

Protocolo de atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en atención primaria FESNAD 2005

En julio del año 2000, a instancias del ministerio de Sanidad, se presentó el Protocolo de Atención a Pacientes con Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) en Atención Primaria. Durante el reciente Congreso de la FESNAD, celebrado en Madrid el mes de Marzo del 2005, se volvió a presentar dicho protocolo en el taller dedicado a: "Protocolos de actuación dietética en atención primaria y hospitalaria". Por el enorme interés despertado, el creciente incremento de la incidencia de los TCA y la vigencia actual de este protocolo, explicaremos en este artículo cómo se elaboró y cuáles son las directrices básicas del protocolo.

¿Qué es y cómo se elabora un protocolo?

El protocolo es un instrumento básico para abordar la planificación y la realización de una investigación, permitiendo acceder desde la concepción de un problema a investigar o es-

tudiar hasta su puesta en funcionamiento. Nos ayuda a definir el problema, a diseñar el tipo de estudio que más se adaptará a nuestro objetivo, estandarizando todos los procedimientos y, finalmente, nos ayuda a organizar las actividades de forma eficiente.

El esquema general de un protocolo podríamos decir que se superpone a las fases de un proyecto de investigación y son las siguientes:

1. Introducción.

En ella ha de constar la finalidad y los objetivos del estudio, los antecedentes del tema y las razones por las que la investigación a realizar es importante.

2. Objetivos específicos del estudio.

3. Aplicabilidad y utilidad del estudio.

4. Diseño y métodos.

Se incluirá el tipo de diseño; la población de estudio; el método de recogida de datos; las variables a estudiar; la descripción y definición de la intervención si la hay; la descripción del seguimiento de los pacien-

tes si los hay; la entrada y gestión informática de los datos; y la estrategia de análisis.

5. Calendario previsto para el estudio.

6. Limitaciones y posibles sesgos del estudio.

7. Problemas éticos.

Cómo el método que se usará para obtener el consentimiento informado; los riesgos físicos, sociales o legales a los que pueden verse sometidos los pacientes; los métodos utilizados para minimizar los riesgos principales y; los beneficios potenciales que pueden obtener los participantes en el estudio.

8. Plan de ejecución: estudio piloto.

9. Organización del estudio.

Personal que interviene y su responsabilidad y; las instalaciones, instrumentos y técnicas necesarias.

10. Presupuesto.

11. Bibliografía.

Si bien el presente protocolo no es propiamente un protocolo de investigación, si se ciñe al esquema general excep-

Dra. Inmaculada Gil Canalda¹,
Dra. Rosa Julián Viñals²,

¹ A.B.S. Carles Ribas
Barcelona.

² Centro de Salud Dr. R.
Castroviejo . Madrid.

tuando el apartado de diseño y métodos y el estudio presente ya que el objetivo a conseguir no lo requería.

¿Cómo se elaboró nuestro protocolo de estudio?

La coincidencia de varios aspectos sobre los TCA como: el aumento de su prevalencia en la sociedad española; la disminución en la edad de inicio y la existencia de factores de riesgo que favorecen la aparición de estos trastornos junto con la dificultad en detectarlos precozmente y la gran alarma social que se creó en 1999, propició que el ministerio de Sanidad tomara la iniciativa de reunir a una serie de expertos en este tema

con el objetivo de elaborar un protocolo de detección precoz, dentro del ámbito sanitario, de estos trastornos con el fin de poder incidir de forma positiva en su evolución.

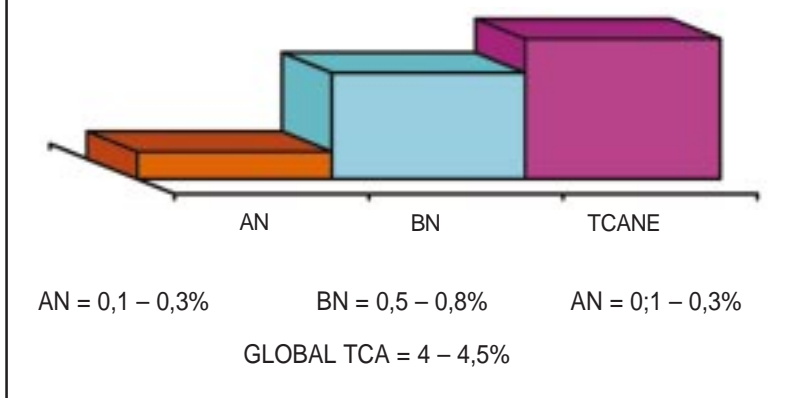
El equipo investigador que desarrolló este protocolo estaba compuesto por los siguientes profesionales: la Dra. Pilar Gual, la Dra. Carmen Ponce de León y el Dr. Javier San Sebastián como psiquiatras; la Dra. Carmen Gó-

mez Candela y el Dr. Jose Antonio Cabranes, como endocrinólogos y nutricionistas y las Dras. Inmaculada Gil, Rosa Julián y Reyes Ramírez como médicos de familia. Siendo la Dra. Gual la coordinadora de todo el equipo.

La elaboración del protocolo se inició en septiembre de 1999 finalizando en febrero de 2000 y se presentó en el ministerio

te, que previamente había sido remitido por correo electrónico al resto de los participantes para poder ser más eficaces y eficientes en la reunión. Se discutía y se determinaban las pautas a seguir en la elaboración final del protocolo, y finalmente se determinaba el trabajo a realizar por cada uno de los investigadores, fijando una nueva fecha de reunión. El Ministerio era el que se

Gráfico1: prevalencia de los TCA en mujeres adolescentes en España



de Sanidad en julio de 2000 distribuyéndose desde entonces por parte del Ministerio.

En la primera reunión se fijó el objetivo a conseguir con la elaboración del protocolo; se distribuyó el trabajo a cada participante según su especialidad y experiencia profesional y se determinó el número y la frecuencia de las reuniones. En las siguientes reuniones, se ponía en común el trabajo realizado por cada integran-

te encargaba de reservar sala de reunión y de solucionar los distintos problemas de transporte y alojamiento de cada investigador.

Papel de los médicos de familia en la elaboración del protocolo

Este protocolo se creó con el objetivo de detectar precozmente los TCA en atención primaria ya que es el primer eslabón en el acceso a la sanidad pública

en nuestro país; por ello, la intervención de los médicos de familia fue prioritaria, ya que éstos eran los principales conocedores de la situación de partida en este campo. Su papel fue clave en los siguientes aspectos:

1. Determinar la situación actual y real de la detección

precoz de los TCA en atención primaria.

2. Determinar cuáles eran las limitaciones y dificultades para conseguir el objetivo del protocolo teniendo en cuenta la situación de las consultas de atención primaria.

3. Determinar el método óptimo de detección precoz

de los TCA, quién lo podría realizar y en qué momento (cita previa, consulta programada..). Teniendo en cuenta los apartados anteriores se creyó conveniente elaborar pautas para la detección precoz en dos franjas de edad: de 11 a 14 años y por encima de los 14 años.

4. Determinar el papel

Figura 1: (DSM-IV) manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

Criterios para el diagnóstico de ANOREXIA NERVIOSA (307.1).

- 1- Rechazo a mantener el peso corporal a un nivel mínimamente normal para su edad y talla (ej. pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% de lo esperable).
- 2- Miedo intenso a ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal.
- 3- Distorsión del tamaño y formas de la imagen corporal propia.
- 4- Amenorrea secundaria (ausencia de 3 ciclos menstruales consecutivos en la mujer pospuberal) o amenorrea primaria (ausencia de aparición de la menstruación a la edad adecuada).

Criterios para el diagnóstico de BULIMIA NERVIOSA (307.51).

- 1- Presentación de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - a) Ingesta de grandes cantidades de alimento en un corto período de tiempo.
 - b) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.
- 2- Conductas compensatorias inapropiadas: provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno; o ejercicio excesivo.
- 3- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos 2 veces por semana durante un período de 3 meses.
- 4- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- 5- El trastorno no coexiste exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa.

Trastornos de la conducta no especificados (307.50).

Se refiere a los TCA que no cumplen todos los criterios para ningún TCA específico.

Figura 2: (CIE-10) clasificación internacional de las enfermedades

Pautas para el diagnóstico de la anorexia nerviosa (F50.0).

- A. Pérdida significativa de **peso (IMC<17.5)**. En enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia propia del período de crecimiento.
- B. La pérdida está autoinducida mediante:
 - 1) **Restricción** de alimentos que engordan.
 - 2) **Vómitos** autoprovocados y/o utilización de **laxantes** y/o **fármacos** anorexígenos o diuréticos y/o **ejercicio** excesivo.
- C. Distorsión de la **imagen corporal**
- D. Alteraciones endocrinológicas secundarias (**Amenorrea** o pérdida de interés por el sexo o alteraciones en el metabolismo de la hormona tiroidea o en la insulina...).
- E. Retraso o detención de la pubertad.

Pautas para el diagnóstico de la **ANOREXIA NERVIOSA ATÍPICA** (F50.1).

Si faltan uno o más de las características principales de la AN (sin etiología somática conocida).

Pautas para el diagnóstico de la **BULIMIA NERVIOSA** (F50.2).

- A– Preocupación constante por la comida, deseos irresistibles de comer, con episodios de **polifagia**.
- B– Utilización de diferentes técnicas compensatorias al aumento de peso: **vómitos** autoprovocados, laxantes, períodos intermitentes de ayuno, fármacos...
- C– Miedo morboso a engordar. Objetivo de peso inferior al peso óptimo. Pueden existir antecedentes de AN.

Pautas para el diagnóstico de la **BULIMIA NERVIOSA ATÍPICA** (F50.3).

Si faltan uno o más de las características principales de la BN (suele asociarse a depresión).

Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas (F50.4) (asociado a obesidad).

Vómitos en otras alteraciones psicológicas (F50.5) (en trastornos disociativos, hipocondría...).

de los médicos de familia en el seguimiento y control de pacientes ya diagnosticados.

5. Determinar cuál sería la mejor forma de distribuir el protocolo.

Protocolo de atención a pacientes con Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) en Atención Primaria

Siguiendo el esquema general del protocolo, y de forma resumida, expondremos los aspectos más importantes de éste.

1. Concepto.

Se define el concepto general de los TCA, y de la Anorexia Nerviosa (AN) y de la Bulimia Nerviosa (BN) en particular.

Recordemos que los TCA se caracterizan por la disregulación del comportamiento ingestivo de un individuo que presenta una serie de conflictos psicosociales y autoes-

tima en los que su resolución está inevitablemente condicionada por el logro y/o persistencia de un estado de delgadez. El elemento distintivo de la anorexia nerviosa (AN) es el mantenimiento del bajo peso corporal por debajo de los valores mínimos normales; y el de la bulimia nerviosa (BN) es la presencia de episodios recurrentes de ingesta voraz seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno, el vómito provocado, el abuso de laxantes, diuréticos u otros fármacos adelgazantes o el ejercicio excesivo. (Ver figura 1, pág. 5 y figura 2 en pág. 6.)

2 Epidemiología.

La prevalencia de los TCA ha aumentado en los últimos 20 años siendo de un 0,2 a un 0,8% en la población general y, en mujeres adolescentes es de un 1-5%. La distribución entre sexos de 1:10 a favor de las mujeres. La edad de co-

Figura 3: factores de riesgo

- Cambios bruscos de peso.
- Cambios en el patrón de alimentación.
- Ejercicio físico excesivo.
- Alteración en autoestima y autoimagen.
- Mala integración familiar y social.

mienzo del trastorno ha bajado considerablemente. En la *gráfica 1* (ver página 4), observamos la prevalencia de los distintos tipos de TCA en mujeres adolescentes españolas.

3. Factores de riesgo. (Ver figura 3.)

4. Prevención Primaria

Se desglosó en los siguientes apartados: 1) prevención en el ámbito escolar, 2) campañas de prevención y concienciación social y familiar, 3) las dietas, 4) actividad deportiva.

5. Papel del médico de Atención Primaria en la prevención secundaria

5.1 Situación actual del diagnóstico y detección precoz de los trastornos del comportamiento alimentario

Figura 4: signos de alarma

- Adolescencia.
- Dieta restrictiva y/o adelgazamiento.
- Amenorrea.
- Disforia, irritabilidad, tendencia al aislamiento social.
- Ejercicio físico excesivo.
- Práctica de deportes y profesiones donde el aspecto físico sea especialmente valorado (ballet, gimnasia rítmica, profesiones como modelos, etc.).
- Antecedentes familiares (anorexia, bulimia, depresión, trastornos por ansiedad o alcoholismo).

Figura 5: evaluación clínica

- Imagen corporal.
- Historia ponderal.
- Hábitos y conducta alimentaria.
- Consumo de fármacos.
- Ejercicio físico.
- Esquema familiar y actividad.
- Posibles complicaciones asociadas.

en atención primaria. Se analizaron, mediante una revisión bibliográfica, los distintos estudios y métodos de detección precoz y su situación en España donde no existía ningún estudio ni ningún método validado en nuestra población para detectar precozmente estos trastornos. (Ver figura 4.)

5.2 Detección precoz de los trastornos del comportamiento alimentario en atención primaria. Se aconseja registrar el peso, la talla y el índice de masa corporal y realizar una encuesta de detección precoz que se elaboró para dos franjas de edad, como hemos comentado previamente. (Ver tabla 1 en página 9 y tabla 2 en página 10). Esta detección la puede realizar cualquier médico del equipo de atención primaria, enfermera o dietista si existe en alguna comunidad, formando parte del equipo.

6. Cuadro clínico y complicaciones.

Diferenciando entre anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Figura 6: derivación especializada

Salud Mental: autoimagen y autoestima.
Servicio de nutrición.

Criterios de gravedad.

Desnutrición severa.
Pérdida de peso muy rápida.
Patrón de alimentación desestructurado.
Alteraciones orgánicas severas.
Grave descontrol en la conducta (*vómitos incoercibles*)
Psicopatología severa (*riesgo de suicidio, depresión grave, consumo abusivo de fármacos, drogas o alcohol*).
Problemática familiar severa que impide el tratamiento ambulatorio.

7. Evaluación de un paciente con sospecha de TCA. (Ver figura 5 en pág, 7.)

Se analizaron por separado aspectos relativos a la anamnesis, exploración física y exploración analítica.

8. Diagnóstico diferencial.

9. Conducta a seguir ante el paciente con sospecha de TCA.

Se trata como abordar el diagnóstico frente al paciente y sus familiares, cómo realizar la derivación y cuáles son los criterios de gravedad. (Ver figura 6.)

10. Papel del médico de

atención primaria en la prevención de recaídas. (Ver figura 7.)

11. Programas de formación a médicos de atención primaria.

Donde se especifica los apartados que tendría que tener un programa de formación de estos trastornos y un programa de educación nutricional en general para poder detectar mejor éstos y otros trastornos relacionados con la nutrición.

12. Anexos.

Donde, y por medio de tablas y esquemas, se expone todo lo necesario para detectar precozmente y tratar estos trastornos.

Figura 7: prevención de recaídas

Actitud ante el adolescente

- Intentar buena relación médico-paciente.
- Nunca culpabilizar.

Valoración periódica

- Valoración nutricional.
- Valoración autoimagen.
- Preguntar amenorrea.
- Búsqueda de posibles complicaciones.

Ante cualquier recaída: tratamiento precoz

Resumen

Queremos destacar finalmente que en la sociedad actual, especialmente en los medios de comunicación como televisiones, revistas "femeninas" etc, siguen exaltando el "culto al cuerpo" y por tan-

Tabla 2: evaluación inicial para la detección de riesgo de TCA a partir de los 14 años

*Medición de peso y talla. Cálculo del IMC y comparación con percentiles.
En niñas: edad de la menarquia. Fecha de la última regla. Ciclos menstruales.*

Preguntas guía para una entrevista dirigida al adolescente

Sobre el peso

¿Se han producido cambios en tu peso recientemente?

¿Te pesas con mucha frecuencia?

Sobre la alimentación

¿Comes todo tipo de alimentos? ¿Excluyes alguno?

En ocasiones ¿te saltas alguna comida principal?

¿Prefieres comer sólo/a o acompañado de tu familia?

¿Haces algún tipo de dieta para adelgazar? ¿Haces alguna otra cosa para adelgazar?

¿Alguien de tu familia hace algún tipo de dieta?

Ejercicio

¿Haces mucho ejercicio?

¿Descansas lo suficiente?

Sobre la autoestima y autoimagen

¿Crees que el aspecto físico es muy importante?

¿Te gusta cómo eres físicamente?

¿Te has visto gordo/a alguna vez?

¿Te gusta como eres en general?

¿Eres muy exigente contigo mismo?

Sobre la integración familiar y social

¿Tienes buenos amigos?

¿Te llevas bien con tu familia?

¿Te encuentras a gusto en el colegio, Instituto...?

BIBLIOGRAFÍA

- Argimón Payas J, Jiménez Villa J. Métodos de Investigación. Barcelona, ediciones Harcourt 200 2ª edición.
- Toro J. Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. FMC 1995; 2(2): 68-80.
- Toro J. La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. Medicina Clínica 2000; 114(14): 543-4.
- Gómez C, de Cos A y González B. Trastornos de la conducta alimentaria. En: Hernández M y Sastre A, editores. Tratado de Nutrición. Madrid: Díaz de Santos, 1999.
- Gómez Candela C, de Cos Blanco A. "Manifestaciones clínicas de sospecha de los trastornos de la conducta alimentaria" Revista Clínica Española 2001; 201:586-9.
- Julián Viñals R, Ramírez Arrizabalaga R. "Problemas de la alimentación y la autoimagen" en GUÍA DE ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA; 2ª ed. semFYC. Barcelona 2002: 262-6.
- Gil Canalda, MI.Candela Villanueva, JP. Cecilia Rodríguez, M. "Atención primaria y trastornos de la alimentación: nuestra actitud frente a ellos (I)". Atención Primaria 2003; 31: 178-80.
- Gil Canalda, MI.Candela Villanueva, JP. Cecilia Rodríguez, M. Atención primaria y trastornos de la alimentación: ¿Qué podemos hacer nosotros? (II). Atención Primaria 2003; 31: 248-51.
- Ruiz Lázaro PJ. "Comentario: Prevención de los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes". Atención Primaria 2003; 32: 408-9.