 years; Adult: 19-44 years	80	14:02:43
#15	Add	Search ((#6) AND #5) AND #4 Filters: published in the last 10 years; Humans; Guideline; Practice Guideline; Review; Systematic Reviews; Meta-Analysis; Adolescent: 13-18 years	74	14:02:38
#14	Add	Search ((#6) AND #5) AND #4 Filters: published in the last 10 years; Humans; Guideline; Practice Guideline; Review; Systematic Reviews; Meta-Analysis	184	14:02:34
#13	Add	Search ((#6) AND #5) AND #4 Filters: published in the last 10 years; Humans; Guideline; Practice Guideline; Review; Systematic Reviews	184	14:02:17
#12	Add	Search ((#6) AND #5) AND #4 Filters: published in the last 10 years; Humans; Guideline; Practice Guideline; Review	179	14:02:12
#11	Add	Search ((#6) AND #5) AND #4 Filters: published in the last 10 years; Humans; Guideline; Practice Guideline	5	14:02:00
#10	Add	Search ((#6) AND #5) AND #4 Filters: published in the last 10 years; Humans; Guideline	5	14:01:55
#9	Add	Search ((#6) AND #5) AND #4 Filters: published in the last 10 years; Humans	677	14:01:49
#8	Add	Search ((#6) AND #5) AND #4 Filters: published in the last 10 years	710	14:01:36
#7	Add	Search ((#6) AND #5) AND #4	1118	14:01:25
#6	Add	Search ((#1) OR #2) OR #3	28172	13:36:01
#5	Add	Search Diagnosis	7800382	13:35:26
#4	Add	Search Prevention	1127011	13:35:12
#3	Add	Search Eating disorders	26597	13:34:42
#2	Add	Search Bulimia nervosa	5473	13:34:15
#1	Add	Search Anorexia nervosa	11789	13:33:48

5.1.2 SEGUNDA ETAPA

En esta etapa se realizó la búsqueda de Guías de Práctica Clínica con el término **eating disorders** en sitios Web. A continuación se presenta una tabla de los sitios Web donde se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

Sitios Web	# de resultados obtenidos	# de documentos utilizados
www.cochrane.org	26	1
www.guidelines.gov	153	3

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/	71	13
Total	250	17

5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN

El sistema de gradación utilizado en la presente guía es el desarrollado por el **National Institute for Clinical Excellence (NICE)**

NIVELES DE EVIDENCIA	
I	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos
	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos
	Metaanálisis con gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos
II	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohorte o de casos y controles, o estudios de cohorte o de casos y controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar, y una alta probabilidad de que la relación sea causal
	Estudios de cohorte o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
	Estudios de cohorte o de casos y controles con alto riesgo de sesgo
III	Estudios no analíticos, informe de casos y series de casos
IV	Opinión de expertos

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

A	Al menos un metaanálisis o un ensayo clínico aleatorizado categorizado como 1++ que sea directamente aplicable a la población diana, o una revisión sistemática o un ensayo clínico aleatorio o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+ que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados Evidencia a partir de la apreciación del NICE
B	Un volumen de evidencia que incluye estudios calificados 2++ que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestre directamente consistencia de los resultados o extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia que incluye estudios calificados 2+, que sean directamente aplicados a la población objeto que demuestren globalmente consistencia de los resultados o Extrapolación de estudios calificados 2++
D	Evidencia nivel 3 o 4 O extrapolación de estudios calificados como 2+ O consenso formal
PBP	Un buen punto de práctica (PBP) es una recomendación para mejorar la práctica basada en la experiencia del grupo que elabora la guía
IP	Recomendación a partir del manual de procedimiento de intervención del NICE

5.3 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA

5.3 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA

5.3.1 ANOREXIA NERVIOSA

Manual Diagnóstico y Estadístico de la *American Psychiatric Association*, Texto Revisado DSM-IV-TR (APA, 2002).

1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior a 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior a 85% del peso esperable)
2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal
3. 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
4. En mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos)

Tipos específicos

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992)

1. El peso del cuerpo se mantiene por lo menos 15% por abajo del esperado (perdido o nunca adquirido), o el índice de masa corporal de Quetelet es ≤ 17.5 . Los pacientes prepúberes pueden presentar fallas para alcanzar el peso esperado en el período del crecimiento
2. La pérdida de peso es autoinducida por medio de la evitación de comidas “engordadoras” y uno o más de los siguientes: vómito autoinducido, uso de métodos de purga, exceso de ejercicio o uso de supresores del apetito
3. Existe distorsión de la imagen corporal en la forma de una psicopatología específica en la cual persiste el temor a la gordura como una idea intrusiva y sobrevaluada, y el paciente se autoimpone un umbral de peso bajo
4. Existe un trastorno endocrino que involucra el eje gónado-pituitario, que se manifiesta como amenorrea en las mujeres, y como falta de interés sexual e impotencia en los hombres
5. Cuando el inicio es prepuberal, la secuencia de los eventos de la pubertad se retrasa o se detiene (en las niñas no se desarrollan los senos y hay amenorrea primaria, y en los niños, los genitales permanecen juveniles). Con la recuperación, la pubertad por lo general se termina normalmente, pero la menarca es tardía

5.3 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA

5.3.2 BULIMIA NERVIOSA

Manual Diagnóstico y Estadístico de la *American Psychiatric Association*, Texto Revisado DSM- IV-TR (APA, 2002).

- Períodos recurrentes de ingestión voraz. Un episodio de ingestión voraz se caracteriza por dos de las siguientes características: a) comer en un período discreto de tiempo una cantidad de comida definitivamente mayor a la que comería la mayoría de las personas en un período de tiempo similar, bajo las mismas circunstancias, b) sensación de falta de control sobre el comer, por ejemplo, la sensación de no poder parar de comer, o de no controlar la cantidad de comida ingerida
- Conductas compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento de peso, tales como: vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos, ayunos o ejercicio excesivo
- Los episodios de ingestión voraz y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren por lo menos dos veces a la semana durante 3 meses
- La autoevaluación se encuentra indebidamente influenciada por la forma y el peso del cuerpo
- El disturbo no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa

Tipos específicos

Purgativa: durante el episodio de bulimia nerviosa la persona utiliza el vómito autoinducido, laxantes, diuréticos o enemas.

No purgativa: durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona utiliza conductas compensatorias inapropiadas, tales como exceso de ejercicio, pero no utiliza el vómito autoinducido, laxantes, diuréticos o enemas.

Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (WHO, 1992)

1. Existe preocupación persistente por la alimentación y un deseo irresistible por comer. El paciente sucumbe a episodios de sobrealimentación de grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo
2. El paciente intenta contrarrestar los efectos engordadores de la comida con uno o más de los siguientes: vómito autoinducido, abuso de purgantes, períodos alternantes de ayuno, uso de drogas, tales como supresores del apetito, preparaciones tiroideas y diuréticos. Cuando la bulimia ocurre en pacientes diabéticos, podrán elegir el rechazo al tratamiento de insulina

La psicopatología consiste en un miedo mórbido a la gordura y el paciente se establece un umbral estrictamente definido de peso, muy por abajo del peso premórbido que constituye el óptimo saludable en la opinión del médico. Frecuentemente hay historia de un episodio previo de anorexia nerviosa, el intervalo entre ambos trastornos fluctuando entre algunos meses y algunos años. Este episodio puede haberse expresado completamente o pudo asumir una forma enigmática con pérdida de peso moderada o una fase transitoria de amenorrea.

5.3 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA

5.3.3 INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE

Cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (CAR)

Instrucciones: marca una opción para cada inciso, considerando los 3 meses previos

No.	Descripción	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia: dos veces en una semana	Con mucha frecuencia: más de dos veces en una semana
1	Me ha preocupado engordar				
2	En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida				
3	He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)				
4	He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso				
5	He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso				
6	He hecho dietas para tratar de bajar de peso				
7	He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso				
8	He usado pastillas para tratar de bajar de peso Especifica cuál(es) _____				
9	He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso Especifica cuál(es) _____				
10	He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso Especifica cuál(es) _____				

Fuente: Unikel-Santoncini C y col. Salud Publica Mex 2004 Noviembre-Diciembre;46(6)

Tabla descriptiva e interpretación del cuestionario CAR	
Autores	Unikel C, Villatoro JA, Medina-Mora ME, Fleiz C, Alcántar N, Hernández S
Referencias	Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. Rev Invest Clin 2000;52(2):140-47
Evalúa	Conductas alimentarias comunes a los trastornos de la conducta alimentaria
No de ítems	10
Administración	Autoaplicada
Descripción	Es un cuestionario que mide las conductas alimentarias características de los trastornos de la conducta alimentaria definidos por el DSM-IV (APA, 1994). Consta de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta sobre la frecuencia con que se lleva a cabo la conducta (0=nunca o casi nunca, 1=algunas veces, 2=Con frecuencia -2 veces a la semana-, 3=muy frecuentemente -más de 2 veces en 1 semana-)
Calificación e interpretación	Es una escala con cuatro opciones de respuesta cuya suma de reactivos proporciona un punto de corte, cuando la puntuación es menor a 11 se califica sin riesgo de TCA, cuando la suma es >10 se califica con riesgo de TCA
Bibliografía complementaria	Unikel C, Bojórquez I, Carreño S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. Salud Publica Mex 2004;46:509-15. Unikel C, Gómez-Peresmitré G, Bojórquez I. Manual de aplicación del cuestionario de factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Publicación interna. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

5.3 ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA

5.3.4 ENTREVISTAS DIAGNÓSTICAS SEMIESTRUCTURADAS

M. Anorexia nerviosa

(➡ SIGNIFICA: IRA LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

M1 a	¿Cuál es su estatura?	☐ pies ☐ ☐ pulgadas
		☐ cm ☐ ☐ cm
b	¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?	☐ ☐ libras
		☐ ☐ kg
c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?	➡ NO SÍ

En los últimos 3 meses:

M2	¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?	➡ NO SÍ	1
M3	¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	➡ NO SÍ	2
M4 a	¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?	NO SÍ	3
b	¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?	NO SÍ	4
c	¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	NO SÍ	5
M5	¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?	➡ NO SÍ	
M6	SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus periodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?	➡ NO SÍ	6

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

TABLA UMBRAL DE ESTATURA/PESO MÍNIMO (estatura sin zapatos; peso sin ropa)

Mujer estatura/peso															
Pies/pulgadas	4,9	4,10	4,11	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	
Libras	84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112	
cm	144,8	147,3	149,9	152,4	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	
kg	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Hombre estatura/peso															
Pies/pulgadas	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	5,11	6,0	6,1	6,2	6,3
Libras	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cm	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	180,3	182,9	185,4	188,0	190,5
kg	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15% por debajo de la escala normal de la estatura y el sexo del paciente, tal como requiere el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15% por debajo del límite inferior de la escala de distribución normal de la *Metropolitan Life Insurance Table of Weights*.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

N. Bulimia nerviosa

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	➡ NO	SÍ	7
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	➡ NO	SÍ	8
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	➡ NO	SÍ	9
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	➡ NO	SÍ	10
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	➡ NO	SÍ	11
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO ↓ Ir a N8	SÍ	
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____libras/kg)? ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN CON SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.	NO	SÍ	12

N8 ¿CODIFICÓ **SÍ** EN N5 O CODIFICÓ **NO** EN N7 O SALTÓ A N8?

NO SÍ

**BULIMIA NERVIOSA
ACTUAL**

¿CODIFICÓ **SÍ** EN N7?

NO SÍ

**ANOREXIA NERVIOSA
TIPO
COMPULSIVO/PURGATIVO
ACTUAL**

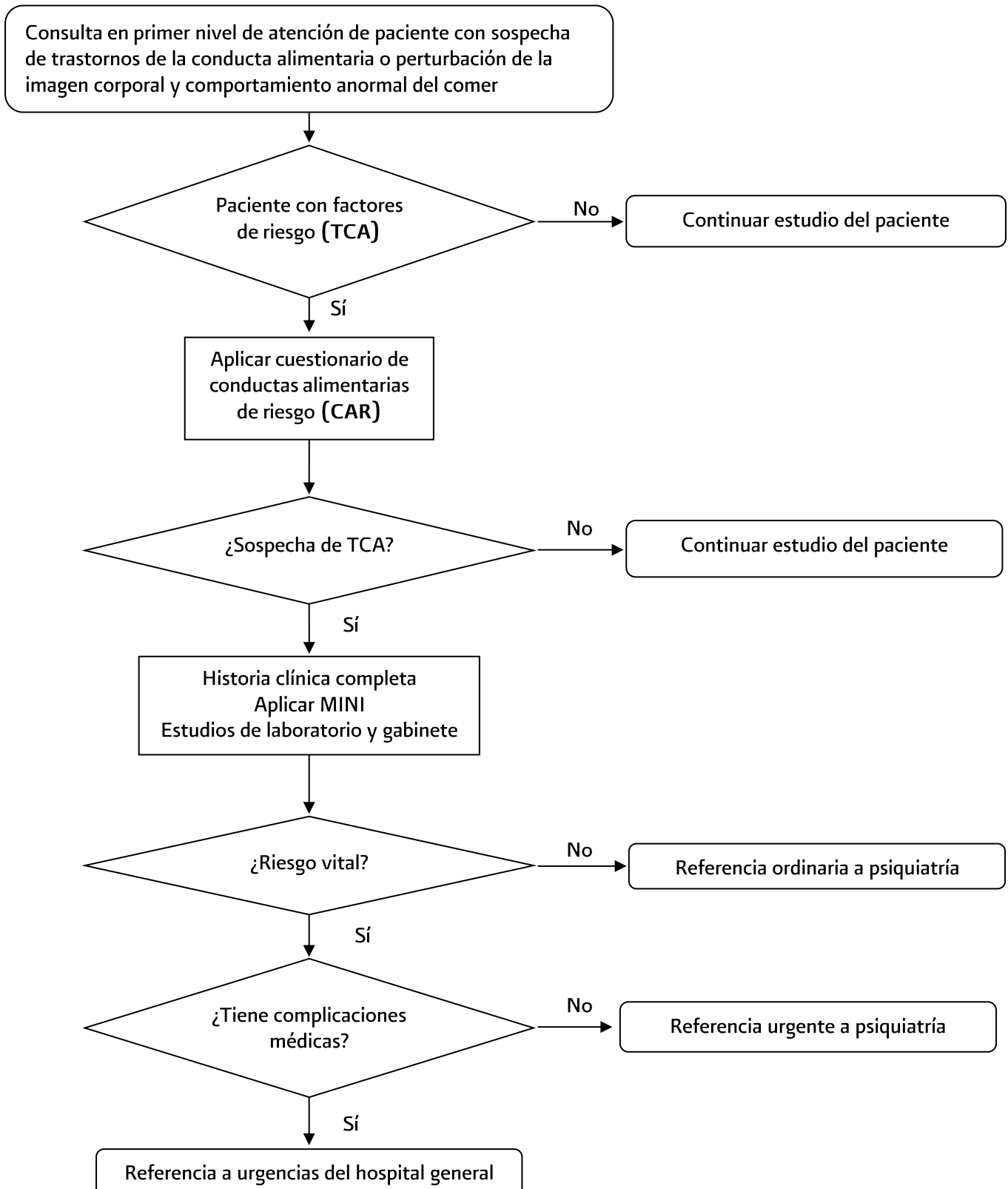
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Tabla descriptiva e interpretación de la entrevista semiestructurada Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-PLUS 5.0)	
Autores	Sheehan D, Janavs J, Baker R, Harnett-Sheehan K, Knapp E, Sheehan M, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP. Versión en español: Ferrando L, Bobes J, Gibert J, Soto M, Soto O
Referencias	Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E et al. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. J Clin Psychiatry 1998;59 (Suppl 20):22-3
Evalúa	Trastornos psiquiátricos en eje I de acuerdo a DSM-IV y CIE-10
No de ítems	163 ítems/ 6 para anorexia nerviosa, 6 para bulimia nerviosa
Administración	Heteroaplicada

Descripción	Es una entrevista semiestructurada de corta duración que explora los principales diagnósticos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y CIE-10
Calificación e interpretación	ENTREVISTA Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no PRESENTACIÓN La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica • Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno • Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos CONVENIOS Las oraciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS» no deben leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos Las oraciones escritas en «negrita» indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas Respuestas con una flecha encima (■) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «NO» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente (p. ej., la pregunta H6) Frasas entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas) Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse SÍ en la MINI. La MINI Plus tiene preguntas que exploran estos problemas

Bibliografía complementaria	Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. Eur Psychiatry 1998;13:26-34 Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora LI, Sheehan K et al. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. Eur Psychiatry 1997;12:224-31 Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI et al. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. Eur Psychiatry 1997;12:232-41
-----------------------------	---

5.4 DIAGRAMA DE FLUJO



6. BIBLIOGRAFÍA

1. Arcelus J, Mitchell A, Wales J, Nielsen S. *Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders. A Meta-analysis of 36 Studies*. Arch Gen Psychiatry 2011;68(7):124-31.
2. Beintner I, Jacobi C, Barr Taylor. *Effects of an Internet-Based Prevention Programme for Eating Disorders in the USA and Germany -- A Meta-Analytic Review*. Eur Eat Disord Rev 2012;20:1-8.
3. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS AATRM Núm 20006/05-01.
4. National Institute for Clinical Excellence. *Clinical Guideline 9. Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia and related eating disorders*. London, January 2004.
5. Newton MS, Ciliska D. *Internet-Based Innovations for the Prevention of Eating Disorders: A Systematic Review*. Eat Disord 2006;14(5):365-84.
6. Pratt BM, Woolfenden S. *Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002. Issue 2. Art. No CD002891.DOI:10.1002/146518518. CD 002891.
7. Stice E. *Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review*. Psychol Bull 2002;128(5):825-45.
8. Stice E, Shaw H. *Eating Disorder Prevention Programs: A Meta-Analytic Review*. Psychol Bull 2004;130(2):206-27.
9. Swanson S, Crow S, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas K. *Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement*. Arch Gen Psychiatry 2011;68(7):714-23.
10. Unikel C, Caballero A. *Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Ed. S. Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría; 2010. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

7. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades del **Instituto Mexicano del Seguro Social** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por la **Secretaría de Salud / CENETEC**, y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades del **Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”** que participaron en los procesos de **validación interna, validación externa, verificación y revisión editorial** su valiosa colaboración en esta guía.

8. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud / CENETEC

M. en A. María Luisa González Rétiz	<i>Directora General</i>
Dr. David Leonardo Hernández Santillán	<i>Director de Integración de GPC</i>
Dra. Selene Martínez Aldana	<i>Subdirectora de GPC</i>
Dra. Sandra Danahé Díaz Franco	<i>Departamento de Validación y Normatividad de GPC</i>
Dr. Jesús Ojino Sosa García	<i>Coordinador de guías de medicina interna</i>
Dr. Luis Agüero y Reyes	<i>Coordinador de guías de medicina interna</i>
Dr. Héctor González Jácome	<i>Coordinador de guías de medicina interna</i>
Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández	<i>Coordinadora de guías de gineco-obstetricia</i>
Dr. Arturo Ramírez Rivera	<i>Coordinador de guías de pediatría</i>
Dr. Eric Romero Arredondo	<i>Coordinador de guías de cirugía</i>
Dr. Joan Erick Gómez Miranda	<i>Coordinador de guías de cirugía</i>
Lic. Alonso Max Chagoya Álvarez	<i>Investigación Documental</i>
Dra. Ana María Corrales Estrada	<i>Apoyo a los centros desarrolladores institucionales</i>
Dra. Magda Luz Atrian Salazar	<i>Revisión Editorial</i>
Dr. Pedro Nieves Hernández	<i>Subdirector de Gestión de GPC</i>
Dra. Maricela Sánchez Zúñiga	<i>Departamento de Apoyo Científico para GPC</i>
Lic. Juan Ulises San Miguel Medina	<i>Departamento de Coordinación de Centros de Desarrollo de GPC</i>
Dra. Gilda Morales Peña	<i>Coordinación de avances sectoriales</i>

9. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial	Directorio del Centro Desarrollador
Secretaría de Salud Dra. Mercedes Juan López Secretario de Salud	Instituto Mexicano del Seguro Social Dr. José Antonio González Anaya Director General
Instituto Mexicano del Seguro Social Dr. José Antonio González Anaya Director General	Dr. Francisco Javier Padilla del Toro Director HGZ 8 "Gilberto Flores Izquierdo"
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Lic. Sebastian Lerdo de Tejada Covarrubias Director General	Dr. Enrique Valencia Huarte Director Hospital Psiquiátrico Regional Unidad Morelos
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Lic. Laura Vargas Carrillo Titular del organismo SNDIF	
Petróleos Mexicanos Dr. Emilio Ricardo Lozoya Austin Director General	
Secretaría de Marina Armada de México Almirante Vidal Francisco Soberón Sanz Secretario de Marina	
Secretaría de la Defensa Nacional General Salvador Cienfuegos Zepeda Secretario de la Defensa Nacional	
Consejo de Salubridad General Dr. Leobardo Ruíz Pérez Secretario del Consejo de Salubridad General	

10. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Luis Rubén Durán Fontes	Presidente
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud	
Dr. Pablo Kuri Morales	Titular
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Romeo Rodríguez Suárez	Titular
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	
Dr. Gabriel Oshea Cuevas	Titular
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	
Dr. Alfonso Petersen Farah	Titular
Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	
Dr. Pedro Rizo Ríos	Titular
Secretario Técnico del Consejo de Salubridad General	
Dr. Pedro Rizo Ríos	Titular
Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales	Titular
Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	
Contraalmirante. SSN, M.C. Pediatra. Rafael Ortega Sánchez	Titular
Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México	
Dr. Javier Dávila Torres	Titular
Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	
Dr. José Rafael Castillo Arriaga	Titular
Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate	Titular
Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	
Lic. Guadalupe Fernández Vega Albafull	Titular
Directora General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
Dra. Martha Griselda del Valle Cabrera	
Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
Dr. José Meljem Moctezuma	Titular
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	
Dr. Francisco Hernández Torres	Titular
Director General de Calidad y Educación en Salud	
Dr. Francisco Garrido Latorre	Titular
Director General de Evaluación del Desempeño	
Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	Titular
Director General de Información en Salud	
M. en A. María Luisa González Rétiz	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular 2012-2013
Dr. Norberto Treviño García Manzo	
Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tamaulipas	
Dr. Germán Tenorio Vasconcelos	Titular 2012-2013
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Oaxaca	
Dr. Jesús Salvador Frago Bernal	Titular 2012-2013
Secretario de Salud y Director General del OPD de los Servicios de Salud de Tlaxcala	
Dr. Enrique Ruelas Barajas	Titular
Presidente de la Academia Nacional de Medicina	
Dr. Alejandro Reyes Fuentes	Titular
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	
Act. José Cuauhtémoc Valdés Olmedo	Asesor Permanente
Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	
Dra. Sara Cortés Bargalló	Asesor Permanente
Presidenta de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	
Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	
Ing. Ernesto Dieck Assad	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados	
Dr. Sigfrido Rangel Frausto	Asesor Permanente
Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	
Dra. Mercedes Macías Parra	Invitada
Presidenta de la Academia Mexicana de Pediatría	
Dr. Esteban Hernández San Román	Secretario Técnico
Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	