



Trastornos de la conducta alimentaria

Eduardo Ruiz Parra

Clasificación ampliada

- Anorexia nerviosa (ANP y ANR)
- Bulimia nerviosa (BNP y BNR)
- TCANE:
 - Casos subumbrales
 - Casos mixtos
 - Trastorno por atracones
- Trastorno por purgas ?
- Síndrome de la ingesta nocturna ?



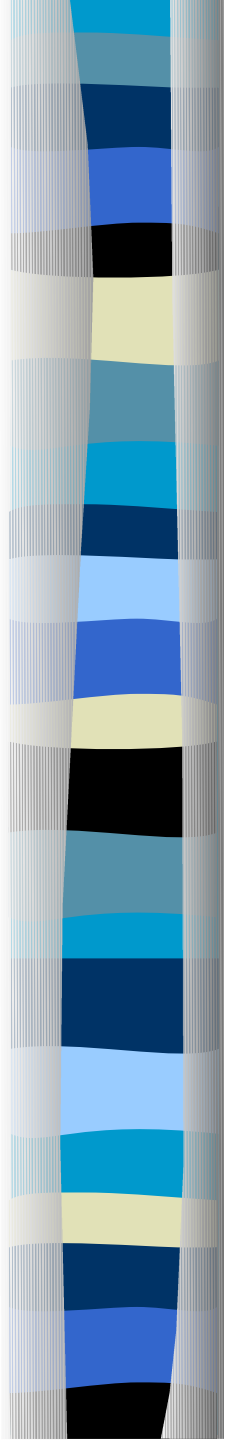
Diagnóstico de AN en niños y adolescentes

- **Criterio de peso:** el peso esta por debajo del mínimo normal para la edad y la altura
 - $IMC \leq p10$ para la edad (Hebebrand,2004) ??
 - **$IMC \leq p2$ para la edad** (Royal College of Psychiatrist,2002), más equivalente al valor de 17,5 en adultos



■ Psicopatología nuclear:

- Es la que se refiere a la sobreevaluación de la silueta y el peso corporal y de su control
- Los niños más pequeños pueden no haber desarrollado todavía un esquema consciente de autoevaluación

- 
- **Criterio de amenorrea:** podría incluir como criterios otros indicadores de desnutrición
 - Bradicardia
 - Hipotermia
 - Hipotensión

Para ver esta película, debe
disponer de QuickTime y de
un descompresor .

Psicopatología nuclear

- La esencia de los TCA son los trastornos cognitivos:
- La sobreevaluación de la silueta corporal y el peso y su control
- El resto de las características de un TCA se deducen de la psicopatología nuclear

Variantes de la psicopatología nuclear

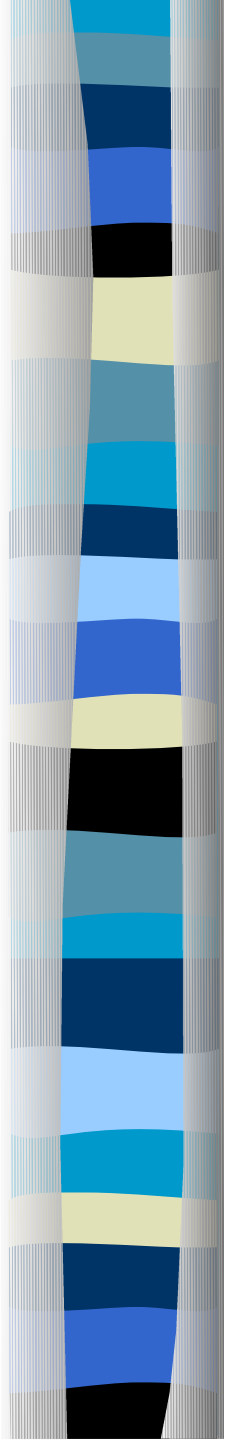
- Sobreevaluación del control sobre la ingesta en si mismo
- Ascetismo.
- Competitividad
- Deseo de llamar la atención de los demás
- ...

RESTRICCIÓN ALIMENTARIA MOTIVADA



Clínica diferencial

- El uso de laxantes, diuréticos y otras sustancias es relativamente poco común en la presentación de la AN en niños y adolescentes jóvenes.
- La restricción dietética, el ejercicio excesivo y los vómitos autoprovocados son lo más común.
- Los atracones verdaderos también son raros en la presentación en este grupo, no así los atracones subjetivos

- 
- En las niñas el riesgo de deshidratación es mayor porque no comprenden el concepto de calorías y restringen toda la ingesta, incluidos los líquidos
 - En las niñas puede haber menor pérdida de peso porque la restricción calórica detiene primero el crecimiento ponderoestatural

ACTUACIÓN PEDIATRA

- Prevención.
- Atención precoz.
- Diagnóstico.
- Motivación.
- Tratamiento:
 - Inicio del tratamiento farmacológico.
 - Cooperación con el especialista.
 - Detección precoz de recaídas.
- Derivación: evaluación de la urgencia.



Modelo de intervención preventiva (Mrazek & Haggerty, 1994)

- Prevención universal
- Prevención selectiva
- Prevención indicada: se focaliza en personas que se encuentran en alto riesgo inminente de padecer un trastorno, p. ej. Con síntomas clínicos subumbrales o atenuados + un deterioro en el funcionamiento diario + una historia familiar positiva del trastorno de interés
- Tratamiento
- Rehabilitación



Factores de riesgo más importantes

- Baja autoestima
- Imagen corporal negativa
- Internalización del ideal de delgadez
- Temor a las grasas
- Realizar dietas extremas



Grupos de riesgo

- Bailarinas
- Mujeres deportistas
- Actividades cuyo máximo rendimiento depende de estar delgadas
- Mujeres con DM tipo I (1/3)

SIGNOS DE SOSPECHA

- Amenorrea.
- Pérdida de peso o fallo del crecimiento.
- Restricción alimentaria.
- Descontrol o desorganización en la ingesta.
- Rituales alimentarios, alargamiento tiempo ingesta, evitar comer acompañada.

SIGNOS DE SOSPECHA (II)

- Molestias digestivas no filiadas.
- Complicaciones por ejercicio excesivo.
- Hiperactividad progresiva.
- Preocupaciones excesivas por el cuerpo, partes del mismo o el peso.
- Ocultación del cuerpo.
- Trastornos de la imagen corporal perceptiva.

SIGNOS DE SOSPECHA (III)

- Osteoporosis juvenil.
- Sensaciones de frío excesivas, exceso de abrigo, acrocianosis, hipotermia.
- Caída de cabello, fragilidad ungueal.
- Sincopes, hipotensión, bradicardia.
- Lanugo, hipertrofia parotídea, afonía frecuente, erosión del esmalte dental.
- Hipoglucemia, alteraciones electrolíticas

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS (1)

- EN TODOS LOS PACIENTES CON TCA
 - Glucosa.
 - Sodio. Potasio.
 - Urea. Creatinina.
 - GOT. GPT. Fosfatasa alcalina.
 - Pruebas de función tiroidea (T4, TSH).
 - Hemograma completo. VSG.
 - Análisis de orina.
 - Prueba de embarazo.

- EN DESNUTRIDOS Y CON SINTOMAS GRAVES:

- Calcio. Magnesio. Fósforo. Ferritina
- Electrocardiograma.

- AMENORREA MÁS DE 6 MESES:

- Estradiol. Testosterona en hombres.
- Densitometría osea (DEXA).

- EXPLORACIONES INFRECUENTES:

- Amilasa (vómitos persistentes o recurrentes).
- LH. FSH. PRL (amenorrea persistente con peso normal).
- RMN o TC (déficits cognitivos, SNM, atipicidad...).
- Heces (sangre oculta, abuso laxantes).
- Análisis toxicológico (sospecha consumo, purgativos).

ESTADIOS DEL CAMBIO (1)



BALANZA DECISIONAL

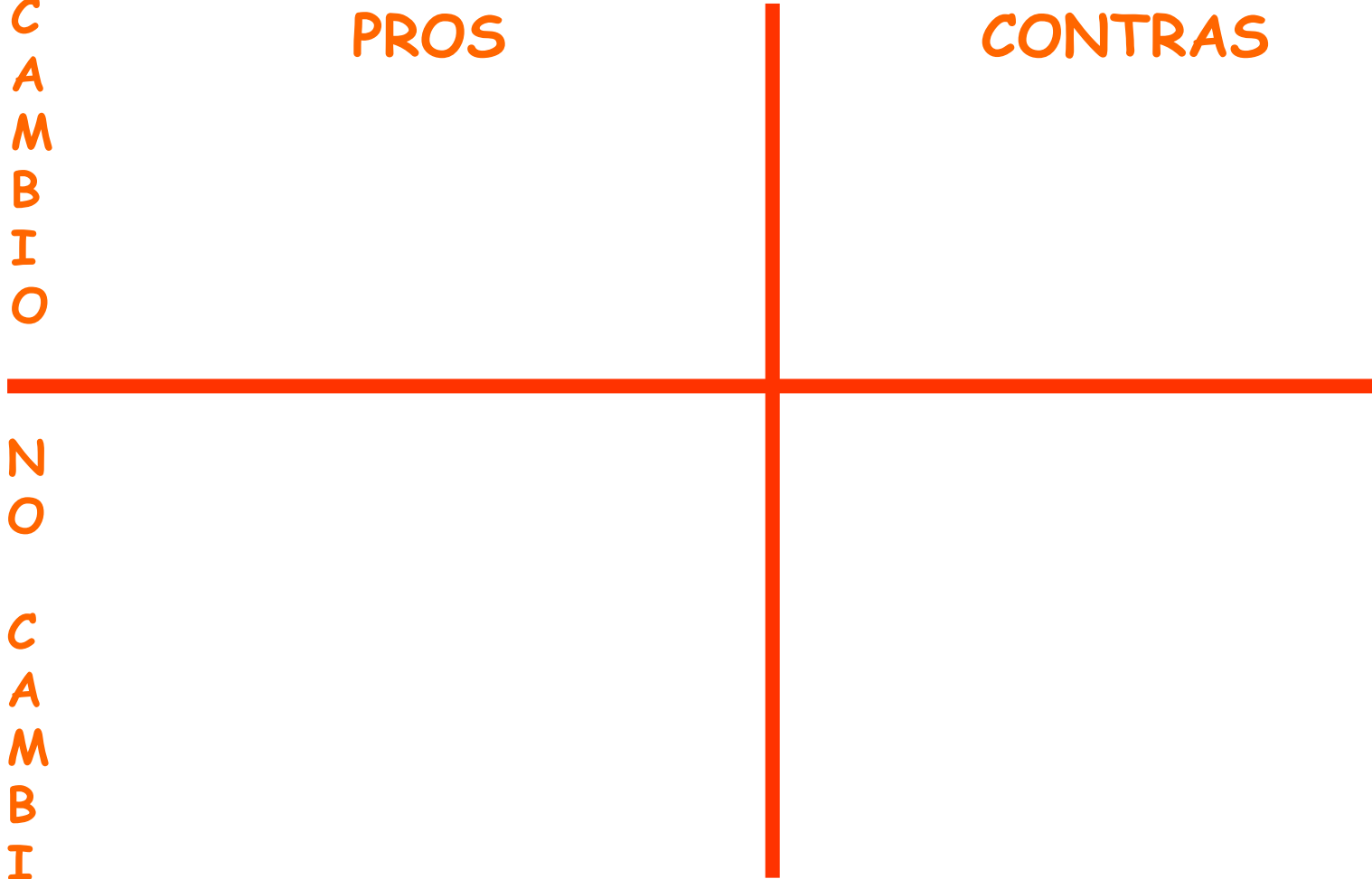
C
A
M
B
I
O

PROS

CONTRAS

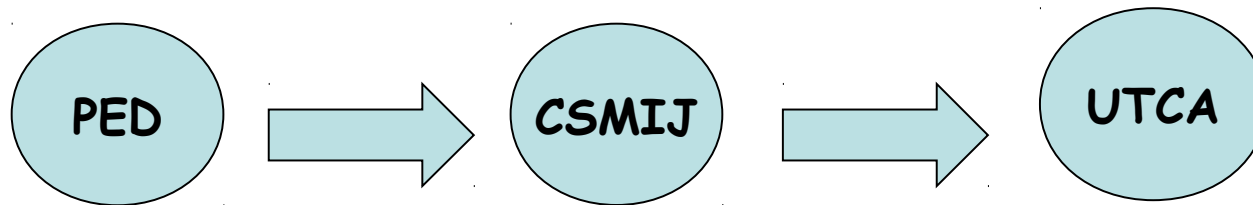
N
O

C
A
M
B
I
O



DERIVACIÓN

DERIVACIÓN ORDINARIA



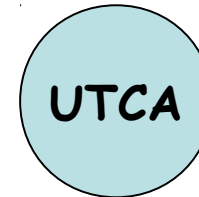
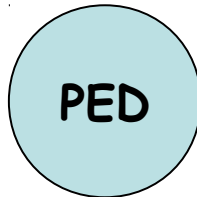
- DETECCIÓN
- DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN
- EVALUACIÓN FÍSICA Y ANALÍTICA
- DERIVACIÓN

- DIAGNÓSTICO
- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- TRATAMIENTO
- DERIVACIÓN

- DIAGNÓSTICO
- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- EVALUACIÓN FÍSICA Y ANALÍTICA
- TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

DERIVACIÓN

DERIVACIÓN EXTRAORDINARIA



MOTIVOS:

- URGENCIA POR EL TCA
- DIFICULTADES SEVERAS DE MOTIVACIÓN
- ASESORAMIENTO FAMILIAR

METODO:

- VOLANTE URGENTE
- CONTACTO TELEFONICO

94 400 6066

**GRACIAS POR SU
ATENCIÓN**