

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

**Prevención y diagnóstico oportuno de los
TRASTORNOS
DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:
ANOREXIA NERVIOSA Y
BULIMIA NERVIOSA
en el primer nivel de atención**

Guía de referencia rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-113-08**

**CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL**



Vivir Mejor

CIE-10: F00-F099 Trastornos mentales y del comportamiento **F50 Trastornos de la ingestión de alimentos:** **F500 Anorexia nerviosa, F502 Bulimia nerviosa**

GPC Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Prevención y diagnóstico oportuno en el primer nivel de atención

Definición

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

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

Prevención primaria

Promoción de la salud

Tanto los factores de riesgo como los de protección pueden ser de carácter individual, relacionados con factores familiares, sociales, económicos y ambientales. Generalmente, la presencia de algún síntoma es el efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo, la falta de factores de protección y la interacción de situaciones de riesgo y protección, lo que predispone a los individuos a cambiar de una condición mentalmente saludable a una mayor vulnerabilidad, pasar luego a un problema mental y finalmente a un trastorno mental con todas las características.

Con el fin de reducir los malos hábitos alimenticios y los trastornos alimenticios, las intervenciones preventivas se enfocan en estudiantes de escuela preescolar, primaria, secundaria y preparatoria.

Es importante realizar intervenciones de prevención en las escuelas profesionales con poblaciones específicas de riesgo, tales como bailarinas de ballet, atletas, estudiantes de modelaje y culinaria o en niñas adolescentes y mujeres jóvenes que están mostrando malos hábitos alimenticios a niveles subclínicos.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo son similares a los de cualquier problema de salud mental:

- Autoestima baja, debilidad emocional, pensamiento negativo, pocas destrezas sociales y de resolución de problemas, habilidades deficientes para el manejo del estrés y sentimientos de control.
- Menarca a edad temprana, que comienza con una insatisfacción por la apariencia corporal.
- Trastorno psiquiátrico en los padres.

Los grupos blanco para realizar la búsqueda, deben incluir:

- Mujeres jóvenes con bajo índice de masa corporal (IMC) comparado con la edad.
- Pacientes que acuden a consulta con preocupación relativa al peso y que no presentan sobrepeso ni obesidad.
- Mujeres con problemas menstruales o amenorrea.
- Pacientes con signos físicos de desnutrición o con varios episodios de vómito y pacientes con bajo peso.

- Profesiones como bailarinas de ballet, atletas, estudiantes de modelaje y culinaria.
- Niñas, adolescentes y mujeres jóvenes que están mostrando malos hábitos alimenticios a niveles subclínicos.

Síntomas y signos

Generales como hematemesis, anomalías intestinales, debilidad, letargia, desvanecimientos, intolerancia al frío y problemas dentales.

Frecuentemente los pacientes con trastornos alimentarios pueden presentar ansiedad, depresión, síntomas gastrointestinales, síntomas menstruales o bien pueden ser pacientes diabéticos con poco control de su enfermedad.

En pacientes con bajo peso, se debe buscar evidencia de velocidad baja del flujo sanguíneo, temperatura corporal baja y debilidad muscular.

En jóvenes y niños puede encontrarse cualquier retraso en el desarrollo.

El peso corporal por debajo del 15% del peso ideal (ya sea que lo haya perdido o que nunca lo haya alcanzado), o bien el IMC en la escala de Quetelet se encuentra en 17.5 o menos. Pacientes en la pre-pubertad no logran obtener el incremento esperado de peso en el periodo de crecimiento.

Exploración física

Debe realizarse en forma completa. Es recomendable propiciar un ambiente de confianza y respetar el derecho del paciente a la confidencialidad y se debe incluir:

- Temperatura corporal
- Frecuencia cardíaca
- Frecuencia y tipo de respiración
- Presión arterial

- Peso
- Estatura
- Índice de masa corporal
- Perímetro de cintura
- Examen de la boca (buscar alteraciones dentarias)
- Manos: callosidades provocadas por la acción de provocarse el vómito
- Exploración de glándula tiroides
- Soplos carotídeos y cardíacos
- Visceromegalias

La pérdida de peso en la anorexia nerviosa es autoinducida, evitando el consumo de comida “engordadora”; además, de una o más de los siguientes comportamientos: autoinducción del vómito; purga autoinducida; ejercicio en exceso; uso de supresores del apetito o de diuréticos.

Tamizaje

Todo paciente con al menos un factor de riesgo para trastornos de la alimentación, se le deberá aplicar el Cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR). Anexo I.

Criterios diagnósticos para anorexia nerviosa¹

1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej. pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
3. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o

¹ Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, Texto Revisado DSM-IV-TR (APA, 2002).

negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

4. En mujeres post-puberales, presencia de amenorrea: por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej. con la administración de estrógenos).

Tipos específicos

- Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej. provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej. Provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Criterios diagnósticos para bulimia nerviosa¹

1. Periodos recurrentes de ingestión voraz. Un episodio de ingestión voraz se caracteriza por dos de las siguientes características:
 - a) Comer en un periodo discreto de tiempo una cantidad de comida definitivamente mayor a la comerían la mayoría de las personas en un periodo de tiempo similar bajo las mismas circunstancias.
 - b) Sensación de falta de control sobre el comer, por ejemplo, la sensación de no poder parar de comer, o de controlar la cantidad de comida ingerida.
2. Conductas compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento de peso, tales como: vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos, ayunos o ejercicio excesivo.
3. Los episodios de ingestión voraz y las conductas compensatorias inapropiadas

ocurren por lo menos dos veces a la semana durante tres meses.

4. La autoevaluación se encuentra indebidamente influenciada por la forma y el peso del cuerpo.
5. El disturbio no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nervosa.

Tipos específicos

- Purgativa: durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona utiliza el vómito autoinducido, laxantes, diuréticos o enemas.
- No purgativa: durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona utiliza conductas compensatorias inapropiadas, tales como exceso de ejercicio, pero no utiliza el vómito autoinducido, laxantes, diuréticos o enemas.

Estudios de laboratorio.

Los estudios de laboratorio y gabinete son indispensables para valorar la gravedad de cualquiera de los desordenes alimentarios y de utilidad cuando se refiere a segundo nivel. Se debe incluir:

- Biometría hemática
- Glucosa sérica, urea y creatinina
- Electrolitos séricos
- Perfil de lípidos completo
- Pruebas de función hepática
- Examen general de orina
- Electrocardiograma
- Prueba de función tiroidea básico (TSH, T3 y T4)

Pruebas de laboratorio y gabinete opcionales:

- Fosfato sérico (durante el proceso de realimentación en el caso de desnutrición).
- Densitometría ósea de cadera y columna lumbar (en el caso de anorexia nerviosa con amenorrea secundaria de más de seis meses de evolución).

Anexo I. Cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (CAR)

Instrucciones: Marca una opción para cada inciso, considerando los últimos tres meses de tu vida.

No.	Descripción	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia: dos veces en una semana	Con mucha frecuencia: más de dos veces en una semana
1	Me ha preocupado engordar.				
2	En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida.				
3	He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer).				
4	He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso.				
5	He hecho ayunos (dejar de comer por 12 hrs o más) para tratar de bajar de peso.				
6	He hecho dietas para tratar de bajar de peso.				
7	He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso.				
8	He usado pastillas para tratar de bajar de peso. Especifica cuál(es) _____				
9	He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cuál(es) _____				
10	He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cuál(es) _____				

Fuente: Unikel-Santoncini C y col. Salud Pública de México/ vol. 46 No. 6, Noviembre-Diciembre 2004.

Tabla descriptiva e interpretación del cuestionario CAR.	
Autores	C Unikel , JA Villatoro, ME Medina-Mora, C Fleiz, N Alcántar, S Hernández
Referencias	Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. Revista de Investigación Clínica. 2000;52(2), 140-147.
Evalúa	Conductas alimentarias comunes a los trastornos de la conducta alimentaria
No de ítems	10
Administración	Autoaplicada
Descripción	Es un cuestionario que mide las conductas alimentarias características de los trastornos de la conducta alimentaria definidos por el DSM-IV (APA, 1994). Consta de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta sobre la frecuencia que se lleva a cabo la conducta (0=nunca o casi nunca, 1=algunas veces, 2=Con frecuencia -dos veces a la semana-, 3= muy frecuentemente -más de dos veces en una semana-).
Calificación e interpretación	Es una escala con cuatro opciones de respuesta cuya suma de reactivos proporciona un punto de corte, cuando la puntuación es menor a 11 se califica sin riesgo de TCA, cuando la suma es mayor a 10 se califica con riesgo de TCA.
Bibliografía complementaria	Unikel C, Bojórquez I, Carreño S. (2004) Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. Salud Pública de México, 46, 509-515. Unikel C, Gómez Peresmitré G, Bojorquez I. Manual de aplicación del cuestionario de factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Publicación interna. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Criterios de referencia.

1. Los pacientes con sospecha de diagnóstico de algún trastorno alimentario, deberán ser referidos a tercer nivel de atención, al servicio de psiquiatría, para recibir un tratamiento especializado.
2. Los pacientes con ideación suicida o esquizofrenia, deberán ser referidos al servicio de urgencias del hospital psiquiátrico.

Diagrama de flujo de la detección, diagnóstico y manejo de los trastornos de la conducta alimentaria.

