

Experiencia en Trabajo Multidisciplinario en TCA

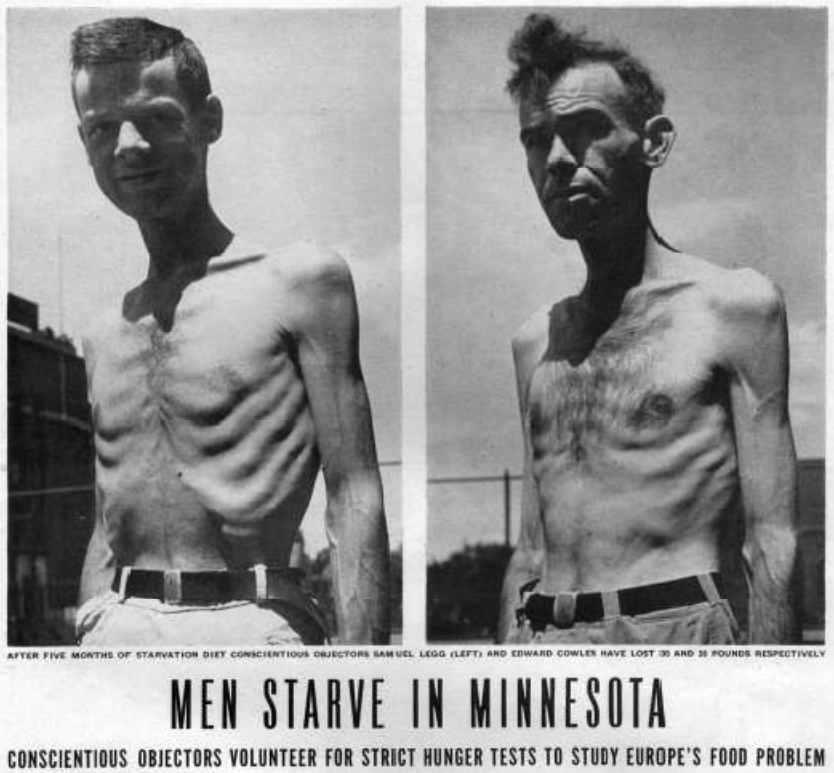
Dra. Pascuala Urrejola. División de Pediatría.

P. Universidad Católica de Chile

-
- ▶ Necesidad equipo multidisciplinario
 - ▶ Consecuencias médicas ayuno
 - ▶ Detección precoz
 - ▶ Tipos de tratamiento
 - ▶ Experiencia
 - ▶ Conclusiones



Ayuno



Estudio de Minnesota

- ▶ Irritabilidad, aislamiento social
- ▶ Falta de concentración
- ▶ Intolerancia al frío
- ▶ Comidas se transformaron en ritual
“...era lo único que importaba”
- ▶ “Obsesivos”

- ▶ **Período de re-alimentación el peor...**



Cambios Composición Corporal

	Comienzo ayuno	Finalizar Ayuno	
Peso (kg)	96	71,5	
IMC	28,3	21,1	
%GC	21.1	18,1	↓15%
Masa magra (kg)	76,7	58,6	↓ 24%
GMB (kcal)	2047	1732	↓15%
Albumina (gms)		5,2	
Hematocrito		47	



Causas de muertes

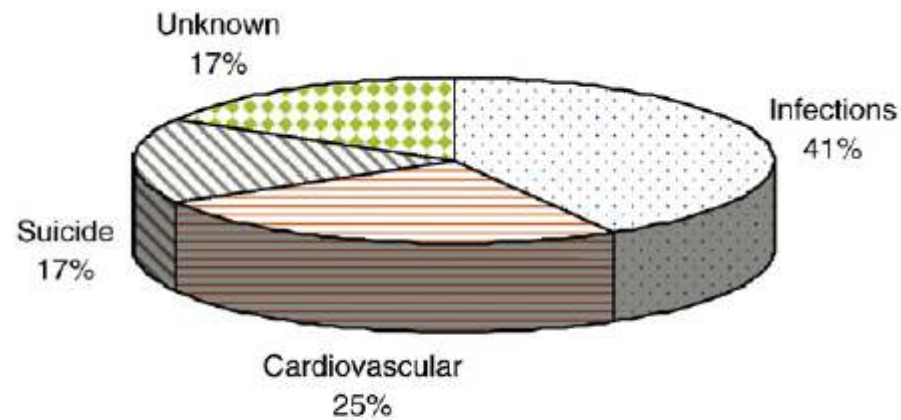


Fig. 1. Causes of death in the long-term course (21 years after first admission) of anorexia nervosa.

S. Zipfel et al. / Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical 129 (2006) 99–106



-
- ▶ Necesidad equipo multidisciplinario
 - ▶ Consecuencias médicas ayuno
 - ▶ Detección precoz
 - ▶ Tipos de tratamiento
 - ▶ Experiencia
 - ▶ Conclusiones



Modelo evolutivo: Pronóstico

Pronóstico bueno:
Mejoría > 80%

Pronóstico malo:
> 50 % en 5 años



Factores de riesgo

**Factores
mantención:**

- Débiles
- Modificables

**Factores
mantención:**

- Rigidez
 - Difícil de modificar
-



Rol médicos generales

- ▶ Médicos Generales Holandeses (n=58)

- ▶ Pre Intervención

- 28 AN

- 31 BN

- ▶ Post Intervención:

- 60 AN

- 85 BN

- ▶ Barreras diagnóstico precoz:

- ▶ Consulta tardía

- ▶ Falta de “insight”

- ▶ Demora en diagnóstico



A. Nervosa Nervosa: en práctica gastroenterológica

- ▶ Estudio retrospectivo realizado en UK, en la consulta inicial pacientes con TAL:
 - ▶ Unidad Tal
 - ▶ IMC 15,2 (n = 20)
 - ▶ Servicio Gastroenterología
 - ▶ IMC 14,2 (n = 20)



Síntomas Gastro-intestinales

- ▶ Constipación 60%
- ▶ Diarrea 25%
- ▶ Vómitos 20%
- ▶ Dolor abdominal 35%

- ▶ Todos:
 - ▶ Profesaban ganas de subir de peso
 - ▶ Negaban:
 - evitar comidas deliberadamente o
 - consumo de laxantes o
 - ejercicio excesivo



Promedio de exámenes realizados

	Consulta Gastroenterológica			Consulta Unidad TAL		
	1 ^{era}	Alta	Total	1 ^{era}	Alta	Total
Sangre	10	19	29	2	3	5
Endoscopia	1,7	1,7	3,4	0,15	0,2	0,35
Rayos	1,55	1,45	3,0	0,1	0,15	0,25



-
- ▶ Necesidad equipo multidisciplinario
 - ▶ Consecuencias médicas ayuno
 - ▶ Detección precoz
 - ▶ Tipos de tratamiento
 - ▶ Experiencia
 - ▶ Conclusiones



Medicina Basado Evidencia

- ▶ Evidencia escasa en caso de Anorexia Nervosa
- ▶ Los tipos de tratamiento se basan en:
 - ▶ “Recomendaciones de expertos”
 - ▶ Ponen énfasis en la importancia del tratamiento **multidisciplinario:**
 - ▶ **Controles médicos, nutricionales, psicológicos**



	Anorexia nervosa		Bulimia nervosa		Binge eating disorder	
	Evidence	Effect	Evidence	Effect	Evidence	Effect
Behavioural treatment						
Cognitive behavioural therapy	Weak*	+	Strong*	++	Moderate	+++
Interpersonal psychotherapy	Weak*	+	Moderate	+	Weak	++
Cognitive analytical therapy	Weak	+	..	..	..	..
Dialectical behavioural therapy	..	..	Weak	+	Weak	+
Psychodynamic therapies	Weak	+	Weak	-/+	..	..
Behavioural therapies	Weak	-/+	Moderate	+	..	..
Family-based therapy (Maudsley)	Moderate*	++	Weak*	+	..	..
Specialist clinical management	Weak*	+	..	..	..	..
Nutritional counselling (alone)	Weak*	-	Weak	-/+	Weak	+
Behavioural weight loss therapy	..	..	..	..	Weak	++
Self-help interventions (GSH/PSH)	..	..	Weak*	+	Weak	+
Mobile/internet/telemedicine	..	..	Weak	-/+	Weak	-/+

▶ Lancet 2010; 375:583-93. Cochrane Database Syst Rev 2008: 1:CD003909

Tratamientos Basados Evidencia

	Anorexia nervosa		Bulimia nervosa		Binge eating disorder	
	Evidence	Effect	Evidence	Effect	Evidence	Effect
Pharmacological treatment						
Antidepressants (acute phase)	Weak	-	Strong	+	Moderate	+
SSRIs	Weak*	-	Strong*	+	Moderate	-/+
TCAs	Weak*	-	Weak*	+	Weak	+
Other classes	..	..	Weak*	-/+	..	..
SNRIs (atomoxetine)	..	..	..	..	Weak	+
Antidepressants (relapse prevention)	Weak*	-/+	Weak	-/+	Weak	-/+
Antipsychotic: olanzapine	Weak*	-/+	..	..	..	..
Zinc	Weak*	-/+	..	..	..	..
Drugs for osteoporosis/osteopenia	Weak*	-	..	..	..	..
Anticonvulsant: topiramate	..	..	Weak	+	Moderate	++
Appetite suppressor: sibutramine	..	..	..	..	Moderate	++
Obesity drug: orlistat	..	..	..	..	Weak	+

▶ Lancet 2010; 375:583-93. Cochrane Database Syst Rev 2008: 1:CD003909

Ambulatorio vs Hospitalizado

- ▶ Ambulatorio de elección.
 - ▶ Pacientes graves, sin riesgo vital:
 - ▶ tratamiento ambulatorio es **más** efectivo que tto ambulatorio.
 - ▶ Pacientes crónicas:
 - ▶ se benefician más con hospitalizaciones prolongadas



-
- ▶ Necesidad equipo multidisciplinario
 - ▶ Consecuencias médicas ayuno
 - ▶ Detección precoz
 - ▶ Tipos de tratamiento
 - ▶ Experiencia UC
 - ▶ Conclusiones



Modelo UC:

- ▶ **Equipo:**

- ▶ Terapeutas Familiares, Psiquiatra, Pediatra o Internista Especialista Nutrición

- ▶ **Modelo**

- ▶ Fase I: **Re-alimentación**

- ▶ Terapia **focalizada en el comer**

- ▶ Fase II: **Estabilización del peso**

- Persistencia de la rigidez

- Fase III: **Pre-alta**

- Autonomía y “equilibrio”
-



Modelo UC: Estadios de tratamiento

	Estado nutricional	Psiquiátricos	Terapéuticos
Vida Normal	IMC 18-18.5 o IPT 90%		
Con colegio, Sin ejercicio	IMC 18 o IPT 85-90%		
Con colegio, almuerzo en casa	Peso estacionario o IMC <18 o IPT 80-85%		
Hospitalización Domiciliaria	Peso estacionario o IMC <15 IPT 75-80 %	Ideación suicida	
Hospitalización Nutricional	IPT < 70 % (< 75%) o IMC 13,5 (< 15)	Patología mental de los padres que inhabiliten alimentación	Falta de red afectiva que sostenga un sistema parental que pueda alimentar.
Hospitalización Psiquiátrica		Patología Familia no colabora	

Funcionamiento del “equipo”

- ▶ Reuniones periódicas:
 - ▶ Decidir objetivos
 - ▶ Evitar sentimientos de contra transferencia:
 - ▶ Pacientes: opositoristas, obsesivas, alteración estructura personalidad
 - ▶ Evitar “quiebres en el equipo”:
 - ▶ “ Disociaciones”, falta cumplimiento indicaciones

“Setting” ideal para evaluar áreas de fortaleza de la paciente y así avanzar en el tto **“ciclo virtuoso”**



Experiencia UC: Ambulatorio

Epc	AR N:49	BP N:21	BNP N:2	AP N:5	TNE N:3	Total N:81	%
≤12,0	4	0	0	0	0	4	12,1
12,1-14,0	0	0	0	2	1	14	17,3
14,1-16,0	19	8	0	0	1	28	34,6
16,1-18,0	11	6	1	1	1	20	24,7
18,1-20,0	2	4	1	1	0	8	9,9
20,1-22,0	1	3	0	0	0	4	4,9
22,1-24,0	0	0	0	1	0	1	1,2
24,1 +	2	0	0	0	0	2	2,5

Epc: edad primera consulta. AR: anorexia restrictiva. BP: Bulimia restrictiva. BNP: Bulimia no purgativa. AP: anorexia purgativa. TNE: Trastorno no específico.



(Rev Méd Chile 2006; 134: 973-80)

Evolución: 6 meses

Tipo de trastorno alimentario	IMC inicio (Z)	IMC 6 meses (Z)
Anorexia restrictiva	-0,68±0,64	-0,42±0,42*
Bulimia purgativa	-0,15±0,67	-0,03±0,66
Bulimia no purgativa	1,83±0,95	1,35±0,98
Anorexia purgativa	-0,20±0,49	0,25±0,2
Trast. no especificado	-0,36±0,3	-0,2±0,42
	-0,44±0,81	-0,23±0,6

*t= -2,559. p= 0,016. gl= 29.



(Rev Méd Chile 2006; 134: 973-80)

Conflictos familiares

6 meses

Conflictos	N	(%)	N	(%)
Abiertos	22	26,4	39	48,6
Cerrados	59	73,6	42	51,4



(Rev Méd Chile 2006; 134: 973-80)

Experiencia UC : Hospitalización Servicio Psiquiatría (Bajo peso o complicación Médica)

- ▶ N =20 (18 mujeres), en 8 años
- ▶ Edad (años):
 - ▶ $18 \pm 5, 3$
- ▶ Días hospitalización:
 - ▶ $26,1 \pm 18,1$

IMC ingreso	Z score Ingreso	IMC egreso	Z score egreso
$15,2 \pm 1, 6$	Z score - $1,5 \pm 0,8$	$17,2 \pm 1, 4$	Z score - $1,1 \pm 0,9$



-
- ▶ Necesidad equipo multidisciplinario
 - ▶ Consecuencias médicas ayuno
 - ▶ Detección precoz
 - ▶ Tipos de tratamiento
 - ▶ Experiencia
 - ▶ Conclusiones

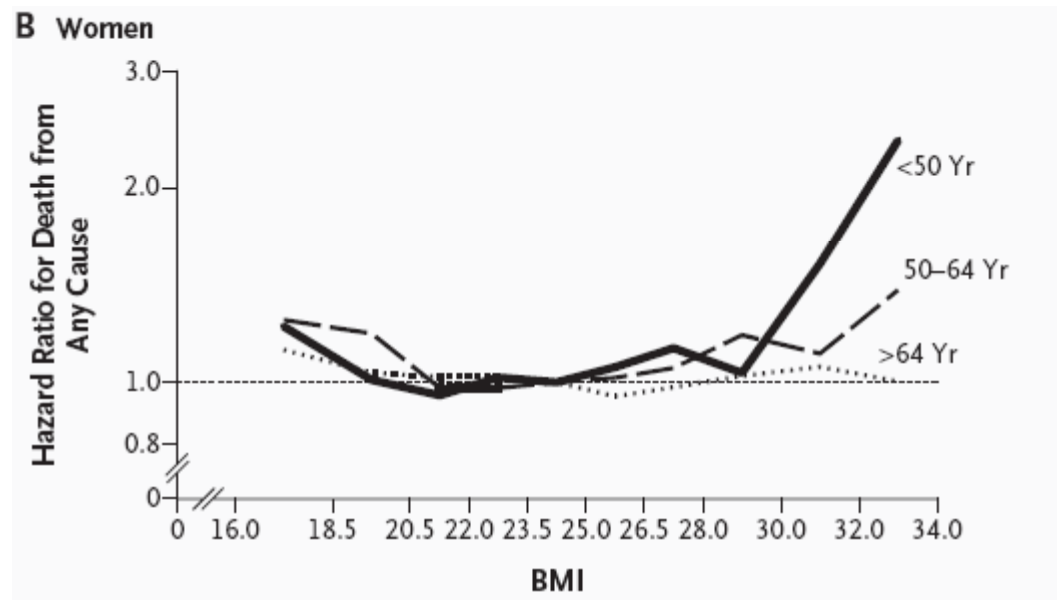


Anorexia Nervosa

- ▶ Pronóstico
 - ▶ Mejoría total 50-70 % adolescentes
 - ▶ Mejoría parcial 20 % (persisten síntomas residuales)
 - ▶ 5% mueren por década de síntomas
- ▶ Sin embargo, si **detección precoz y tratamiento multidisciplinario**, mejoría > 70%

▶ APA, 2006

Riesgo vital: Peso mínimo



NEJM 2006; 355:779-87

Peso “ideal” vs peso “aceptado”

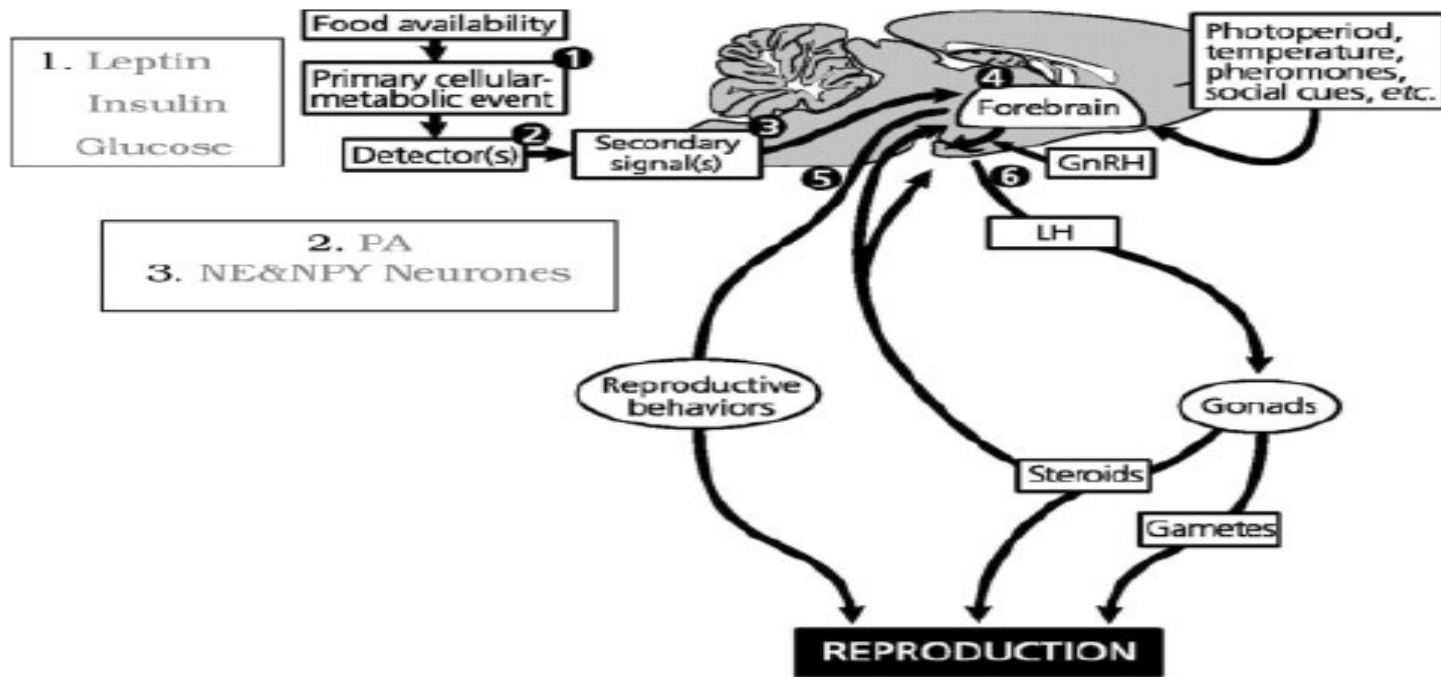


Figure 2. Nutrition and reproduction (Wade and Jones, 2004). NE, nor-epinephrine; NPY, neuropeptide Y; PA, postrema.

DEXA: Peso y Recuperación Menstruación

