

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Servicio: Unidad de Psiquiatría
Fecha de entrega: 15/02/2010
Destinatario: Personal Sanitario HIC
Reg: PCE PT 030

CONTROL DE MODIFICACIONES		
DESCRIPCION	Nº Versión	Fecha Edición
Creación: Dra. Nuria Tur Salamanca. Dra. Cristina del Álamo Jiménez. Marta González Casatejada Juan Vega Barea.	1	Febrero 2010

Revisado: Unidad de Psiquiatría Fecha: Firma	Aprobado: Dirección Médica Fecha Febrero 2010 Firma
---	---

ELABORACIÓN:

Psiquiatra Adjunto. Servicio de Psiquiatría Hospital Infanta Cristina.

Dra. Nuria Tur Salamanca.

Diplomado en Enfermería, UHB de psiquiatría Hospital Infanta Cristina.

Marta González Casatejada.

Jefe de Servicio de Psiquiatría Hospital Infanta Cristina.

Dra. Cristina del Álamo Jiménez.

Supervisor de la UHB de psiquiatría Hospital Infanta Cristina.

Juan Vega Barea.

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) son enfermedades psicosomáticas graves, de etiología multifactorial que solo pueden entenderse por la interacción de muy diversos factores psicológicos y fisiológicos que se suscitan, potencian y modifican mutuamente, dando lugar a una entidad nosológica de gran complejidad.

Esta realidad hace que la carga asistencial que conlleva cada caso de TCA sea también compleja, implicando a lo largo del tratamiento a múltiples profesionales, instituciones y recursos sanitarios.

Los resultados de un estudio de prevalencia de los TCA en la Comunidad de Madrid, publicado en 2003, realizado sobre una muestra de 1534 adolescentes escolarizadas de entre 15 y 18 años indican que un 3,4% presentaban en el momento del estudio un TCA, bien completo, bien incompleto. Siendo los trastornos más frecuentes aquellos que no cumplen criterios completos de anorexia o bulimia nerviosa. Los TCA-no especificados, que suponen más de la mitad de los casos.

Según los datos procedentes de Registro de Casos Psiquiátricos del año 2004 de la Consejería de Sanidad y Consumo los TCA (307.1 y 307.5 CIE-9) representan el 1% del total de los casos nuevos atendidos (pacientes que consultan por primera vez) en los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

El tratamiento de estos trastornos pasa por un abordaje integral desde una perspectiva multidisciplinar, multiprofesional y multi-recurso. En efecto, en el largo proceso de tratamiento de un paciente diagnosticado de TCA con toda probabilidad estarán implicados varios de los múltiples recursos asistenciales que la Comunidad de Madrid ofrece y que incluyen desde asistencia ambulatoria de primaria y especializada, hasta hospitalización completa pasando por hospitalización parcial, así como recursos residenciales entre otros. Con estas premisas, la continuidad de cuidados y la coordinación entre los profesionales y los recursos implicados es imprescindible.

Este documento quiere ser una propuesta de actuación y coordinación para los profesionales implicados en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de TCA que se encuentren en una fase de tratamiento que requiera atención en un régimen de hospitalización completa.

OBJETO: El objeto de este protocolo es establecer unas recomendaciones integradas para la actuación y coordinación del personal sanitario (médico, enfermeros, auxiliares) del Hospital Infanta Cristina de Parla ante el ingreso hospitalario de un paciente diagnosticado de trastorno de la conducta alimentaria.

ALCANCE: El ámbito de aplicación de este documento será todo el personal sanitario del Hospital Infanta Cristina. Implicando especialmente al personal de los Servicios de Endocrinología y Psiquiatría.

DESARROLLO:

Bajo el epígrafe de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) se agrupan dos síndromes importantes y claramente delimitados: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, además de otros trastornos bulímicos menos específicos y de la obesidad relacionada con alteraciones psicológicas. Tanto los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa como los de bulimia nerviosa se recogen en el **Anexo I**.

La hospitalización completa constituye una fase más del tratamiento de los TCA y puede ser necesaria al inicio de la enfermedad o en cualquier momento de la evolución del trastorno.

DERIVACIÓN:

- La indicación de ingreso puede realizarse desde Atención Primaria a través del Servicio de Urgencias del Hospital Infanta Cristina.
- Desde el Servicio de Urgencias del Hospital Infanta Cristina.
- Desde la consulta de Endocrino del Hospital Infanta Cristina.
- Como ingreso programado por los equipos de Salud Mental de Parla o Clínicas de TCA (dispositivos específicos de tratamiento ambulatorio de los TCA).

- Desde recursos de Hospitalización Parcial específicos o generales que tratan estos trastornos.

La derivación debe realizarse mediante informe escrito y siempre en coordinación con los dispositivos asistenciales hospitalarios y extra hospitalarios que se hacen cargo del paciente. Además es conveniente que mientras dure la hospitalización se mantenga un contacto fluido y frecuente con los profesionales implicados en el tratamiento hospitalario, de tal forma que exista comunicación sobre la evolución del paciente y se haga una planificación conjunta previa al alta hospitalaria.

CRITERIOS DE INGRESO

El ingreso se realizará a cargo de psiquiatría, medicina interna o endocrinología y nutrición, a consensuar en función de los recursos disponibles, o en pediatría en menores de 18 años.

A) EN UNIDAD CONVENCIONAL A CARGO DE ENDOCRINO:

FACTORES ORGÁNICOS

- IMC menor de 15,5. Pérdida brusca de más del 30% del peso adecuado a talla y edad. Peso inferior al 65% del peso ideal.
- Bradicardia FC<40 l pm; Hipotensión TA<90/60 mm Hg; Glucemia <60; hipopotasemia K<2,5meq/l a pesar de suplementación adecuada. Desequilibrios hidroelectrolíticos. Nitrógeno ureico (BUN) superior a 30mg/dl con función renal normal. T^a <36,1°C. Deshidratación. Afectación orgánica hepática, renal o cardiovascular que requiera tratamiento agudo. Alteración metabólica severa.
- En niños: - FC<40 l pm; Cambios en la TA ortostática (incremento < 20lpm o > 10-20 mm Hg)TA<80/50 mm Hg; Hipopotasemia; Hipomagnesemia

B) EN UHB A CARGO DE PSIQUIATRIA:

FACTORES PSICOLÓGICOS/PSIQUIÁTRICOS

- Falta de motivación y rechazo al tratamiento.
- Presencia de planes o tentativas de conductas suicidas.
- Cualquier trastorno psiquiátrico comórbido que requiera hospitalización.

FACTORES SOCIALES:

- No poseer una estructura para comer y aumentar de peso.
- Existen conflictos y problemas familiares o ausencias graves que no hacen posible un tratamiento estructurado en casa.

OBJETIVOS GENERALES DEL INGRESO HOSPITALARIO:

A) RECUPERACIÓN DEL EQUILIBRIO ORGÁNICO:

Hidratación adecuada, corrección de alteraciones electrolíticas y del equilibrio acido-base. Estabilización de constantes vitales.

Recuperación de peso con aporte dietético adecuado hasta alcanzar un peso mínimo saludable (IMC 18kg/m² o 85-90% del peso ideal) Normalización de hábitos alimentarios. Establecer un programa de alimentación y reposo, control de la hiperactividad, atracones y purgas. Iniciar educación nutricional Tratamiento de las complicaciones orgánicas.

B) PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS:

Mejora de la conciencia de enfermedad. Promover la adhesión al tratamiento ambulatorio

Identificación y abordaje de trastornos psicopatológicos asociados.

Fomentar una percepción realista del propio cuerpo. Trabajar con principales ideas, actitudes y sentimientos desadaptativos.

Favorecer las relaciones interpersonales que mejoren la autoestima y la confianza.

Conseguir mayor nivel de autonomía personal.

Apoyar a la familiar facilitando la comunicación y expresión de los sentimientos. Orientación familiar en relación al trastorno.

C) SOCIAL:

Modificar factores sociales que provocaron el ingreso.

D) PREPARACIÓN AL ALTA Y COORDINACIÓN DE DISPOSITIVOS
AMBULATORIOS:

Facilitar cita de seguimiento.

EVALUACIÓN DEL CASO: Al ingreso se realizará historia clínica con las siguientes particularidades:

ANAMNESIS E HISTORIA CLÍNICA MÉDICA:

Junto con los datos generales de la historia clínica hay que preguntar específicamente:

- Derivación. Conciencia del Problema.
- Inicio de la enfermedad (cuando, cómo...)
- Factores desencadenantes.
- Intentos de solución. Tratamientos previos.
- Sobrepeso previo. Máximo peso y mínimo peso. Cuándo.
- Dietas y cuando. A iniciativa de quién.
- Qué come actualmente en un día normal.
- Alteración de la imagen corporal.
- Alteraciones menstruales. Amenorrea.
- Miedo a angustia ante la posibilidad de aumento de peso.
- Existencia de atracones.
- Actividad física que realiza.
- Métodos de purga.
- Aspectos psicológicos y sociales.

EXPLORACIÓN FÍSICA GENERAL:

- Peso, talla, IMC.
- TA en sedestación y bipedestación. FC. T^a
- Estudio puberal
- Exploración general.

- Los hallazgos físicos que podemos encontrar variarán según el estado del paciente desde la práctica normalidad hasta una importante afectación del estado general. Se recogen en **Anexo II**.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Hemograma completo con VSG
- Bioquímica: Glucemia, colesterol, Triglicéridos, proteínas totales, albúmina, urea, creatinina, ácido úrico, GOT, GPT, Bilirrubina, GGT, Fosfatasa Alcalina, Amilasa, Lipasa, CK monograma (sodio, potasio, calcio, magnesio, fósforo), hierro y ferritina.
- Sistemático de orina
- Hormonas: TSH, T3, T4. FSH, LH, Prolactina, Estradiol (mujeres), Testosterona (hombres), cortisol
- ECG
- Test de embarazo (en mujeres de edad fértil)
- Tóxicos en orina.

Opcionales:

Perfil nutricional: Vitaminas A,E,B1,B6,B12, ácido fólico, zinc. Aconsejado en casos crónicos.

Pacientes por debajo de su peso + 6m, Valoración de osteopenia y osteoporosis: Densitometría ósea de columna y fémur.

Estudio digestivo: Sangre oculta y grasa en heces. Phmetría.

Estudio radiológico: Rx torax, Rx de muñeca (recomendado en adolescentes para determinar edad ósea y realizar seguimiento de crecimiento). Ecocardiograma, ecografía abdominal y pélvica.

Estudio neurológico. TAC, TM craneal. Para engrosamiento ventricular correlacionado con el grado de nutrición.

Estudio inmunológico.

Las posibles alteraciones que se encuentran en las pruebas complementarias se recogen en **Anexo III**.

PROGRAMA TERAPÉUTICO:

El ingreso hospitalario de los pacientes con diagnóstico de TCA debe tener unas condiciones determinadas de organización que lo convierta en un contexto terapéutico potenciador de la recuperación y no en un lugar opresivo de vigilancia y control.

Los objetivos terapéuticos deben ser individualizados teniendo en cuenta las características físicas, psicopatológicas y sociales paciente, y el momento evolutivo de la enfermedad. Así mismo tendrán en cuenta su entorno familiar. Deben ajustarse entre el equipo médico y paciente.

Se establecerá un contrato terapéutico que refleje los objetivos individualizados del ingreso. En el caso de ser necesario restitución de peso constará un peso diana a adquirir durante el ingreso, así como el tiempo necesario que ha de mantenerse el rango de peso para ser dado de alta y orientar acerca del peso que podría ser motivo de reingreso. El peso se referirá siempre a un estado de salud adecuado (estado de no desnutrición), no como algo con valor por sí solo. En otras ocasiones el objetivo podrá establecerse en relación a conductas alimentarias erráticas, como frecuencia de conductas purgativas (vómitos) o compensadoras (ejercicio).

En la mayoría de las ocasiones en que las condiciones físicas, psicológicas o conductuales de un paciente exigen un ingreso hospitalario para estabilizar su salud, éste no tiene una conciencia clara de su gravedad, mostrándose reticente a admitir las prescripciones médicas.

Cuando esto ocurre, se estructura la estancia en el hospital mediante un programa operante, cuyas características se detallan por escrito y se firma en forma de contrato terapéutico. El Programa Operante se detalla a continuación.

COMPROMISO TERAPÉUTICO. RÉGIMEN HOSPITALARIO

Nombre y fecha:

PRINCIPIOS GENERALES

- Nos gustaría informarte sobre las características más importantes de nuestro programa de tratamiento y sobre las normas básicas que utilizamos para tomar las decisiones adecuadas durante tu estancia en el hospital.
- Dado que existen diferencias individuales en cada uno de vosotros, éstas se tendrán en cuenta de forma que el programa de tratamiento se adapte a tu situación personal y a los cambios que vayas realizando.
- El primer logro a conseguir es restaurar un límite mínimo de peso y reorganizar tus pautas de comida. Para ello hemos diseñado un plan que te da cierta libertad pero que también incluye ciertas normas. Sólo en el caso de que seas incapaz de manejar tu propia libertad, asumiremos el control temporalmente.
- El objetivo principal es que puedas responsabilizarte de ti mismo de forma progresiva, dependiendo de tu evolución y de acuerdo a las normas que se detallan en la página siguiente.

REGULACIÓN DE LA COMIDA Y EL PESO

- Es necesario establecer un peso límite mínimo estable, en base a normas científicas y de acuerdo a tu altura y edad. En tu caso este límite mínimo de peso es de Kg, por debajo del cual pondrías en riesgo tu vida.
- El restablecimiento de este peso mínimo debe adquirirse de manera gradual y regular, ni muy rápido ni muy lento, siguiendo las condiciones expuestas a continuación:
- El peso no debe disminuir por debajo del peso que tenías cuando ingresaste:
 Kg.
- Partiendo del peso que tienes al ingreso, debes irlo subiendo gradualmente en proporción de 700 gr. a 1 Kg por semana, hasta conseguir el nivel mínimo pactado.
- Si en tres semanas consecutivas permaneces por debajo de este nivel mínimo, pasarás a un PROGRAMA ESPECIAL.
- El aumento de peso no debe de ser superior a 1 Kg a la semana.

- Sólo tomarás los alimentos que te ofrezca el personal sanitario, porque mantienen el equilibrio nutricional que precisas.

Si se cumplen estas condiciones seguirás el PROGRAMA REGULAR.

Si estas condiciones no se cumplen, pasarás al PROGRAMA ESPECIAL.

PROGRAMA REGULAR

Está formado por 3 fases:

1ª Fase

Hasta que ganes un tercio del peso que deba ser conseguido: Kg.

- Recibes la dieta que te ha prescrito el médico de Nutrición.
- Recibes también una bebida proteica extra tres veces al día, si fuera preciso.
- No se te darán otras comidas en todo el día.
- Se te pesará diariamente antes del desayuno.
- Reposarás 1 hora después de cada comida.
- Sólo puedes abandonar tu habitación para realizar alguna prueba médica o actividades terapéuticas.
- Sólo se permiten visitas los sábados y domingos, que serán reguladas en función de cómo vaya el tratamiento.
- No se te permite enviar o recibir cartas.
- Sólo se permiten llamadas telefónicas los sábados y domingos. Con horario y regulación del tiempo. En caso de tener teléfono móvil éste se retirará al ingreso.
- Si tienes vómitos después de las comidas, recibirás ayuda específica para poder controlarlos.
- Si usas laxantes de forma regular y padeces un estreñimiento pertinaz, pídenos ayuda para solucionar estos problemas.

2a Fase:

Hasta que ganes dos tercios del peso que debas conseguir: Kg.

- Recibes la dieta que te ha prescrito el médico de Nutrición.
- Reposarás 1 hora después de cada comida.
- No se te permiten comidas extras, ni tener comidas en tu habitación.

- Se te pesará tres veces en semana, antes del desayuno.
- Puedes salir de tu habitación de acuerdo con las normas del hospital y con límite de tiempo.
- Las visitas seguirán siendo permitidas en sábado y domingo.
- Puedes enviar y recibir cartas, así como realizar llamadas telefónicas. Se te devolverá el teléfono móvil.

3ª Fase:

Hasta que llegues al peso mínimo pactado: Kg.

- Recibirás la dieta prescrita por el médico de Nutrición.
- Se te pesará dos veces en semana, antes del desayuno.
- Puedes salir del hospital a pasar una tarde fuera o un fin de semana en casa.
- Las visitas se te permiten todos los días, según la normativa del hospital.

PROGRAMA ESPECIAL

Se pondrá en vigor cuando no se hayan cumplido una o más de las condiciones mencionadas anteriormente.

1ª Fase

Si descendes del peso de ingreso.

- Recibes la dieta prescrita por el médico de Nutrición.
- Se te pesará diariamente, antes del desayuno.
- No puedes salir de tu habitación, excepto para realizar alguna prueba médica.
- No se permiten visitas, llamadas telefónicas ni cartas.

2ª Fase

Hasta que se incremente tu peso un tercio del peso pactado.

- Recibes la dieta prescrita por el médico de Nutrición.
- Se te pesará diariamente antes del desayuno.
- Puedes salir al pasillo una hora al día.
- Puedes recibir visitas el sábado y domingo durante una hora.
- No se te permite enviar ni recibir cartas.

- Puedes realizar una llamada telefónica a la semana.
- No puedes estar en el hall de la Planta ni en la sala de estar.

3a Fase:

Hasta que se incremente el peso dos tercios del peso pactado. - Recibes la dieta prescrita por el médico de Nutrición.

- Se te pesará tres veces a la semana antes del desayuno.
- Debes estar en tu habitación pero puedes salir al pasillo tres horas al día.
- Puedes recibir o hacer dos llamadas telefónicas a la semana.
- Puedes recibir visitas durante dos horas los sábados y domingos.
- No se te permite permanecer en la sala de estar, ni acercarte al office ni al carro de la comida.

4a Fase:

Hasta que se llegue al peso mínimo pactado.

- Recibes la dieta prescrita por el médico de Nutrición.
- Se te pesará dos veces en semana, antes del desayuno.
- Puedes salir de tu habitación de acuerdo a las normas del hospital.
- Puedes hacer tres llamadas telefónicas a la semana.
- Puedes enviar y recibir cartas.
- Puedes recibir visitas los sábados y domingos.

NORMAS ESPECIALES DURANTE EL PROGRAMA ESPECIAL

- Si en tres ocasiones consecutivas tienes que incluirte en la primera fase del PROGRAMA ESPECIAL (lo cual significa que no cumples los requisitos para el PROGRAMA NORMAL), tendrás que permanecer en cama.
- Si tus condiciones físicas lo aconsejan se te pondrá una sonda nasogástrica.

TRATAMIENTO POSTERIOR

- El restablecimiento de un peso normal y de unas pautas alimentarias adecuadas, es un paso necesario pero no el único para solucionar los problemas, tensiones y conflictos en los que te encuentras.
- Tus sentimientos, pensamientos, miedos, dudas sobre ti mismo y tu futuro, tus relaciones interpersonales, tu rendimiento académico o de trabajo, son mucho más importantes y necesitan un tratamiento específico.
- Este tratamiento es inoperante cuando tu estado de salud física y tu peso están muy alterados. Por ello es necesario que en el principio nos centremos en conseguir un peso mínimo.
- Cuando las condiciones físicas lo permitan podrás acudir, de manera sistemática, a las terapias y las sesiones individuales que necesites.
- Es necesario también que tu familia venga de manera regular a tratamiento, ya que su colaboración incrementa las posibilidades de éxito.
- Todo este programa está pensado para que logres tu mejoría y posterior curación. Te rogamos nos digas las dificultades y problemas que te surjan.
- Cuando se te vaya a dar de alta del hospital, se volverá a establecer un peso mínimo de seguridad, por debajo del cual deberás volver a ingresar.

Firmo aquí que estoy de acuerdo y me comprometo con lo arriba escrito.

Fdo.

Madrid, a de de 20

P

ROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA:

a) INGRESO EN UHB. RECEPCIÓN AL PACIENTE:

La base de la atención al paciente con TCA es establecer una relación de confianza enfermera-paciente que se debe iniciar en el mismo momento del ingreso. Hay que tener en cuenta las características personales y familiares de cada paciente para que la atención de enfermería sea individualizada.

En el momento en que el paciente entra en la UHB debe ser recibido por una enfermera. Ésta llamará al paciente por su nombre y se presentará, indicándole su disponibilidad para ayudarle en lo que necesite. La enfermera acompañará al paciente a su habitación, donde le explicará meticulosamente (si es la primera vez que ingresa) el funcionamiento de la misma (mobiliario, luces, baño....

Se recogerá al paciente los objetos personales (custodia seguridad), ocasión que debe aprovecharse para observar (medicamentos, laxantes, dulces,etc.), posteriormente se le enseña el resto de la unidad (comedor, sala de terapia ocupacional, sala de la televisión, etc.) y se le presenta al resto del equipo de enfermería así como a los demás pacientes.

Una vez realizado el ingreso, se establecen los objetivos que queremos lograr con cada paciente y que dependerán de sus características personales y familiares.

b) PLAN DE CUIDADOS ENFERMERIA. (PAE)

VALORACIÓN

PROCEDENCIA: Urgencias ó indicar dispositivo extra-hospitalario (ingreso programado).

MOTIVO DEL INGRESO: Criterio de ingreso.

INGRESOS ANTERIORES.

TIPO DE INGRESO: VOLUNTARIO/ INVOLUNTARIO.

ESTADO CIVIL:

CONVIVENCIA HABITUAL:

SITUACIÓN LABORAL: OCUAPACIÓN:

ACOMPAÑADO:

RECOGIDA DE OBJETOS PERSONALES:

HÁBITOS TOXICOS: FUMADOR, BEBEDOR, DROGAS Y SDR. DEPRIVACIÓN.

ANTECEDENTES DE INTERÉS Y ALERGIAS:

TRATAMIENTO HABITUAL:

PESO:

TALLA:

IMC:

TOMA DE CONSTANTES VITALES: TA, FC, en sedestación y bipedestación, con una diferencia de tiempo entre el cambio de posición, de 1 a 3 minutos. Valoramos aumento de TA por esfuerzo físico, emociones fuertes y la hipotensión ortostática debido a deshidratación, uso diuréticos. *Tª, Sat 02.*

Realizar **ECG** (ingreso y cuando sea preciso).

Medir **glucemia** capilar.

1.- RESPIRACIÓN:

Eupneica

Disnea

Hiperventilación

2.- ALIMENTACIÓN:

La importancia de una correcta técnica de entrevista de enfermería al valorar este patrón es muy elevada. Por ello debemos intentar que la información sea la mas real posible, empatizar con la paciente para que no tenga miedo de contarnos cual es su forma de relacionarse con “su alimentación” en este sentido.

Autonomía

Portador de prótesis

Restricción alimentaria; motivo: alteración deglución.

Intolerancia alimentaria. Alergias.

Variación importante de peso-kg-meses

Conductas purgativas. Atracones

Consumo pastillas adelgazantes

Tipo de alimentación que lleva

Hábitos sociales alrededor de la comida: Donde come, y con quien come, rituales relacionados (partir la comida en trozos muy pequeños, esparcir la comida por todo el plato...)

Hidratación: Que líquidos ingiere, cantidades al día

“Alimentos prohibidos “: los que estos pacientes se prohíben a si mismos.

Signos frecuentes en pacientes TCA:

Signo de Russel: (callosidades, en los nudillos de las manos por los vómitos auto provocados)

Alteraciones dentales, exceso de caries, alteraciones en el esmalte dental, lesiones en el paladar, xerostomía.

Alteraciones clínicas del aparato digestivo diagnosticadas, valorar su posible presencia: Hipertrofia de glándulas salivares, hipertrofia paratidoidea, esofagitis, trastornos de la motilidad, dilatación aguda del estomago, vaciamiento gástrico retrasado a sólidos, reflujo gastroesofágico, síndrome dumping (vigilar glucemias)

3.- ELIMINACIÓN:

El patrón de eliminación en estas pacientes, también está muy alterado, debido al uso que hacen de él en las conductas purgativas. Así como la inestabilidad que se crea cuando se producen abundantes cambios de ritmo intestinal, ayunos prolongados. Tiempo que pasa en el baño, rutina “agua corriendo o ruido para amortiguar el vómito”

Intestinal:

Frecuencia deposición

Características

Uso de laxantes, supositorios, masajes.

Fecha última deposición

Miccional:

Continente

Uso de diuréticos

4.- MOVILIZACIÓN:

Ejercicio: duración, cuando (después de las comidas)

Posturas tensión muscular

5.- REPOSO-SUEÑO:

Ansiedad

Insomnio, al conciliar el sueño, precisa fármacos

Estado de conciencia

Horas de sueño: diurnas y nocturnas.

Percepción del descanso

Pesadillas durante el sueño

Signos frecuentes en pacientes TCA:

Suele tener ciclos de vigilia muy continuados, debido al miedo a dormir, las pesadillas o en el pensamiento único sobre la comida que impide conciliar el sueño.

6.- VESTIDO:

Autonomía
Descuidado

7.- TERMORREGULACIÓN:

Acrocianosis con frialdad e manos y pies

8.- HIGIENE-PIEL:

Autonomía para mantener higiene
Autolesiones (bulimicas)

Signos frecuentes en pacientes TCA:

Atrofia muscular
Piel seca agrietada,
Pérdida del tejido celular subcutáneo
Posible pigmentación de la piel carotinemia, coloración anaranjada de la palma de las manos por falta de vitamina A
Pelo seco, áspero y frágil.
Uñas quebradizas Visualización de prominencias óseas
Edemas en las extremidades y parpebrales

9.- SEGURIDAD:

Grado de vigilancia
Estado de agitación
Trastorno del pensamiento
Riesgo de lesión: auto dirigida, dirigida a otros
Riesgo de fuga
Seguridad: riesgo intoxicación
Contención mecánica

10.- COMUNICACIÓN:

Alteración de la percepción/ comunicación: alucinaciones auditivas, visuales
Núcleo familiar, nº personas que convivencia, estructura familiar.

Sensación de soledad, de aislamiento social, de sentirse querido por alguien
Relaciones actuales, como son con que frecuencia se comunica con ellos, que grado real de intimidad hay.

Cambios en las relaciones: Separaciones o divorcio de los padres. Separación de la pareja.

Datos ginecológicos:

Fecha última regla

Alteración sexual

Edad de menarquia, ciclos (frecuencia / duración

Alteraciones : AMENORREA tiempo de evolución de la amenorrea, a que la “a chaca” la paciente, le preocupa.(nota: hay pacientes que tienen un miedo elevado a crecer por lo que no tener la menstruación las infantiliza ante ella y los demás, les agrada esta idea.)

Historia obstetricia:

Gestaciones, abortos (provocados o espontáneos) y partos

Uso de anticonceptivos hormonales, edad de inicio, motivo

Revisiones ginecológicas: periodicidad

Vida sexual:

Inicio de las relaciones sexuales

Problemas en las primeras relaciones.

Abusos o situaciones de agresividad.

Satisfacción en las relaciones sexuales

11.- CREENCIAS-RELIGIÓN:

Percepción de la situación actual

Trastorno imagen corporal- autoestima

Estado de ánimo.

El patrón de Autoestima y auto percepción es junto con el patrón de alimentación el que más deteriorado se encuentra. Recordar que los TCA cursan con una baja autoestima generalizada, aunque en apariencia y ante los demás se muestren de forma muy diferente.

Vamos a valorar cuáles son sus referentes en la vida, que valor le da sobre todo a la moda, la estética, si para ella es como algo sobre el que ha de girar toda su capacidad vital

12.- TRABAJAR:

Alteración en la imagen

Alteración conducta

Detección alteración relación: parentales, rol comunicación

Trabaja, estudia

Repercusión en su profesión

Contacto con personal

Nivel de estudios, notas durante los estudios, cambios en estas.

Capacidad de concentración

Dificultad, fallos en la utilización de memoria, reciente y pasada

Sensación de incapacidad menor rendimiento para la actividad intelectual

Objetivos a nivel de estudios o trabajo, ¿son propios o impuestos? considera que son muy elevados, ¿ que pasaría si los baja?

Tiempo de dedicación al trabajo o estudio

Otras habilidades artístico- manuales

Habilidades de comunicación: vocabulario, mirada, fluidez

Empobrecimiento de la capacidad creadora y la fantasía

13.- RECREARSE:

Participa en actividades usuales

14.- APRENDER:

Conoce la enfermedad

Acepta la enfermedad

En general se tiene la percepción de que las pacientes con TCA son personas con un alto coeficiente intelectual, pero más que señalar el nivel de inteligencia se ha de resaltar el nivel de perseverancia y competitividad consigo mismo, por lo que llegan a ponerse metas muy altas, que desarrollan con su capacidad de sacrificio, más que por las aptitudes neuronales.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERA, OBJETIVOS, EJECUCIÓN:

DE. DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO O EXCESO

R/C

AUTOPRIVACIÓN DE ALIMENTOS

PROVOCACIÓN DE VÓMITOS

ATRACONES

MECANISMOS COMPENSATORIOS

NOC:	NIC:
Control de peso	Acuerdo con el paciente. Ayuda a ganar peso. DEFECTO Ayuda a disminuir peso. EXCESO Manejo de los trastornos de la alimentación. Modificación de la conducta. Monitorización nutricional
Estado nutricional	Ayuda a ganar peso. Etapas de la dieta. Manejo de la nutrición. Monitorización de signos vitales Enseñanza dieta prescrita. EXCESO.

DE. HIDRATACIÓN INADECUADA POR DEFECTO
R/C
VOLUNTAD DE ENMASCARAR EL PESO

NOC:	NIC:
Mantendrá correcta hidratación	Registro de ingesta. Estimular ingesta de líquidos.

DE. MIEDO RELATIVO A LA POSIBILIDAD A AUMENTAR EL PESO

NOC:	NIC:
Disminución del miedo. Aceptará un peso mínimo/ideal pactado.	Controlar la posible manipulación del entorno. Contrato terapéutico.

DE. ESTREÑIMIENTO
R/C
*ALIMENTACIÓN INADECUADA
ABUSO DE LAXANTES*

NOC:	NIC:
Mejorará el hábitos intestinales	Enseñar la importancia de una dieta equilibrada. Establecer horario regular. Explicar riesgos del uso de laxantes.

DE. DEFICIT DE AUTO CUIDADOS:
ALIMENTACIÓN
BAÑO/HIGIENE
USO DEL WC

NOC:	NIC:
Autocuidados	Ayuda al autocuidado
ABVD	Mantenimiento de la salud
Autogestión de los cuidados Satisfacción del paciente	Manejo ambiental Enseñanza individual

COMPLICACIÓN POTENCIAL
MOVILIDAD EXCESIVA

R/C

NECESIDAD DE HACER GASTO ENERGÉTICO

NOC:	NIC:
Disminuir la actividad sobre todo antes, durante y después de la ingesta.	Explicar que el ejercicio post-ingesta dificulta la digestión. Evitar posturas de tensión muscular y adoptar otras más relajadas.

DE. ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

R/C

LA PERCEPCIÓN ERRÓNEA DE LA TALLA CORPORAL

NOC:	NIC:
Autoestima	Potenciación de la autoestima
Relativizará la importancia que se da a la estética imperante.	Rectificar/señalar las percepciones erróneas que verbalice sobre su imagen.
Asumirá su imagen corporal	Apoyo emocional. Grupo de apoyo. Potenciación de la imagen corporal. Terapia de grupo. Favorecer expresión de sus percepciones.
Modificación psicosocial: cambio estilo de vida	Aumentar el afrontamiento. Guía de anticipación

DE. FALTA DE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

R/C

FALTA DE PERCEPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE A.N Y/O BULIMIA

NOC:	NIC:
Conocerá peligros de su comportamiento alimentario.	Informar peligros asociados a su conducta alimentaria.
Cambios de actitud en relación con la enfermedad.	Ayudar a reconocer las complicaciones físicas y psicológicas.

DE. DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL

R/C

MIEDO A ESTABLECER RELACIONES DE CONFIANZA CON LOS DEMÁS

NOC:	NIC:
Identificará nuevas conductas para establecer relaciones sociales efectivas.	Fomento del desarrollo de relaciones entre los miembros del grupo.
Habilidades de interacción social	Modificación de la conducta: habilidades sociales.

DE. BAJA AUTOESTIMA

R/C

ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

NOC:	NIC:
Autoestima	Control del humor. Potenciación de la autoestima. Potenciación de la socialización. Reestructuración cognitiva. Aumentar el afrontamiento. Control del humor. Entrenamiento de la asertividad. Potenciación de la conciencia de sí mismo.

DE. AFRONTAMIENTO DEFENSIVO

NOC:	NIC:
Autoestima	Apoyo emocional. Potenciación de la autoestima. Potenciación de la conciencia de si mismo.
Desarrollo infantil: adolescencia (12-17 años)	Ayuda a la modificación de si mismo. Facilitar la autoresponsabilidad Potenciación de roles..
Habilidades de interacción social	Entrenamiento de la asertividad. Estimulación de la integridad familiar .Modificación de la conducta.

DE. AISLAMIENTO SOCIAL

NOC:	NIC:
Habilidades de interacción social	Contacto. Modificación de la conducta: habilidades sociales
Implicación social	Facilitar el perdón. Potenciación de la socialización. Terapia de actividad .
Integridad de la familia	Apoyo al cuidador principal. Estimular la integridad familiar. Fomento de la normalización familiar

DE. RIESGO DE SUICIDIO

NOC:	NIC:
Autocontrol de los impulsos	Ayuda para el control del enfado. Control del humor. Entrenamiento para controlar impulsos. Prevención del suicidio.
Integridad de la familia	Intervención en casos de crisis

DE. DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN

NOC:	NIC:
Conducta de cumplimiento	Establecer objetivos
Modificación psicosocial	Aumentar el afrontamiento
Aceptación del estado de salud	Modificación de la conducta

DE. AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE

NOC:	NIC:
Relación entre el cuidador principal y el paciente	Apoyo al cuidador principal. Aumentar el afrontamiento. Cuidados intermitentes. Grupo de apoyo .

DE. POTENCIAL DE DISFUNCIÓN SEXUAL

R/C

DESINTERÉS POR LAS RELACIONES SEXUALES

INSATISFACCIÓN CON LAS MISMAS

SENTIMIENTOS DE SER DESEABLE

NOC:	NIC:
Analizará si se ha producido algún cambio en su forma habitual de expresión sexual	Ayudar a identificar posibles cambios en la libido. Fomentar imagen de sí misma más positiva. Favorecer confianza y seguridad.

ANSIEDAD

R/C

PREOCUPACIÓN EXTREMA CON EL PESO, LA SILUETA Y LA INGESTA DE ALIMENTOS.

NOC:	NIC:
Disminuirá el nivel de ansiedad mediante el aprendizaje de técnicas de relajación	Valorar el nivel ansiedad Enseñar técnicas de relajación para adquirir mayor control emocional y explicar su utilidad para mejorar su conducta alimentaria.

INTERVENCIONES RELACIONADAS CON:

PESO:

Al ingreso peso, talla y cálculo de IMC.

A primera hora de la mañana se pesa a los enfermos, en condiciones basales (ayunas y vejiga vacía). Se debe pesar solo con ropa interior, sobre ingesta de agua previa. La frecuencia del control del peso estará regulada por el **contrato terapéutico**

HIDRATACIÓN:

Realizar balance hídrico estricto. Ingesta y eliminación.

Registro vómitos.

ALIMENTACIÓN:

En psiquiatría:

Vigilancia en el comedor extrema sin que estos se sientan observados ya que intentaran camuflar la comida, no dejar elegir el sitio en el que sentarse.

En unidad convencional:

La bandeja se dejará 40 minutos para comer, en ningún momento se insistirá a la paciente a que coma. Tras este tiempo establecido se retira la bandeja sin recriminar en ningún momento.

USO DEL ASEO:

Permanecerá cerrado. Opcional antes de las comidas, no se podrá utilizar hasta que hayan transcurrido 45 minutos después de finalizar las comidas. Se acompaña a lavar los dientes y posteriormente se cierra el baño.

Acompañaremos al paciente, nunca entraremos dentro con él (excepto tras las comidas para lavarse los dientes). Estaremos pendientes ante cualquier sospecha purgativa, si sospechamos golpearemos la puerta preocupándonos por su estado. Respetar intimidad.

EJERCICIO FISICO:

Restricción total al principio si la causa del ingreso es por IMC bajo.

Se instaura según la fase en la que este del contrato terapéutico.

Tras las comidas se mantendrá reposo.

CONSTANTES VITALES:

TA, vigilar hipotensión arterial ortostática. Para ello tomaremos la TA en sedestación y bipedestación con una diferencia de tiempo entre una posición y otra de 1 a 3 minutos.

FC, valoraremos bradicardia

T^a, tendencia a temperaturas entre 35 y 36 grados.

Realizaremos glucemia basal,

Se realizaran en principio una vez al día, siempre que sea necesario.

Principales efectos secundarios del tratamiento farmacológico:

VENLAFAXINA: Aumento transitorio de TA.

MIRTAZAPINA: Aumento de apetito y peso.

TOPIRAMATO: Al inicio del tratamiento mareos.

RISPERIDONA: Aumento de las cifras de prolactemia con posible galactorrea.

Efectos Extrapiramidales

FLUOXETINA: Molestias gástricas al inicio del tratamiento.

NUTRICIÓN

Todo lo relacionado con la dieta de estos pacientes; calorías, aportes y demás serán consensuados y establecidos por el servicio de endocrinología.

Dieta al ingreso: hipocalórica.

La coordinación de ambos servicios mientras dure la hospitalización se realizará con frecuencia diaria.

Se contactará con dispositivo derivante para la coordinación del paciente al menos inicialmente y pre-alta.

Además se tendrá, al menos, una entrevista con la familia donde se informará del diagnóstico, objetivos del ingreso y proceder con el paciente. Se facilitará la hoja informativa para familiares y se resolverán las dudas que nos planteen acerca del proceso.

El contenido de las hojas informativas para familiares se detalla a continuación:

HOJAS INFORMATIVAS PARA FAMILIARES:

- **TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN**
Información a familiares.
- Dado que un miembro de su familia está siendo tratado aquí como paciente, nos gustaría informarle de los principios esenciales del tratamiento y que todos los equipos terapéuticos dedicados a estos problemas de la alimentación consideran como la mejor forma de realizarlo.
- El conocimiento de las características de esta enfermedad y la colaboración de los familiares incrementa las posibilidades de éxito. Por ello esperamos su estrecha colaboración.

Principios generales del tratamiento:

- Los problemas relacionados con el peso y las pautas de alimentación, conocidos como Anorexia Nerviosa y Bulimia son enfermedades psicosomáticas.
- Psicosomático significa que la enfermedad tiene características físicas y psíquicas.
- El estudio de los desequilibrios físicos y su vigilancia continuada (análisis, control de peso, control de constantes vitales, etc.) se lleva conjuntamente por los equipos de tratamiento de Endocrinología /Nutrición y Psiquiatría y por el personal de enfermería de ambos.
- La información, control periódico y consejos sobre alimentación se lleva a cabo por el equipo de Endocrinología y Nutrición.
- La información y tratamiento de los aspectos psicológicos y psiquiátricos se realizan por psiquiatras y psicólogos y enfermería psiquiátrica. Estos aspectos son los más difíciles de evaluar y tratar en el/la paciente.
- El estudio y la investigación hasta el momento, han enseñado que no hay una sola razón que haya provocado el surgimiento de esta enfermedad (Anorexia Nerviosa y Bulimia) sino un conjunto de factores diversos que concurren y facilitan el trastorno de alimentación.
- Aunque, en las reuniones con grupo familiar, se irán viendo algunos de estos factores que en su caso concreto habrán facilitado la aparición de la enfermedad, lo más importante y adecuado para el tratamiento es plantearnos: ¿Cómo vamos a plantearnos los problemas a partir de ahora?
- El estudio y la experiencia también nos han enseñado que las pautas alimenticias alteradas y los trastornos en el peso (especialmente la pérdida de peso) influyen en el comportamiento global de ella paciente, en sus sentimientos, en sus pensamientos y en las relaciones con los demás.
- Mucho de su forma de ser actual (conductas como engañar, rabietas, irritabilidad, agresividad) y algunas de sus características de su aspecto físico (sequedad de piel, mal color de cara, ojos hundidos y mal aspecto en general) se eliminan cuando la alimentación y el peso tienden a normalizarse.

- Usted habrá comprobado ya, que las súplicas, riñas y dar atención a las conductas negativas, no influye positivamente en la recuperación y en la mayoría de las ocasiones contribuye a mantenerla.
- El hablar no ayuda mucho mientras el peso y la pauta de alimentación siga alterada. Por esta razón hay que dar prioridad a la normalización del peso y las pautas alimenticias.
- Hacemos hincapié en que el/la paciente tiene que reaprender a alimentarse a sí mismo/a. Es un programa de reeducación y la colaboración del paciente es el punto inicial para que pueda empezar el tratamiento.
- Restaurar las pautas de alimentación normal y de peso no es lo único. De hecho, si se recupera el peso durante la estancia en un hospital y no se hace ningún otro cambio, el peso suele perderse rápidamente en cuanto se le da de alta en su medio ambiente.
- El miedo a engordar, la distorsión de su imagen corporal (verse o sentirse gordas a pesar de estar con una desnutrición grave), los sentimientos de inferioridad y baja autoestima, las inhibiciones para relacionarse, así como encontrar un equilibrio entre sus obligaciones (estudios, trabajo) y las actividades de ocio son aspectos que deben ser tratados.
- Se trata de entrenarse para poder llevar una vida cotidiana normal.
- Todos estos objetivos no suelen conseguirse sin la ayuda activa de la familia.
- En una enfermedad que, generalmente es tan larga como ésta, la gente que se encuentra alrededor, se esfuerza en dar consejos, desconociendo que es lo que debe hacerse. Muchas veces esta ayuda es bienintencionada pero produce un círculo viciosos que lo único que hace es empeorar las cosas.
- Muchos padres o parejas se sienten culpables y se preguntan constantemente que es lo que han hecho mal. Estos. pensamientos y sentimientos fomentan el autocastigo y el desánimo y no benefician a la cantidad de coraje que es necesario para llevar a cabo las acciones positivas que incrementan las posibilidades de éxito.
- Aunque no se pueden considerar que el/la paciente ni sus familiares son responsables de las situaciones pasadas, el proceso de cambio sí necesita la participación activa y responsable de todos.

- Es necesario que la familia adquiera nuevas formas de conducta y diferentes formas de pensar, para que los hábitos de comunicación anterior puedan transformarse.
- En vez de culpar a alguien o algo, preferimos trabajar juntos para encontrar nuevas soluciones. El modo en que se trata al paciente en una visita o en casa es muy importante e implica muchas consecuencias.

PROBLEMAS CONCRETOS DEL TRATAMIENTO:

Normalización de la comida y peso:

Se ha dado a cada paciente un programa detallado por escrito del que les daremos una copia. El tratamiento tiene varias etapas, tanto en régimen ambulatorio como en régimen hospitalario. Su colaboración es necesaria para que se puedan cumplir las normas adecuadamente.

En un principio, las visitas y otras formas de contacto (cartas, teléfono,...) están restringidas. El distanciamiento de las visitas favorece el que el/la paciente inicie una responsabilización en el proceso de la alimentación. Estas restricciones van desapareciendo gradualmente según el progreso del paciente. Si con estas restricciones no se inicia una mejoría serán necesarias nuevas restricciones de las que le informaremos con detalle.

Necesitamos su ayuda su ayuda para que el/la paciente cumpla estas normas. Si tienen dificultades para soportar este pequeño distanciamiento, consúltenlo con nosotros antes de incumplir las normas.

Los días en que se permiten las visitas o las llamadas, les rogamos encarecidamente que el tema de conversación con su hijo/a, esposo/a no se refiera a la comida ni a su aspecto corporal. Inicie conversaciones sobre cualquier otro tema. Esto permitirá ir descendiendo la atención que ha recibido por las conductas inadecuadas y ampliar los temas de comunicación entre ustedes.

Si el/la paciente trata de hablar de comida, peso, etc., cambie de conversación.

Es fundamental que no se desorganicen las pautas de alimentación del hospital trayendo dulces o comida extra. No traiga tampoco laxantes o medicación.

El tratamiento en el Centro de Salud Mental tiene también varias etapas. Le proporcionaremos una copia del compromiso terapéutico que hemos dado al paciente. Es muy importante que usted trate de cumplir las normas que ahí se establecen.

La separación durante la comida, debe realizarse para que sea el propio paciente el que se empiece a responsabilizar de su alimentación. Usted mismo ha podido comprobar que la vigilancia y los ruegos no logran producir un incremento de peso.

A veces puede incrementarse la cantidad de comida pero también aumentan los medios para deshacerse de ella y todo se empeora aún más. Es casi imposible que al principio sean capaces de no dar atención a la forma de comer o a la cantidad de comida que realiza. Por eso es mejor que al menos los dos o tres primeros meses, coman separados.

En muchas ocasiones el/la paciente quiere ayudar a la familia y comienza a ocuparse de la alimentación de todos los miembros. Es necesario que la compra, almacenaje, planificación y realización de las comidas, la realice únicamente la madre o el cónyuge que normalmente se encargue de ella. No conviene realizar comidas diferentes para el/la paciente (salvo que el equipo de Nutrición le indicase lo contrario).

El cuidado de la casa tampoco debe dejarse en manos del paciente, excepto su habituación y sus efectos personales.

Durante todo el tratamiento, es primordial que acudan a todas las reuniones de familia que se convoquen, dependiendo del progreso en su tratamiento, la frecuencia será variable. En esas reuniones, ustedes tendrán la oportunidad de conocer las características de la enfermedad, consultar dudas, problemas de manejo y expresar los sentimientos de frustración y culpa que la mayoría de padres y familiares suelen tener.

Si observásemos que hay necesidad de consulta psiquiátrica en algún momento del tratamiento, les será proporcionada. Igualmente si es usted mismo quien lo solicita.

En alguna ocasión será necesario realizar alguna sesión familiar.

Problemas de tratamiento

Durante el tratamiento, suelen surgir muchos problemas. Los principales son:

- **La separación familiar.** Ésta puede ocurrir en caso de hospitalización o en el caso de que se recomiende una estancia temporal en una casa distinta (de algún familiar). La separación puede ser muy dura para el paciente y para ustedes. Durante ese tiempo, el paciente necesita recibir ayuda de otros pacientes y del personal para poder elaborar los sentimientos que le rugen al estar fuera de casa, en un ambiente extraño. Ustedes tienen que adaptarse a esa nueva situación. La angustia que surge con la separación suele hacer que la familia crea que no puede mantenerse separada y trate de ver al paciente a escondidas, de enviarle recados con los familiares de otros enfermos o contactando de forma oculta con el personal de la planta. Esta situación dificulta la recuperación de la enfermedad. Antes de caer en ello, pregunten y pídasenos apoyo. Unos días de distancia, en esas circunstancias, favorece a todos.

- **El alta del hospital y el regreso a casa** es también un momento muy difícil. No permitan que comience con una avalancha de visitas en la casa y mucho menos que le traigan comida (bombones, tartas, etc.). Tampoco permitan comentarios que hagan pensar en la intencionalidad de la enfermedad ni en el sufrimiento pasado, tales como "no lo vuelvas a hacer más"... "con lo que han sufrido tus padres..."

- **No permitan tampoco que nadie le haga comentarios sobre la comida o sobre su aspecto físico.** Aunque estos comentarios sean del tipo de "estás

mejor...", "qué guapa estás...", esto puede ser interpretado como gordura y el ciclo puede comenzar de nuevo.

- Pueden surgir también dificultades o conflictos cuando ella paciente empieza la mejoría y busca un nuevo papel en la familia. Especialmente difícil es cuando la paciente tiene que salir con sus amigos y compañeros y comenzar el **proceso de maduración**. Si en ese momento intenta abandonar el tratamiento no permitas que se produzca el abandono.

- Si nota que el paciente le ha puesto ante una situación difícil y no sabe qué contestar, no tome en ese momento ninguna decisión y póngase en contacto con nosotros. Esto es muy importante puesto que el/la paciente puede intentar manipularle y tergiversar la información.

- Esta forma de actuar no se debe a la personalidad del/de la paciente, sino a las características de la enfermedad. Los engaños que observe dejarán de ocurrir según vaya progresando la salud física y mental de tu familiar.

- Su **paciencia y cooperación** son la "piedra fundamental" de la terapia, no podemos hacerlo sin ello.

BIBLIOGRAFIA

- TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO. CIE 10. Ed. MEDITOR
- PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON TCA. DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGÍA MÉDICA. CLINICA UNIVERSITARIA. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE NAVARRA. AÑO 1995
- PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PACIENTE CON TCA DE LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA.
- TCA. CRITERIOS DE ORDENACIÓN DE RECURSOS Y ACTIVIDADES. DOCUMENTO DEL MINISTERIO.
- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE TCA. HOSPITAL DEL HENARES. AUTORES: Dr. Rodrigo Puente. Dra. Helen Dolengevich, Dr Javier Correas.
- DOCUMENTOS TÉCNICOS DE SALUD PÚBLICA N° 85. TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO. PREVALENCIA DE CASOS CLÍNICOS EN MUJERES ADOLESCENTES DE LA COMUNIDAD DE MADRID. 07/2003.
- LÍNEAS DE ACTUACIÓN Y DE COORDINACIÓN EN LA ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN LA COMUNIDAD DE MADRID. INFORME DIRIGIDO A LOS PROFESIONALES SANITARIOS. ABRIL 1999
- DOCUMENTOS TÉCNICOS DE SALUD PÚBLICA n° 85. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO. PREVALENCIA DE CASOS CLINICOS EN MUJERES ADOLESCENTES DE LA COMUNIDAD DE MADRID. 07/2003.
- GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS TCA. SEMAP. AÑO 2008.
- REVISTA TRIBUNA CIENTÍFICA. NÚMERO 225 Y 226 MAYO 2009. ARTICULO CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL DE DIA SANTA CRISTINA A PACIENTES CON TCA.
- ENFERMERÍA SIGLO 21, TOMO PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. AÑO 2000.
- HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL. HOSPITAL DE DIA TCA. 2008.

ANEXOS:

ANEXO I. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA. CIE-10.

ANEXO II. HALLAZGOS FÍSICOS EN PACIENTES CON TCA.

ANEXO III. POSIBLES ALTERACIONES EN LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN PACIENTES CON TCA.

**ANEXO I. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA
NERVIOSA. CIE-10.**

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA AN: CIE 10

- A. Pérdida significativa de peso** (índice de masa corporal o de Quetelet de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.
- B. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo**, a través de: 1) evitación del consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- C. Distorsión de la imagen corporal** que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotalámico-gonadal** manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida de interés y de la potencia sexuales (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
- E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene** (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones

persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

Se utiliza el diagnóstico de Anorexia Nerviosa atípica para los casos en los que falta una o más de las características principales de la AN, como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA BN: CIE 10

A **Preocupación continua por la comida**, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de **polifagia** durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: **vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos intercalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos**. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

B. La psicopatología consiste en **un miedo morboso a engordar**, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Al igual que ocurre con la AN, se utiliza el diagnóstico de Bulimia Nerviosa atípica para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la BN.

ANEXO II. HALLAZGOS FÍSICOS EN PACIENTES CON TCA.

- Aspecto triste y ojeroso.
- Atrofia muscular y aumento de los relieves óseos.
- Piel seca agrietada, pérdida del tejido celular subcutáneo, a veces aumento de la pigmentación, carotinemia, acrocianosis con frialdad de manos y pies.
- Pelo seco, áspero y frágil, uñas quebradizas.
- Lanugo
- Atrofia mamaria y vaginitis atrófica por disminución de estrógenos. -
Edemas en extremidades.
- Fragilidad capilar y hematomas.
- En la auscultación cardiaca: tonos apagados, bradicardia sinusal, arritmia, soplo cardiaco (prolapso mitral).
- En el abdomen es frecuente palpar masas fecales en Fil y distensión abdominal.
- Disminución de reflejos, parestesias.
- *Signo de Russell (callosidades en los nudillos de las manos por los vómitos autoprovocados).*
- Lesiones en paladar, erosiones dentarias por el repetido contacto con el jugo gástrico.
- Hipertrofia parotídea

ANEXO III. POSIBLES ALTERACIONES EN LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN PACIENTES CON TCA.

A) HEMOGRAMA

- Suele ser normal, con alteraciones mínimas.
- Leucopenia en el 23% de los pacientes que presentan ayuno, aunque la mayoría no muestran riesgo de infección.
- Los niveles de hemoglobina pueden estar falsamente elevados como resultado de la
 - deshidratación.
- En vegetarianos y en ingresos bajos de hierro puede observarse una anemia microcítica.
- La VSG es normal o baja, ante un valor elevado debe descartarse una causa orgánica.

B) BIOQUÍMICA

- Tendencia a la hipoglucemia.
- Aunque la función renal suele estar normal puede observarse una urea alta por deshidratación o baja si hay escaso ingreso proteico.
- Alteraciones hidroelectrolíticas debido a los vómitos, y al uso de laxantes y/o diuréticos siendo la hipopotasemia una de las complicaciones más graves. El bicarbonato suele estar elevado en los que se purgan.
- Los niveles de colesterol (CT) pueden estar falsamente elevados debido a los niveles bajos de T3 que afecta a la eliminación de colesterol, niveles bajos de la globulina transportadora del CT y la infiltración grasa hepática.
- La hipoproteinemia es rara. La albúmina se altera en déficits nutricionales mayores
 - de 4 semanas, puede estar falsamente elevada en fases de deshidratación.
- Las proteínas de vida media corta transferrina (9 días), prealbúmina (2 días) y proteína transportadora del retinol (12 horas) se afectan más por la privación calórica que proteica. - Transaminasas normales o elevadas.
- La amilasa suele estar elevada en los vomitadores y rumiadores.

c) ANÁLISIS DE ORINA

- Un Ph elevado sugiere la posibilidad de medidas purgativas.
- Se puede ver una pseudoproteinuria en orinas alcalinas.
- La densidad ayuda a valorar la hidratación, si es menor de 1005 pensar en una ingesta excesiva de líquidos, si es elevada pensar que restringen líquidos.
- En situaciones de deshidratación puede aparecer piuria y hematuria, aunque se deben descartar otros problemas.

d) ESTUDIO HORMONAL

- La función tiroidea puede revelar un síndrome eutiroideo con disminución periférica de conversión de T4 en T3, normalidad o aumento de la T3 reversa y TSH normal. Esto probablemente representa una respuesta adaptativa al ayuno para disminuir el metabolismo.
- Niveles bajos de FSH, LH, estrógenos con un patrón de secreción prepuberal y respuesta anormal al test de estimulación de LHRH.
- Hipercortisolemia con pérdida del ritmo diurno.
- GH basales elevada con disminución del IGF-1.

e) ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS

- Bradicardia sinusal por restricción calórica. Debe realizarse ECG en todas las pacientes con una frecuencia cardiaca menor de 50 latidos/minuto.
- Amplitud del QRS, alteraciones propias de la hipopotasemia, arritmias ventriculares, prolongación del espacio Qtc (mayor de 0.44 riesgo de parada cardiaca).

f) ESTUDIO RADIOLÓGICO

- La edad ósea se realiza en **los más** jóvenes para valorar su evolución y la aparición de osteoporosis.
- La ecografía abdominal y **pélvica para** descartar tumoraciones y valorar la hipoplasia del aparato genital.
- Con el Ecocardiograma se valora la hipoplasia de las paredes cardiacas, la contractilidad, y la presencia del prolapso mitral.

- La densitometría ósea se realizará en pacientes con amenorrea mayor de 12 meses para ver la afectación de la masa ósea.
- El TAC y/o Resonancia Magnética si existe historia de cefalea, signos neurológicos y en varones con sospecha de TCA.