

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

Guía de Referencia Rápida

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

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

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

DEFINICIÓN

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

La bulimia es una enfermedad que se caracteriza por comilonas o episodios recurrentes de ingestión excesiva de alimento, acompañados por una sensación de pérdida de control; luego, el paciente utiliza diversos métodos para prevenir el aumento de peso corporal.

Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo son: la realización de dietas, obesidad parenteral, la obesidad infantil del paciente y la menarca temprana, así como los padres que presentan una preocupación excesiva sobre el peso y la figura de sus hijos y que buscan cambiarles su apariencia.

Prevención

- Crear conciencia de los trastornos de la conducta alimentaria
- Promover 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 las actitudes de la sociedad, con relación a 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 no basada en el peso y la figura. Involucrar a los seres queridos y mejorar las habilidades sociales
- Se sugiere implementar estas recomendaciones a nivel asistencial, ya sea en la consulta individual o mediante la creación de grupos de medicina preventiva

Tamizaje

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

DIAGNÓSTICO

Anorexia Nerviosa

Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, 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 (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-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

Bulimia Nerviosa

Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, Texto Revisado DSM-IV-TR (APA, 2002).

1. 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 controlar la cantidad de comida ingerida

2. Conductas compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento de peso, como: vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos, ayunos o ejercicio excesivo
3. Los episodios de ingestión voraz y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren por lo menos dos veces a la semana durante 3 meses
4. La autoevaluación se encuentra indebidamente influenciada por la forma y el peso del cuerpo
5. El disturbio 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-10 (WHO, 1992)

- 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
- 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 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 un episodio previo de anorexia nerviosa; el intervalo entre ambos trastornos fluctúa 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.

ESTUDIOS DE LABORATORIO

1. Pruebas de laboratorio y gabinete indispensables

- 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)

Referir al médico psiquiatra si:

- Se establece diagnóstico de TCA
- Pérdida de peso igual o superior a 10% a 25% del peso sin una causa que lo justifique
- Presencia de episodios bulímicos regulares; es decir, conductas de sobreingesta alimentaria y conductas purgativas persistentes

Derivación a hospitalización urgente si:

- 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 si:

- Negativa absoluta a comer o beber
- Sintomatología depresiva con riesgo de autolesión
- Conductas autolesivas importantes

