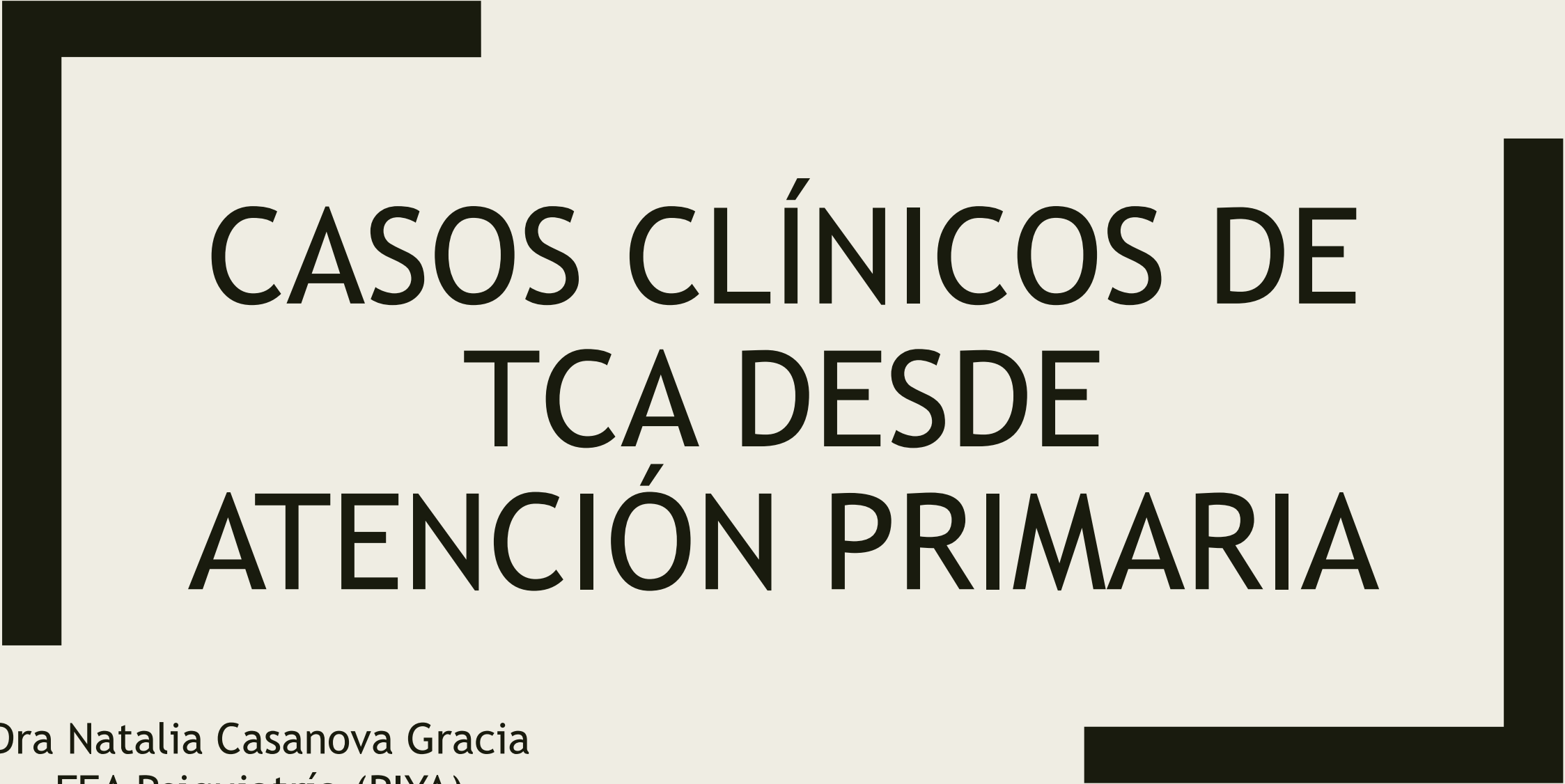


A thick black L-shaped frame surrounds the text. It starts at the top left, goes right, then down, then right again at the bottom right.

CASOS CLÍNICOS DE TCA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

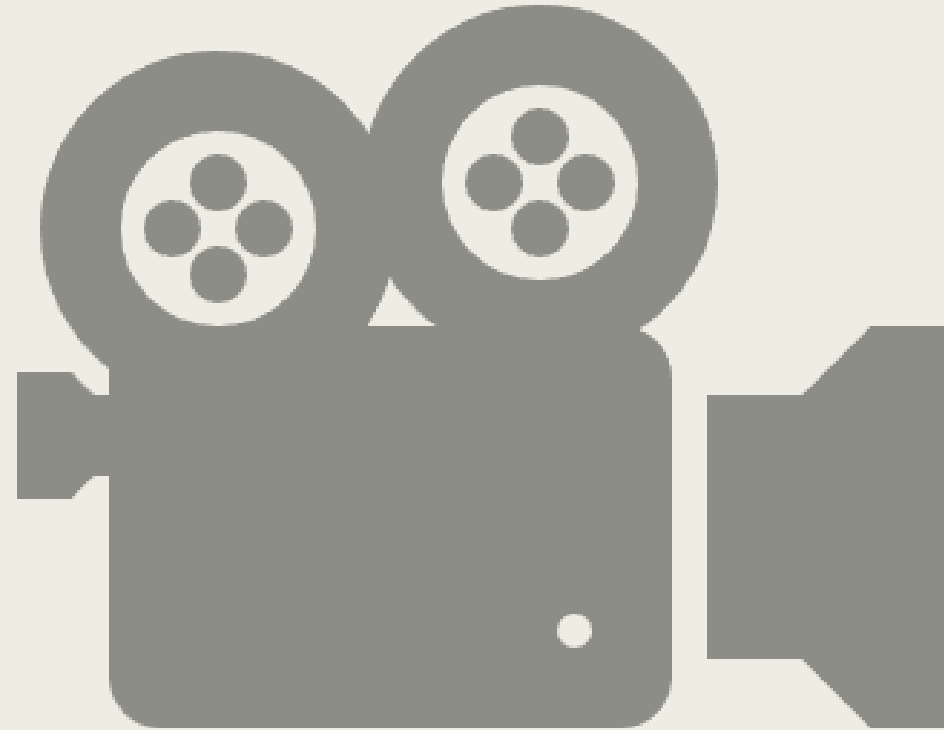
Dra Natalia Casanova Gracia
FEA Psiquiatría (PIYA)

Introducción/Sensibilización

- Si pudieras cambiar una sola cosa de tu cuerpo,

¿qué cambiarías?:

<https://www.youtube.com/watch?v=2IKlpD37CPI>



Definición de TCA

- DSM-5: Alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial.
- Cuando sentirse bien emocional y socialmente depende de lo que se ha comido o dejado de comer, de lo que marca la báscula, o de la talla que se consigue bajar, no hay duda de que se ha instaurado un trastorno de la conducta alimentaria.
- Los TCA tienen la consideración de **TMG**. La AN es la enfermedad mental con mayor tasa de mortalidad, por encima de otras como la Esquizofrenia o el TAB.

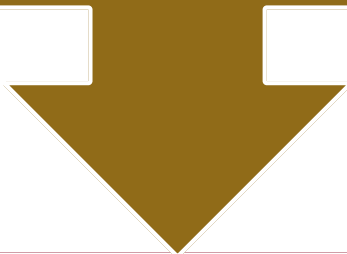


Pronóstico

- 1/4 se recuperan por completo.
- 1/2 mejora notablemente y alcanza cotas de funcionamiento bastante buenas.
- 1/4 se cronifica (nivel de funcionamiento insuficiente y un peso crónico inferior al normal). Tasa de mortalidad global del 7%.

*Subtipo restrictivo: menor probabilidad de recuperación.

Muy variable, según sexo, edad, lugar y tipo de TCA (de 0.19% en adolescente varón en España, a 13.5% en adolescente mujer en América... según qué estudio se revise).



Lo alarmante es que entre el 11-27% de la población adolescente presenta conductas de riesgo para desarrollar un TCA. En los últimos años han ido en aumento.

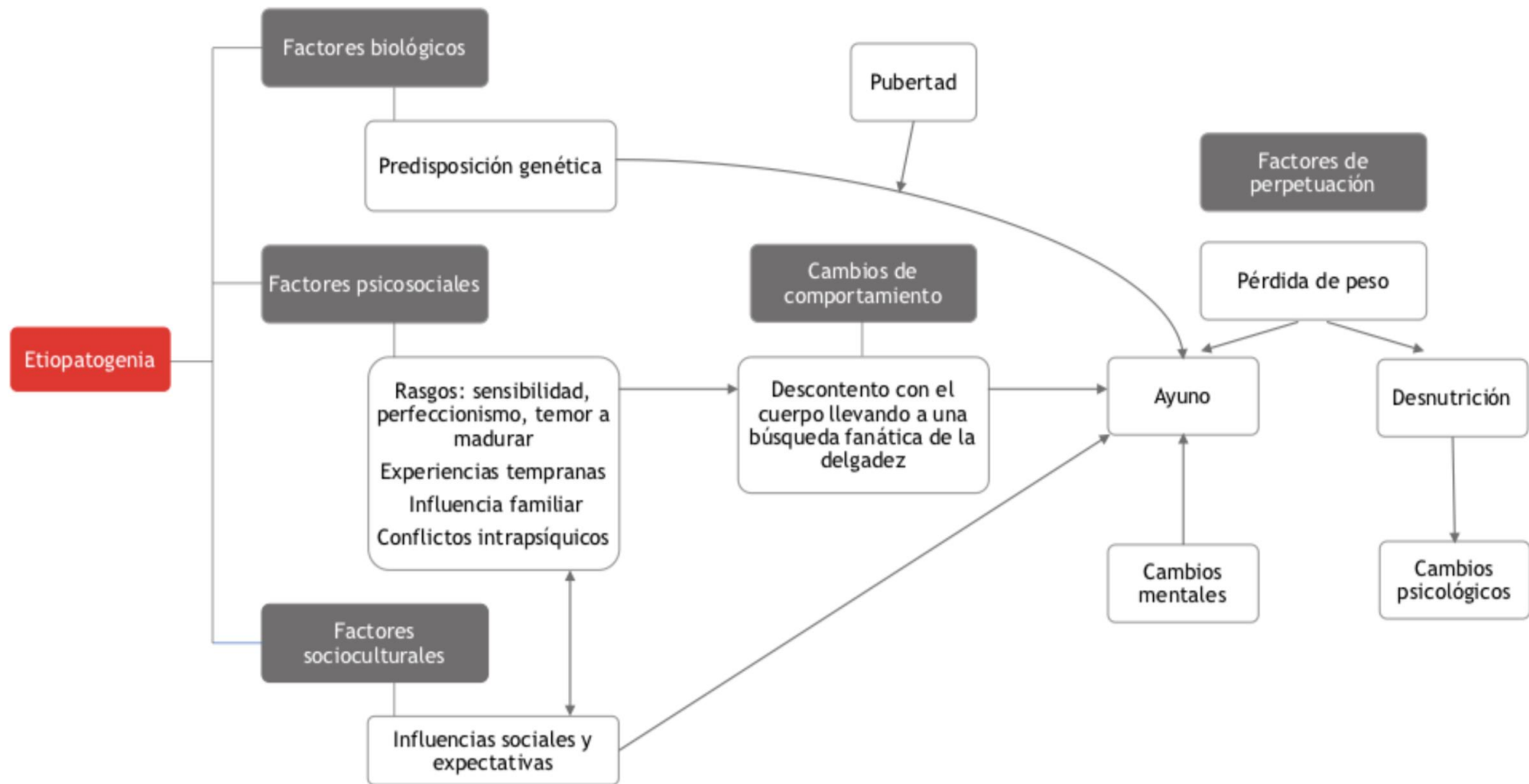
Epidemiología

Etiología

Biopsicosocial

Factores predisponentes (genética, social, personal, familiar y dieta), desencadenantes (cambio) y de mantenimiento (refuerzos y relaciones)

Multifactorial



Clínica

- Conductas restrictivas y/o purgativas y/o compensatorias
- Rigidez cognitiva
- Rituales de conducta alimentaria
- Alteración consumo de líquidos y otras sustancias
- Comprobación
- Alteraciones de conducta
- Miedo y distorsión
- Alteraciones físicas y psicológicas



Clasificación

- Pica
- Trastorno de rumiación
- Trastorno evitación/restricción de la ingesta (TERIA)
- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa
- Trastorno por atracón
- Otros TCA
- TCANE

Objetivos generales en abordaje TCA

Detectar
clínica

Valorar estado
nutricional y
plan de rhb

Objetivo
peso/IMC

Régimen y
plan de
tratamiento

Educación
nutricional

Comorbilidade
s

Ejercicio físico

Generalidades en consulta

- HISTORIA CLÍNICA (con y sin el menor?)
 - *Antecedentes personales y familiares (orgánicos y psiquiátricos)*
 - *Inicio (peso, alimentación y conducta), posibles desencadenantes*
 - *Clínica específica (restricción alimentaria, atracones, conductas purgativas, hiperactividad compensatoria...)*
 - *Registro dietético (24 horas, horarios, acompañamiento, preparación de la comida, conflictos familiares, fotos...)*
 - *Síntomas físicos*
 - *Menarquia y meses de amenorrea*
 - *Peso máximo, mínimo y porcentaje de pérdida de peso; peso “objetivo”*

Síntomas físicos

Cansancio

Intolerancia al frío

Caída cabello, lanugo

Fatiga al esfuerzo

Palpitaciones

Mareo, síncope

Dolor abdominal, plenitud

postprandial
Estreñimiento

Amenorrea

Exploración física

Palidez, piel seca, frialdad y cianosis
acra, lanugo, pelo fino opaco y

quebradizo

Minimo pániculo adiposo, resaltes óseos,
abdomen excavado

Retraso puberal, atrofia mamas, retraso
crecimiento

Signos de deshidratación

Bradicardia, hipotensión, hipotermia,
cambios con ortostatismo

Hipertrofia glándulas salivares,
erosiones dentales

Tabla IV. Clasificación del grado de desnutrición en niños, adolescentes y adultos jóvenes con trastorno restrictivo de la conducta alimentaria según *The Society for Adolescent Health and Medicine*

Grado de desnutrición	Leve	Moderada	Grave
m%BMI	80-90%	79-70 %	< 70 %
IMC z-score	-1 a -1,9	-2 a -2,9	< -3
Porcentaje de pérdida de peso	5%	7,5 %	10 %
Velocidad de la pérdida de peso	-	5 % en 1 mes 7,5 % en 3 meses 10 % en 6 meses 20 % en un año	> 5 % en 1 mes > 7,5 % en 3 meses > 10 % en 6 meses > 20 % en un año

Adaptado de: *The Society for Adolescent Health and Medicine. Medical Management of Restrictive Eating Disorders in Adolescents and Young Adults. J Adolescent Health 2022;71(5):648-54 (39).*

Ojo con peso en IMC normal

Pruebas complementarias

Analítica completa:

- Hemograma.
- Bioquímica (urea, glucosa, creatinina, sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, magnesio, GOT, GPT, osmolaridad, CK, amilasa). Valorar HbA1c e insulina
- Equilibrio ácido-base.
- Coagulación.
- Proteínas séricas (albúmina, proteínas totales, prealbúmina, proteína fijadora del retinol).
- Perfil del hierro.
- Perfil lipídico.
- Vitaminas y oligoelementos (B12, ácido fólico, vitaminas liposolubles, zinc...).
- Perfil tiroideo (TSH, T4L, T3L).
- Leptina.
- LH, FSH, prolactina y estradiol si amenorrea; LH, FSH y testosterona si datos de hipogonadismo en varones.

- Test de embarazo: si amenorrea
- Electrocardiograma/ecocardiograma: si malnutrición grave o datos de disfunción cardiovascular
- Densitometría ósea: si amenorrea mayor a 6 meses en mujeres, o si malnutrición grave, pérdida ponderal importante, presencia de dolor óseo o fracturas).
- Anticuerpos de celiaquía, calprotectina fecal, etc

Cómo transmitir

- Poner nombre a la enfermedad
- Explicar sus riesgos y el por qué de las pruebas
- Hablar con el menor y con su familia
- Psicoeducación nutricional y conductual
- Es posible hablar solo con tutores
- Plan a seguir
- Seguimiento y derivación: USM (quien derivará a UTCA) y Nutrición o urgencias.

An aerial photograph of an airport tarmac. Three large commercial airplanes are parked at gates. The central airplane is white with a purple tail. The two flanking airplanes are white with dark blue and gold accents. Numerous ground support vehicles, including baggage carts, fuel trucks, and service vans, are scattered around the aircraft. A long, orange-roofed terminal building is visible on the right side of the frame. The tarmac surface is marked with yellow lines and numbers.

Abordaje multidisciplinar

TRATAMIENTO:

1.- Abordaje de los síntomas alimentarios:

- Re-nutrición
- Ordenar patrón alimentario
- Reducción de conductas compensatorias.
- Ejercicio físico controlado

- 2.- Reestructuración cognitiva: tomar conciencia del pensamiento negativo, confrontarlo con la evidencia, pensamiento alternativo.
- 3.- Reestructuración e integración de la mente dividida (pensamiento dicotómico).
- 4.- Manejo de la imagen corporal: afrontar la distorsión y la insatisfacción, disminución de la evitación y aislamiento.
- 5.- Manejo de las emociones: tomar conciencia de sus propias emociones y de los demás.
- 6.- Mejoría de las relaciones interpersonales: asertividad

7.- Trabajo con las familias:

Comprensión de la enfermedad y del tratamiento

Reducción de la ansiedad-culpa ante la enfermedad

Devolver a los padres la responsabilidad. Empoderar.

8.- Psicofármacos



Manejo nutricional de los
**TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA**
en Pediatría

EDITORAS

Mercedes Murray Hurtado
Silvia Meavilla Olivas
Camila García Volpe





¿Qué explicar?

- Por qué así no estás sano/a (síntomas y disfunciones)
- Rango de IMC (ojo, NO PESO IDEAL)
- Requerimientos (kcal = energía!) 2300-2500kcal+deuda
- Importancia de la nutrición durante el crecimiento y desarrollo
- Si hay desnutrición, por qué no estás fuerte para hacer deporte
- Hablar de alimentos de consumo frecuente u ocasional. NO “buenos” ni “malos”
- Hablar de distorsión cognitiva asociada a la enfermedad y/o a la desnutrición

Pautas a familias

- *El paciente no participará en la compra o preparación de alimentos, ni estará en la cocina. Mismo menú que los demás miembros de la familia*
- *La comida siempre le será servida y tomarla completa (no plato común).*
- *Cinco ingestas a lo largo del día. Agua y líquidos con moderación*
- *Sentado a la mesa y acompañado (momento relax). NO forzar*
- *Seguir el orden adecuado de los platos (primero, segundo y postre). Comer con corrección, sin triturar, desmenuzar o separar alimentos.*
- *Tiempo estipulado: 30-60 min*
- *Reposo y NO baño*
- *Actividad física*

LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Guía práctica para cuidar de un ser querido



Janet Treasure • Gráinne Smith • Anna Crane

Serendipity

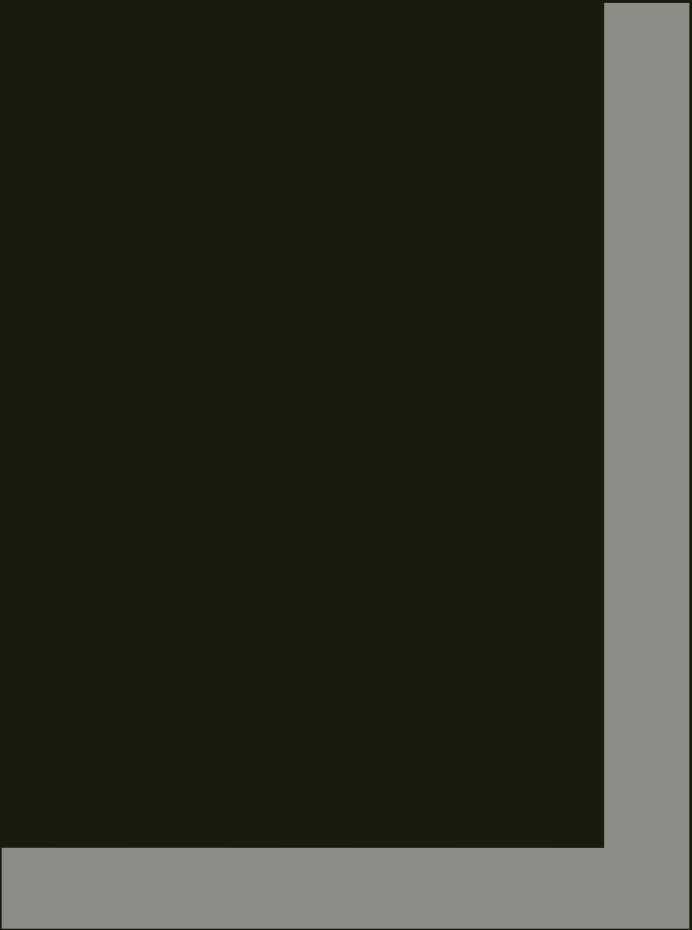
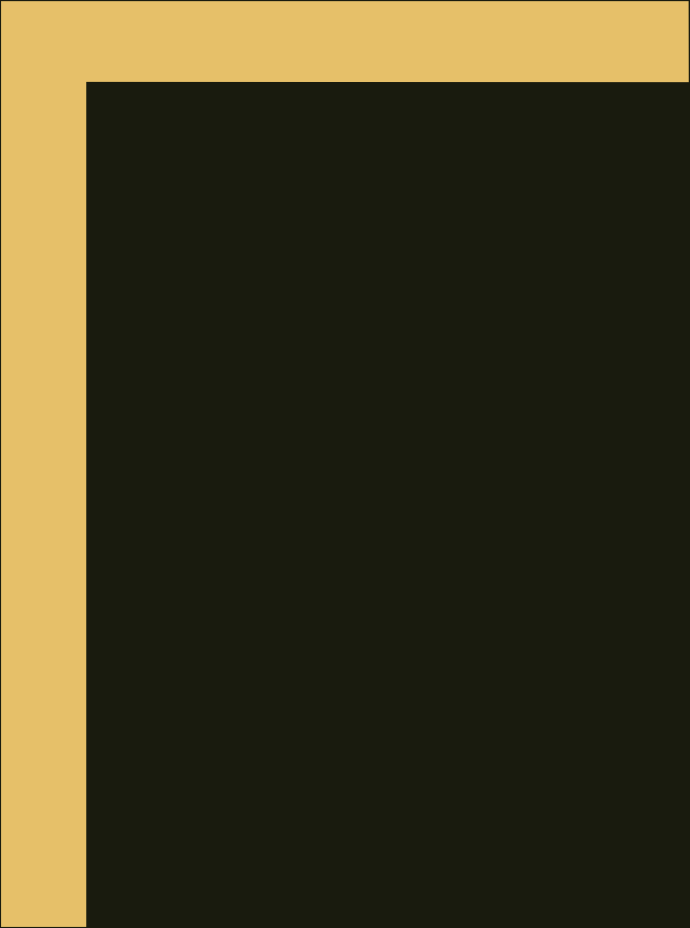
DESCLÉE DE BROUWER

Seguimiento

- Control inicial Atención Primaria
- Derivación a USMIJ Y Pediatría-Nutrición Hospitalaria
- UTCA
- Hospital de Día (concertado/privado): ALABENTE
- UIBIJ CHUC (12-18años)

Urgencias/Ingreso:

- Fracaso de tratamiento ambulatorio
- Pérdida de peso persistente o rápida o $< 75\%$ del peso ideal
- Alteraciones biológicas: alt analíticas, bradicardia, síncope, hipotermia, afectación de órganos o sistemas...
- Rechazo manifiesto a alimentarse
- Vómitos persistentes u otras formas de purga
- Conflictividad o dificultad familiar manifiesta
- Crisis y descompensaciones
- Depresión mayor, riesgo de suicidio o psicosis agudas



CASOS

Chica de 14 años que acude a REVISIÓN DE LOS 14 AÑOS PREVIO DERIVACIÓN ADULTOS.

- Al pesarla comienza a presentar clínica ansiosa
- Mala dinámica madre e hija
- Madre acusa de haberla visto vomitar y darse algún atracón
- Niña muy angustiada la recrimina y le pide que se calle

- Acabando el curso previo (2ºESO) tras relación de pareja compleja y dificultades con amigas comenzó a comer de forma más impulsiva como mecanismo para calmar su ansiedad, ganando 5 kilos en poco más de 2 meses.
- Se va en verano al extranjero, donde dichas alteraciones alimentarias se descontrolan y gana 10 kilos en 3 meses.
- Tras esto, vuelve a España y comienza con ejercicio intenso, conductas restrictivas que alterna con atracones, y vómitos autoinducidos y baja 15 kilos de peso en tres meses.
- Vive con padres y hermana de 6 años. Actualmente en 3º de la ESO
- Destacan altibajos emocionales, irritabilidad, rumiaciones e insomnio mixto
- ¿Qué datos faltan? ¿Qué pautas damos? ¿Plan de actuación?

- Revisamos: buena historia clínica y exploración, pruebas complementarias, IMC, criterios de urgencias, nombramos enfermedad y plan a seguir, explicando y dando pautas.

Se deriva a USMIJ y estos a la UTCA.

- **RESULTADOS:** Se trabaja a nivel familiar la expresividad emocional y los mensajes invalidantes; y con la menor el reconocimiento de descontrol y búsqueda de alternativas. Se pauta tratamiento farmacológico (Sertralina y Risperidona). Se fue corrigiendo la conducta alimentaria pero persistieron conductas de riesgo, impulsividad, autolesiones, fugas, consumo... Se decidió derivar a la menor a Hospital de Día con la finalidad de realizar un abordaje más integral e incluir a la familia de forma más activa.
- Es necesario un tratamiento que incluya diferentes áreas del funcionamiento psicosocial, y por supuesto la inclusión de la familia de la adolescente.

Eating disorders

A word cloud visualization centered around eating disorders. The most prominent words are "Weight loss", "Food", "Weight gain", "Health", "Self-esteem", "Eating habits", "Anorexia nervosa", "Bulimia nervosa", "Distorted body image", "Dieting", "Obesity", "Medical condition", "Symptoms", "Treatment", "Size zero", "Skinny", "Fashion magazines", "Underweight", "Overweight", "Malnutrition", "Body weight", "Appetite", "Calories", "Teenagers", "Dying", "Health problems", "Bulimic", "Anorexic", "Diet pills", "Fasting disorders", "Eating disorders", "Weight gain", "Weight loss", "Self-perception", "Fashion magazines", "Skinny", "Oversize", "Malnutrition", "Body weight", "Appetite", "Calories", "Teenagers", "Dying", "Health problems", "Bulimic", "Anorexic", "Diet pills", "Fasting disorders", "Eating disorders".

Chica de 13 años que acude a consultas por autolesiones en antebrazos. Reside con padres y dos hermanas. Escolarizada 3°ESO, guitarra, pole dance, gimnasia rítmica, surf, skate... excelente rendimiento. Escaso círculo social. Hermana mayor con dx de trastorno mental. No ant. MQx. Seguimiento desde hace un mes psico. privada. Autolesiones desde hace cuatro meses, restricción alimentaria y ejercicio desde hace seis meses

■ Registro:

- desayuno 4 trozos de melón, yogur desnatado y tres galletas
- almuerzo: alguna cucharada de primer plato y melón
- me no
- Ce algún trozo de lo que haya y melón

■ ECG: bradicardia sinusal a 44 lpm. Eje QRS ligeramente derecho (94°). Ondas P de tamaño y morfología normal. QRS estrecho. No alteraciones de la repolarización. QTc: 0.39 seg.

■ Diuresis 1 ml/kg/h. Ingesta hídrica 700 ml/día.

■ Peso: 35 kg (P4, -1,70DE) (Carrascosa et al 2010). Pérdida del 25% en los últimos dos meses.

■ Talla: 156 cm (P24, -0,70DE) (Carrascosa et al 2010)

■ IMC: 14,42 kg/m² (P5, -1,65DE) (Carrascosa et al 2010)

¿Qué hacemos?



Niño 12 años que acude a revisión y le indican que tiene un ligero sobrepeso y hay que hacer dieta y bajar, por lo que se recomienda iniciar actividad deportiva y se le entregan dietas a los padres.

- Se cita a los seis meses y ha bajado unos diez kilos, inicialmente la familia lo ha valorado como algo positivo, ya que el menor está en normopeso.
- Al valorar al menor a solas y realizar registro dietético comprobamos que solo hace desayuno (vaso leche), almuerzo (plato único verdura cocina y carne/pescado al horno o plancha) y cena (fruta).

¿Qué hacemos?



- Niña 12 años que acude a revisión pérdida ponderal ligera pero madre advierte que a veces no está tomando media mañana.

¿Qué hacemos?





¿APORTÁIS CASOS?

Dudas...



Muchas
gracias

ncasgra@gobiernodecanarias.org