



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca

Trabajo de Fin de Grado

**PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL
PACIENTE CON ANOREXIA NERVIOSA**

***THE ROLE OF NURSING IN THE CARE OF THE PATIENT WITH ANOREXIA
NERVOSA***

Autor:

MARTA CASTILLO QUÍLEZ

Director:

Don LUIS HIJÓS LARRAZ

2021

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| RESUMEN..... | 3 |
| Abstract..... | 4 |
| INTRODUCCIÓN | 5 |
| Justificación del tema..... | 7 |
| OBJETIVOS..... | 8 |
| METODOLOGÍA..... | 9 |
| DESARROLLO..... | 11 |
| 1. Factores, características, criterios diagnósticos y tipos de AN..... | 11 |
| 2. Afecciones y consecuencias de la AN en la vida del paciente | 13 |
| 3. Actuaciones de enfermería en el abordaje psicofísico, tratamiento y rehabilitación de pacientes con anorexia nerviosa..... | 16 |
| CONCLUSIONES | 20 |
| BIBLIOGRAFÍA | 21 |
| ANEXOS..... | 25 |

RESUMEN

Introducción: la anorexia nerviosa es un tipo de trastorno de la conducta alimentaria junto con la bulimia nerviosa y el trastorno de conducta no especificado. La anorexia nerviosa se caracteriza por una restricción de los alimentos y una alteración en la percepción de la imagen corporal. Principalmente la sufre el sexo femenino.

Objetivo: conocer y sintetizar la información actual de la anorexia nerviosa, las afecciones que tiene en la vida diaria del paciente y el papel de la enfermería en el cuidado del paciente.

Metodología: se realiza una búsqueda bibliográfica a través de buscadores y las siguientes bases de datos: Scielo, Scopus, Teseo, Dialnet; complementando la información con el aporte de monografías y guías de práctica clínica.

Desarrollo: la anorexia nerviosa es un tipo de trastorno manifestado por un estado de malnutrición, una distorsión de la imagen corporal, y una pérdida de peso producida por una disminución de la ingesta. Este trastorno cursa con ciertas características personales como pensamientos autodestructivos y un perfeccionismo acompañado de baja autoestima. Se diferencian dos tipos de anorexia nerviosa, la purgativa y la restrictiva. El tratamiento de esta enfermedad se abarca de manera multidisciplinar centrándose como objetivo principal en la normalización del peso del paciente.

Conclusiones: la anorexia nerviosa es una enfermedad que cada día sufre un mayor porcentaje de población. La enfermería ejerce un importante papel abarcando el tratamiento desde el área ambulatoria hasta la hospitalaria, participando en la prevención de la enfermedad, así como en el seguimiento y tratamiento psicofísico del paciente.

Palabras clave: "trastornos alimenticios", "anorexia nerviosa", "paciente", "enfermería".

ABSTRACT

Introduction: Anorexia nervosa is a type of eating disorder along with the bulimia nervosa and the non-specific conduct disorder. Anorexia nervosa is characterized by a food restriction and an alteration in the perception of the body image. It is mainly suffered by the female sex.

Objective: To know and synthesize the current information about anorexia nervosa, the affections that it has in the patient's daily life and the role of the nursing in the patient care.

Methodology: A bibliographic search was carried out through different browsers and the following databases Scielo, Scopus, Teseo, Dialnet; complementing the information with the contribution of monographs and clinical practice guidelines.

Development: Anorexia nervosa is a type of disorder which appears with a malnutrition condition, a distortion of the body image and weight loss produced by a decrease in the food intake. This disorder goes with some personal features such as self-destructive thoughts, perfectionism and low self-esteem. There are different types of Anorexia: nervosa, purgative and the restrictive one. The treatment for this illness is covered in a multidisciplinary way, focusing in the standardization of the patient's weigh.

Conclusions: Anorexia nervosa is an illness which, every day is more and more suffered by a greater percentage of the population. Nursing has an important role in the treatment from the outpatient area to the hospital area, participating in the prevention of the illness, the follow up and in the patient's psycho physic treatment.

Keywords: "Eating disorders", "anorexia nervosa", "patient" and "nursing".

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de enfermedades mentales determinados por un comportamiento alterado sobre la ingesta alimentaria, una insatisfacción corporal y/o la aparición de conductas para el control del peso y la forma del cuerpo.^{1,2}

Estas patologías están caracterizadas por la gravedad de los síntomas, la elevada resistencia al tratamiento y el alto riesgo de recaídas. Se clasifican entre los más serios trastornos mentales con una morbimortalidad elevada. Se vinculan con la desnutrición o la obesidad, la baja calidad de vida, el riesgo de mortalidad prematura, riesgo de depresión, ansiedad y abuso de sustancias.^{1,3}

En España, los TCA han pasado a ser la tercera enfermedad más frecuente en la adolescencia. La prevalencia femenina tiene unos valores entre 3.63% y 5.17% mientras que la masculina se encuentra alrededor de 0.77%.⁴ La edad de presentación de los TCA está disminuyendo en los últimos años, así como la diferencia entre ambos sexos. ^{1,5}

Los trastornos alimenticios según el DSM-5 ("Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales", cuarta edición) los clasificamos en anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno de conducta alimentaria no especificado (TCANE).^{3,6,7}

La AN es definida como un *"rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla"*. Se basa en conductas como excesivo ejercicio, restricción de calorías, utilización de diuréticos y/o laxantes, además de un temor extremo por aumentar de peso debido a la distorsión de la imagen corporal que el paciente sufre. ^{1,6}

La BN es un trastorno basado en episodios de recurrentes de atracones, que el individuo lleva a cabo con la sensación de pérdida de control. El individuo además realiza comportamientos compensatorios como vómitos, ayuno, uso de laxantes y/o ejercicio físico excesivo. Los episodios se repiten una vez a la semana, manteniendo un periodo de al menos 3 meses. ^{6,8,9}

Los TCANE son un conjunto de trastornos que no responden a los criterios clínicos de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa. Son por ejemplo los trastornos por atracón. ^{1,3,6}

La AN fue descrita como problema de salud a finales del S. XVII por Richard Morton. Éste, describió casos de mujeres que padecían una pérdida de peso importante que no estaba justificado por causas físicas. En el S.XIX Laseque y Gull explicaron casos que responden a lo que actualmente se entiende por AN.¹⁰

Los principales síntomas de esta patología los podemos resumir en restricción alimentaria, profundo miedo a ganar peso y la alteración de la percepción de la imagen corporal.¹

La prevalencia de la AN en mujeres de países occidentales es del 1%. Los últimos estudios indican que la proporción de curación en los pacientes aumenta del 68% al 84%. La AN está clasificada como la enfermedad mental con mayor tasa de mortalidad, por encima de otras como la esquizofrenia o el trastorno bipolar. ¹¹

El 90-95% de los casos de anorexia se da en mujeres, la edad varía entre los 12 y los 25 años, siendo más frecuente entre los 12 y los 17. La edad media de aparición de la anorexia es de 17 años. Existen muy pocos pacientes con una edad mayor de 40 años. ^{3,11.}

El sobrepeso y la obesidad son antecedentes en más de un tercio de los casos de AN que ocurren en la adolescencia. Estos términos se definen como acumulaciones anormales o excesivas de grasa que pueden ser perjudiciales para la salud. La obesidad ha crecido de manera radical afectando a diferentes edades, desde la infancia, pasando por adolescencia hasta la ancianidad. Mientras los afectados aumentan de peso, la sociedad impone un culto a la delgadez, contradicción que se manifiesta a través de AN y BN. ⁷

Las actuaciones preventivas de la AN, así como del resto de TCA, deben de estar enfocadas en torno a los factores de riesgo de éstos, teniendo en cuenta la edad de la población, siendo necesarias intervenciones en edades tempranas. Se destaca la necesidad de educación en promoción de la salud

y prevención a niños y jóvenes en escuelas e institutos por parte de los profesionales de atención primaria.⁷

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

Tal como queda descrito anteriormente los trastornos alimenticios son enfermedades que sufren actualmente un mayor porcentaje de población, equiparando cada día más la enfermedad en ambos sexos.

Escoger la AN para realizar su análisis en profundidad tiene motivo personal. El papel de la enfermería en la anorexia, así como en el resto de TCA es muy importante, destacando fundamentalmente su acción en diagnóstico y prevención. La cooperación del equipo multidisciplinar es imprescindible para el tratamiento y rehabilitación del paciente.

OBJETIVOS

Objetivo general: Analizar la información actual sobre la AN y cómo afecta a las actividades de la vida diaria del paciente.

Objetivos específicos:

- Sintetizar los factores, características, criterios diagnósticos y tipos de AN.
- Examinar las afecciones de la AN en la vida diaria del paciente.
- Estudiar las actuaciones de enfermería en el abordaje psicofísico, tratamiento y rehabilitación de pacientes con anorexia nerviosa.

METODOLOGÍA

La búsqueda de esta información tiene lugar desde principios de enero de 2021 hasta abril de 2021.

Los descriptores en ciencias de la salud (Decs) necesarios para llevar a cabo la búsqueda de información han sido los siguientes:

- "Trastornos alimenticios".
- "Anorexia Nerviosa".
- "Enfermería".
- "Paciente".

Tras la determinación de los descriptores en ciencias de la salud (Decs) utilizados para realizar la búsqueda en las bases de datos, se definió el operador booleano utilizado siendo este "AND".

Las bases de datos bibliográficas consultadas son:

- *Scielo*
- *Teseo*
- *Scopus*
- *Dialnet*

Los términos de búsqueda utilizados en cada base de dato son mencionados en la tabla 1.

Tabla 1 términos de búsqueda utilizados en cada Base de datos.

| Bases de datos | Perfil de búsqueda |
|-----------------------|--|
| <i>Scielo</i> | Trastornos alimenticios AND enfermería Anorexia nerviosa AND enfermería |
| <i>Teseo</i> | Trastornos alimentarios AND enfermería |
| <i>Scopus</i> | Paciente AND Trastornos alimenticios Paciente AND Anorexia Nerviosa |
| <i>Dialnet</i> | Anorexia nerviosa AND enfermería |

Los limitadores de búsqueda son:

- La disposición de los textos completos de cada artículo.
- El idioma: siendo la elección el castellano.
- El año de publicación y/o revisión escogidos todos los artículos publicados desde 2010.

Para la selección de los artículos se emplearon los siguientes criterios de inclusión:

- Contrastabilidad de información de un artículo con otro.
- Artículos que presenten información general sobre la enfermedad, no referidos a casos particulares de pacientes con AN con otras patologías de base.

La búsqueda se complementa en las bibliotecas de Zaragoza de la Facultad de Medicina y Enfermería, con la utilización de las siguientes monografías: "Intervención en los Trastornos de la Alimentación", "Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad", "Psicología de los trastornos de alimentación" y "Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria".

DESARROLLO

1. Factores, características, criterios diagnósticos y tipos de AN

La OMS clasifica la anorexia como un trastorno mental y de comportamiento.¹¹ Existen una gran variedad de factores que interfieren y se desarrollan en la anorexia nerviosa (Ver anexo 1).^{1,2,6,11}

La anorexia nerviosa es un trastorno que es iniciado en la adolescencia en la mayor parte de los casos, manifestada por un estado de malnutrición debido a la gran pérdida de peso, temor a ganar peso, y la distorsión de la imagen corporal o una exagerada implicación en ésta, pareciéndoles estar obsesos a pesar de su claro estado de delgadez.^{1,2,6,11}

Se evidencia que la anorexia presenta antecedentes familiares, aunque haya individuos que no los padezcan. Algunos individuos sufren un único episodio mientras que otros presentan episodios fluctuantes con ganancias de peso seguido de recaídas. También puede presentarse la necesidad de establecer programas terapéuticos para evitar la continuación de la desnutrición y evitar así la muerte del paciente.^{2,3,6}

En ocasiones el inicio de la enfermedad se asocia a acontecimientos estresantes como el inicio de los estudios lejos del hogar. Cuando la anorexia nerviosa comienza en la infancia, a menudo se nota en la falta de aumento de peso a pesar del niño sigue creciendo en altura.^{2,6}

Las características asociadas al paciente con anorexia son la preocupación por comer en público, sentimientos de incompetencia, necesidad de controlar el entorno, pensamientos inflexibles y autodestructivos, limitación de la expresividad emocional y de la espontaneidad social. Se caracterizan también por un perfeccionismo acompañado de una baja autoestima (muy dependiente de la imagen corporal) y excesivas críticas consigo mismo, pero no hacia los demás (Ver Anexo 2). En la mayor parte de los casos, estos trastornos van acompañados de otros problemas psiquiátricos como ansiedad, pánico, trastorno obsesivo compulsivo y consumo de alcohol y drogas. Los pacientes que sufren anorexia nerviosa se caracterizan también por una nula conciencia de la enfermedad.

^{2,6,11,12}

Aunque los individuos con anorexia repriman sus deseos por comer, presentan un gran interés por la comida, manifestándose por la compra de libros de cocina, el arreglo de la mesa, los platos o la comida.⁴

Los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa los podemos clasificar según el DSM-5 (Ver anexo 3) y la CIE-10 (Ver anexo 4).³

Existen dos subtipos de anorexia nerviosa: el restrictivo y el compulsivo/purgativo. El tipo restrictivo consiste en la realización de dieta, acompañada de la realización de ejercicio intenso (no recurren a atracones ni purgas). Los pacientes jóvenes con anorexia restrictiva tienen reacciones de ansiedad y depresión con mayor frecuencia que las anorexias purgativas. El tipo compulsivo/purgativo se utiliza cuando el individuo recurre a atracones y/o purgas. La mayoría de individuos que tienen episodios de atracones recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva. También existen los individuos que se purgan sin realizar el atracón. Los individuos que sufren la anorexia purgativa, presentan con frecuencia erosión dental.^{2,4}

2. Afecciones y consecuencias de la AN en la vida del paciente

A causa de la anorexia nerviosa el paciente sufre numerosos síntomas físicos que quedan indicados en la tabla número 2. Se clasifican en: alteraciones dermatológicas, alteraciones renales, alteraciones circulatorias, alteraciones esqueléticas, alteraciones metabólicas, complicaciones respiratorias, alteraciones hematológicas, alteraciones del tracto digestivo, alteraciones endocrinológicas y alteraciones neurológicas.

Tabla 2. Alteraciones de la AN. ^{2,6,13}

| | |
|-------------------------------------|---|
| Alteraciones dermatológicas | Sequedad de piel, lanugo, edema dependiente de alteraciones iónicas e hidroeléctricas, úlceras y callos en el dorso de las manos, roturas vasculares en mejillas, uñas y dientes quebradizos, caída de pelo y vello axilar y pubiano. |
| Alteraciones renales | Insuficiencia renal, alteración de la diuresis, aumento de productos nitrogenados en sangre por fallo de filtración. |
| Alteraciones circulatorias | Hipotensión arterial, extremidades cianóticas, bradicardia, arritmias cardíacas. |
| Alteraciones esqueléticas | Osteoporosis, escoliosis o cifosis. |
| Alteraciones metabólicas | Elevación del nitrógeno ureico en sangre, hipopotasemia, hipomagnesemia, alteraciones de la amilasa, alcalosis hipoclorémica y deshidratación. |
| Complicaciones respiratorias | Puede existir neumonía por broncoaspiración debido a la regurgitación o neumonía facilitada por la debilidad de los músculos respiratorios. |
| Alteraciones hematológicas | Leucopenia, anemia ferropénica, disminución de linfocitos CD4 y CD8, disminución de los niveles séricos de las proteínas del complemento. |

| | |
|--|---|
| Alteraciones del tracto digestivo | Problemas dentales como gingivitis, úlceras bucales y pérdida de piezas por el ácido gástrico. Faringitis, esofagitis por reflujo, esófago de Barret. Retraso del vaciado gástrico. Dispepsia, sensación de plenitud gástrica y meteorismo. Estreñimiento. Halitosis. Dilatación gástrica. Hipertrofia parotídea. |
| Alteraciones endocrinológicas | Disminución de T3, con T4 y TSH normales. Amenorrea y esterilidad. Detención del crecimiento. Retraso puberal. Disminución de estrógenos y gonadotrofinas. Inversión LH/FSH. Descenso de insulina y aumento de glucagón. Hiperparatiroidismo. Hiperaminoacidemia. |
| Alteraciones neurológicas | Crisis epilépticas (por disminución de fósforo), alteración del gusto (déficit de Zinc), neuropatías por déficit de vitaminas, astenia generalizada, mareos inespecíficos, calambres musculares (déficit de calcio), cefaleas inespecíficas, síndrome vertiginoso, reducción del sueño a lo largo de la noche. |

La pérdida de peso se logra a través de una disminución de la ingesta total. Es considerado el síntoma principal. Los pacientes que sufren AN excluyen los alimentos con alto contenido calórico, limitándose a una dieta muy restringida de pocos alimentos. Además de la restricción, algunos individuos realizan purgas como vómitos provocados, laxantes o diuréticos o un abuso de ejercicio. No reconocen el cansancio. El ejercicio es parte de esa autodisciplina para no convertirse en obeso. Además de la restricción alimentaria, los individuos que sufren anorexia tienden a saltarse comidas. Una vez que el individuo consigue perder peso, siguen reduciendo la cantidad de calorías, aumentando cada vez más la preocupación sobre la comida. Las

acciones de pesarse varias veces al día, y medir las partes de su cuerpo son acciones repetidas entre estos enfermos. ^{2,3,4,7,11}

En las niñas prepuberales puede retrasar la aparición de la menarquia. Así mismo, se producen irregularidades en la secreción de hormonas de crecimiento y hormonas intestinales. ^{2,6}

En la adolescencia, un indicador en las niñas que ya han padecido la primera regla, es la aparición de amenorrea producida por los niveles extremadamente bajos de estrógenos y también se puede producir por el estrés emocional, la malnutrición y la pérdida de peso. En las niñas prepuberales puede retrasar la aparición de la menarquia. ^{2,6}

Muchos adolescentes pertenecientes a este grupo, a través de las dietas restrictivas, interrumpen el desarrollo sexual (inclusive el interés por el sexo), tratando de evitar la pubertad, quedándose con una imagen de adolescente que los defiende de asumir la madurez y sus responsabilidades. ^{6,11}

En las mujeres, se puede encontrar infertilidad o dificultad para el embarazo, debido a que el miedo del incremento del hambre durante éste, sea un desencadenante para perder el autocontrol sobre la comida. Los varones con anorexia nerviosa pierden la libido y son infértiles. ^{6,11}

Cuando la anorexia se cronifica durante más de 5 años, aumenta considerablemente el riesgo de mortalidad, 12 años de enfermedad generan una recuperación complicada. La larga duración de la enfermedad, el ínfimo peso, las dificultades sociales, los problemas en la personalidad, y las relaciones conflictivas con la familia son factores de pronóstico negativos. La mortalidad entre los individuos que sufren anorexia es entre 0 y 0,5%. Además de la muerte sufrida a causa de la enfermedad, otros fallecen debido a la inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico. ^{2,6}

3. Actuaciones de enfermería en el abordaje psicofísico, tratamiento y rehabilitación de pacientes con anorexia nerviosa.

La AN es un trastorno que se trata con un abordaje integral en el que participan psiquiatras, psicólogos, médicos de familia, endocrinos, dietistas, enfermeros y terapeutas ocupacionales. ^{9,13,14}

Los objetivos del tratamiento en los pacientes con TCA son los siguientes ^{9,13,14}:

- ✓ Mejorar el estado nutricional y normalizar el peso.
- ✓ Eliminar los atracones y los comportamientos purgativos, así como minimizar la restricción alimentaria.
- ✓ Educar al paciente sobre patrones alimentarios saludables.
- ✓ Promoción de la realización de ejercicio físico saludable.
- ✓ Prevención de las complicaciones médicas secundarias a la desnutrición.
- ✓ Tratamiento de las complicaciones médicas.
- ✓ Mejorar la confianza personal del paciente en sí mismo.
- ✓ Tratamiento de las alteraciones conductuales y comorbilidades psiquiátrica.
- ✓ Contener el riesgo suicida si existe.
- ✓ Prevención de recaídas.

Sin el tratamiento necesario los pacientes con AN adquieren un curso crónico e incapacitante. El tratamiento debe ofrecer distintos niveles de cuidado, ya sea a nivel ambulatorio, hospitalización parcial u hospitalización completa. ^{9,13}

Es importante mencionar la importancia de la colaboración de la familia, así como la del propio paciente en el tratamiento y rehabilitación de este tipo de trastorno. El primer paso que deberá realizar el paciente será la aceptación de su enfermedad. ^{15,17}

El tratamiento inicial de los pacientes con AN donde el riesgo biológico y psiquiátrico es mínimo se realiza de manera ambulatoria. Cuando los objetivos de aumento de peso que se plantean no se consiguen se opta por la hospitalización parcial u hospitalización aguda, permitiendo la intervención enfermera en la supervisión de las comidas y en el establecimiento de pautas

psicoeducativas sobre la enfermedad. Además, los equipos sanitarios pueden enfrentarse a las dificultades de manejo de las complicaciones de la desnutrición, así como a los frecuentes sabotajes de los mismos en pacientes en su alimentación.^{3,10,18}

Se propone una ganancia de peso de unos 700-800 g/semana, aunque en pacientes que tiene un IMC mayor de 18, 500 g es suficiente. Si el paciente sufre episodios de vómitos o episodios bulímicos se debe controlar esta situación antes de la ganancia de peso. ¹³

Las formas de alimentación deberán comenzarse de las maneras más naturales posibles. En caso de que no funcione esta opción, se estudiará la nutrición artificial por sonda de alimentación. En determinadas ocasiones, como el fracaso de las demás vías o riesgo vital, se utilizará la nutrición parenteral. La secuencia establecida es la siguiente:^{13,14} (Ver anexo 5)

1. Dieta natural con o sin suplementos artificiales.
2. Nutrición con dieta polimérica oral.
3. Nutrición enteral por sonda.
4. Nutrición parenteral.

Se deberá establecer el número de comidas por día, los horarios, la actividad física y el reposo necesario para cada paciente dependiendo de su gravedad clínica. ¹³

Existen también los tratamientos farmacológicos para facilitar la evolución de esta enfermedad; junto con la importante intervención psicológica y psiquiátrica tienen la función de evitar la cronificación de la enfermedad y conseguir la pronta recuperación del paciente¹⁸ (Ver anexo 6). Desde hace unos años y hasta el día de hoy se estudian opciones quirúrgicas para pacientes con AN resistentes a los distintos tratamientos conservadores.²⁰(Ver anexo 7)

En cuanto al abordaje enfermero, una de las primeras herramientas utilizadas para el tratamiento de la AN es la entrevista motivacional. Utiliza algunas estrategias como preguntas abiertas, fomento de autoeficacia, o refuerzo positivo al paciente. Se trata de un modelo de entrevista con la

finalidad de aumentar la motivación del paciente, el reconocimiento del enfermo de su problema, así como las consecuencias que el trastorno genera.

10

Otra de las funciones principales de enfermería (especialmente atención primaria) es la prevención de este tipo de enfermedad en la escuela, promoviendo estilos de vida sanos y saludables, a través de charlas y otras actividades de educación para la salud inculcando autoestima e imagen personal.⁴

En todas las situaciones en las que la enfermera trabaja con pacientes con AN, ésta vela por un cuidado holístico que permite a los pacientes tomar conciencia de la enfermedad, ganar autoestima y potenciar la aceptación de sí mismo. Para ello la enfermera debe conocer los cuidados fundamentales para paliar la sintomatología generada por la AN. Así pues, colabora en la rehabilitación del paciente, realizando actividades psicoeducativas sobre su enfermedad, incluyendo a su familia y colaborando con el resto de profesionales en los programas y ejercicios de psicoterapia. Los tratamientos de la AN frecuentemente son largos, recomendándose 4 años de control tras el alta. ^{8,10,18.}

Actualmente existen numerosas asociaciones y organizaciones de apoyo a todo aquel, así como a sus allegados como son ADANER (Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y bulimia de Granada), o Fundación APE (Prevención y Erradicación de los TCA, Zaragoza).

Los principales diagnósticos de enfermería que cursan con la AN quedan presentados en la tabla número 3.

Tabla 3 Diagnósticos de enfermería asociados a la AN. ²¹

| | |
|---|--|
| [00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales. | [00013] Diarrea |
| [00028] Riesgo de déficit de volumen de líquidos | [00035] Riesgo de lesión |
| [00060] Interrupción de los procesos familiares | [00093] Fatiga |
| [00094] Riesgo de intolerancia a la actividad | [00099] Mantenimiento ineficaz de la salud |
| [00102] Déficit de autocuidado en la alimentación | [00112] Riesgo de retraso en el desarrollo |
| [00118] Trastorno de la imagen corporal | [00120] Baja autoestima situacional |
| [00126] Conocimientos deficientes | [00146] Ansiedad |
| [00148] Temor | [00150] Riesgo de suicidio |
| [00175] Sufrimiento moral | [00188] Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud |
| [00195] Riesgo de desequilibrio electrolítico | [00211] Riesgo de deterioro de la resiliencia |
| [00225] Riesgo de trastorno de la identidad personal | [00244] Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente |

CONCLUSIÓN

La AN es un trastorno mental que tiende a comenzar en la adolescencia, afectando en una mayoría al sexo femenino. En esta enfermedad influyen una gran cantidad de factores, siendo el más destacable el entorno familiar. La característica principal de la AN es el pensamiento inflexible y autodestructivo de las personas que sufren esta enfermedad. Normalmente suelen cursar con otros problemas psiquiátricos como ansiedad o depresión.

Existen dos subtipos de esta enfermedad, diferenciándose la AN restrictiva de la AN compulsiva en que los pacientes que sufren esta última, llevan a cabo la realización de purgas o atracones.

El síntoma principal de la AN es la pérdida de peso a través de la disminución de la ingesta de alimentos. Se acompaña de otra variada sintomatología característica, dependiente de la edad de aparición de la AN. En la infancia es destacable el retraso en el crecimiento, así como en la adolescencia el atraso en la aparición de la menarquia. La edad adulta cursa con una patología muy variada dependiente del estado del paciente.

El tratamiento de la AN comprende un abordaje multidisciplinar siendo esencial la labor enfermera en cuanto a la promoción de la salud, prevención de esta enfermedad y seguimiento psicofísicos del paciente tanto en asistencia ambulatoria como en asistencia hospitalaria. Existen distintos tratamientos nutricionales que dependen de la gravedad del paciente; se acompañan de tratamientos farmacológicos para paliar la sintomatología del paciente y asegurarle una pronta recuperación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Laporta Herrero M^a L. Apego. Imagen corporal y Calidad de vida en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. [Tesis doctoral]. España: UNED; 2020.190 p.
2. Martí Pérez J. Anorexia nerviosa, presentación de un caso. Revista Multimed [Internet]. 2020 [citado en 6 de febrero 2021]; 24(1). Disponible en:
scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000100169
3. Valdayo Rosado B, Maria cruz Morales E, Martin Almenta R. Manifestaciones clínicas y tratamiento de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa desde una perspectiva enfermera. Vol. 1. España: ASUNIVEP; 2016.
4. López Ferreruela I, Anarte Ruíz C, Lorenzo Piqueres A, Masoliver Forés Á, Martínez Sebastiá N y Perelló M. Autopercepción del peso y conductas de riesgo relacionadas con los trastornos alimentarios. Revista de SEAPA [Internet]. 2017 [citado en 6 de febrero de 2021]; 5(4): 49-60.
5. Díaz Cárdenas S, González Martínez F, Saéñz Duran S. Hábitos y Trastornos alimenticios asociados a factores socio-demográficos, físicos y conductuales en Universitarios de Cartagena, Colombia. Revista clínica de Medicina de Familia [Internet]. 2011 [citado 6 Febrero 2021]; 4(3):1-12. Disponible en:
scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000300003
6. Luna Arteaga S. Intervención en los Trastornos de la Alimentación. Cádiz: Carpe Diem; 2015.
7. Aisa Sala I, Andrés Nestares P, Argente Oliver J, Baño Rodrigo A, Barriguete Meléndez JA, Bayo Fernández C et al. Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Vol. 18. Madrid: editorial médica Panamérica; 2014.

8. Castiblanco Montañez RA, Parra Rodríguez J, Rey Ochoa L, Rodríguez Díaz LV, Sánchez Cubilos YK, Solano Savedra PA. Cuidados Enfermeros que modifican conductas alimentarias en adolescentes, etapa inicial de anorexia. Revista Ciencia y Cuidado [Internet]. 2020 [citado en 12 de febrero 2021]; 17(2): 102-115. Disponible en:
[Cuidados enfermeros que modifican conductas alimentarias en adolescentes, etapa inicial de anorexia - Dialnet \(unirioja.es\)](#)
9. Campos del Partillo R, Castro Alija MJ, Loria Kohen V, Martin Palmero A, Martínez Olmos MA et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros [Internet]. 2018 [citado en 12 de febrero de 2021]. 35(2): 489-494. Disponible en:
[scielo.isciii.es/pdf/nh/v35n2/1699-5198-nh-35-02-00489.pdf · Archivo PDF](#)
10. López C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2011 [citado en 17 de febrero de 2021]. 22(1): 85-97. Disponible en:
[Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo | Revista Médica Clínica Las Condes \(elsevier.es\)](#)
11. FEACAB: Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha Contra la Anorexia y la bulimia [Internet]. España: FEACAB; 2015 [citado en 17 de febrero de 2021]. Disponible en: [ANOREXIA – FEACAB](#)
12. Pamies L, Quiles Y. Perfeccionismo y factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en adolescentes españoles de ambos géneros. Revista Anales de Psicología [Internet]. 2014 [citado en 17 de febrero de 2021]. 30(2): 620-626. Disponible en:
[Perfeccionismo y factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en adolescentes españoles de ambos géneros \(isciii.es\)](#)

13. Aguado Mañas JA, Baños Rivera RM, Beyebach M, Botella Arbona C, Elorduy García M^ªA, Martín Arenas L et al. Psicología de los trastornos de alimentación. Salamanca: KADMOS;2006.
14. Markkula N, Retamal P, Peña S. Salud mental en Chile y Finlandia: Desafíos y lecciones. Revista Médica Chile [Internet]. 2016 [citado en 17 de febrero de 2021]; 144(7):930-935. Disponible en:
[Salud mental en Chile y Finlandia: desafíos y lecciones \(conicyt.cl\)](#)
15. Vasquez N, Urrejola P, Vogel M. Actualizaciones en el manejo intrahospitalario de la anorexia nerviosa: recomendaciones prácticas. Revista médica de Chile [Internet]. 2017 [citado en 22 de febrero de 2021]. 145(5): 650-656.
[Actualizaciones en el manejo intrahospitalario de la anorexia nerviosa: recomendaciones prácticas \(conicyt.cl\)](#)
16. Guía de práctica clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria [Internet]. Barcelona. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1 de febrero de 2009 [citado en 26 febrero de 2021] Disponible en:
[GPC 440 TCA Catalunya.pdf \(aeesme.org\)](#)
17. Piera Fernández M. Anorexia y Bulimia. Orientación. Revista Farmacia profesional [Internet]. 2012 [citado en 1 de marzo de 2021]. 16(11): 64-69.
[Anorexia y bulimia. Orientación | Farmacia Profesional \(elsevier.es\)](#)

18. Vásquez Nicole, Urrejola Pascuala, Vogel Melina. Actualizaciones en el manejo intrahospitalario de la anorexia nerviosa: recomendaciones prácticas. Revista médica de Chile [Internet]. 2017 [citado en 1 de marzo de 2021] ;145(5): 650-656. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000500013&lng=es.

19. Arias Núñez E, Lorenzo Capilla A, Naranjo Díaz M^ªC, Puntí Vidal J, Torralbas Ortega J. Intervención enfermera en el plan terapéutico familiar de la anorexia nerviosa. Revista Enfermería Clínica [Internet]. 2011 [citado en 1 de marzo de 2020]. 21(6): 359-363. Disponible en:
[Intervención enfermera en el plan terapéutico familiar de la anorexia nerviosa | Enfermería Clínica \(elsevier.es\)](#)

20. Torres Díaz Cristina V., Martín Peña Gonzalo, Ezquiaga Elena, Navas García Marta, García de Sola Rafael. Tratamiento quirúrgico de la anorexia nerviosa resistente al tratamiento médico. Revista Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2016 [16 de marzo de 2021]; 33(4): 1001-1007. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000400034&lng=es. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.403.>

21. NNN Consult [Internet]. Barcelona: Elsevier [citado en 18 de marzo de 2021]. Disponible en:
[NNNConsult \(unizar.es\)](#)

ANEXOS

ANEXO 1: FACTORES QUE INTERFIEREN EN LA AN ^{1,6,11}

1. **Factores culturales:** La AN es más prevalente en las sociedades industriales donde el estereotipo de la delgadez prevalece. Los medios de comunicación, en especial la televisión, establecen la idea de que estar delgado está asociado a una vida feliz, con éxito laboral, éxito en las redes sociales y calidad de vida superior a la de los demás. En la actualidad, las redes sociales son otro medio con gran influencia en las personas para establecer estos estereotipos.

2. **Edad y sexo:** La AN en pocas ocasiones se inicia antes de la pubertad. En estos casos la gravedad de los trastornos mentales es mayor.

Más del 90% de los casos de AN se observa en mujeres. La anorexia en los varones presenta unas características similares a las observadas en las femeninas. La mayoría de los varones anoréxicos cuentan con antecedentes individuales de obesidad, son deportistas practicantes y tienen un rendimiento académico inferior al promedio.

3. **Factores Familiares:** Existe mayor riesgo de padecer AN entre los parientes de 1º grado. Además, los parientes de primer grado tienen mayor riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo.

Determinadas características familiares sumadas a los factores individuales de la persona y factores sociales pueden predisponer a sufrir este tipo de trastorno.

Algunos factores familiares que pueden interceder en la enfermedad:

- ✓ Modelo de dinámica familiar: clima tenso, agresivo, sobreprotector y con poca comunicación.
- ✓ Altas expectativas familiares.
- ✓ Madres sobreprotectoras.
- ✓ Cambios de rol familiares.
- ✓ Preocupación excesiva por el peso y las dietas del padre o la madre.
- ✓ Obesidad de algún miembro de la familia.

4. **Factores individuales:** Rasgos característicos de las personas que padecen anorexia nerviosa:

- ✓ Problemas para la autonomía personal: Dependencia de la familia o de alguna persona que les sirva como modelo. Ciertas situaciones como cambios de colegio, cambios de trabajo o de pareja, puede llevar a esta pérdida de autonomía que se compensa con un control restrictivo de la dieta.

- ✓ Miedo a madurar: Un alto porcentaje de la población que sufre anorexia nerviosa desarrolla estos trastornos durante la adolescencia, época donde se sufren cambios físicos, emocionales, sexuales y madurativos.

- ✓ Déficit de autoestima: las mujeres presentan con más frecuencia niveles bajos de autoestima asociados a la aprobación de otros y a la apariencia externa.

- ✓ Perfeccionismo y autocontrol: Los individuos que presentan TCA piensan que quien no sea perfecto no llegará nunca a ser alguien.

ANEXO 2: PERFECCIONISMO EN LA AN ¹²

El perfeccionismo queda definido por Hollander en 1978 como “la práctica de exigirse a uno mismo o a los demás una mayor calidad de rendimiento de la que es requerida por la situación”.

En 1980 Burns extiende el concepto como “una red de conocimientos” añadiendo expectativas, interpretación de eventos y de evaluación de uno mismo y de los otros.

El perfeccionismo se considera como una variable importante durante la adolescencia, siendo un predictor de mal ajuste y de estrés en esta etapa.

En relación con los trastornos alimenticios, el perfeccionismo se considera como una importante característica de la personalidad de estos pacientes. Llevando este término al campo de la anorexia nerviosa, se considera un factor que facilita la restricción constante de alimentos para poder mantener sus cuerpos con un peso tan bajo.

El perfeccionismo también se considera como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alimenticios, tras realizar numerosos estudios comunitarios.

Tras algunos estudios realizados en numerosos centros educativos en Alicante, en esta tabla se muestran las puntuaciones en el EAT-40 y las dimensiones del perfeccionismo, separando los sexos femenino y masculino. En el caso femenino las relaciones más elevadas se encuentran en el perfeccionismo auto-orientado y el factor de restricción alimentaria. En el caso masculino se localiza un resultado similar en el perfeccionismo auto-orientado y el factor de restricción.

Tabla 2. Correlaciones EAT-40 y Perfeccionismo.

| CHICOS | | | | | | |
|--------|---|---------|---------|---------|---------|---------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | 1 | 0.50** | 0.248** | 0.158** | 0.116** | 0.240** |
| 2 | | 1 | 0.195** | 0.205** | 0.057** | 0.216** |
| CHICAS | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | 1 | 0.510** | 0.279** | 0.174** | 0.177** | 0.292** |
| 2 | | 1 | 0.245** | 0.189** | 0.148** | 0.259** |

Significación: ** $p < .01$

1: Perfeccionismo Auto-orientado; 2: Perfeccionismo Prescrito Socialmente; 3: Restricción Alimentaria; 4: Presión Social; 5: Trastornos psicobiológicos; 6: Puntuación total EAT-40

ANEXO 3: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA AN SEGÚN DSM-5 (APA, 2013)¹

Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

1. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
2. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.
3. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
4. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
5. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Especificar si:

- Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.
- Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas.

Especificar si:

- En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la AN, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).
- En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la AN, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar:

- La gravedad actual: La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC.
 - ✓ Leve: $IMC > 17 \text{ kg/m}^2$
 - ✓ Moderado: $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$
 - ✓ Grave: $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$
 - ✓ Extremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

ANEXO 4: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA AN SEGÚN CIE-10 (OMS, 2000) ¹

1. Pérdida significativa de peso (Índice de Masa Corporal o de Quetelet de menos de 17,5). Los enfermos pre púberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.
2. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de:
Evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes:
 - Vómitos autoprovocados,
 - Purgas intestinales autoprovocadas,
 - Ejercicio excesivo y
 - Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
3. Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
4. Trastorno endocrino-gonadal generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida de interés y de la potencia sexual. También puede presentarse concentraciones altas de hormona de crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de la insulina.
5. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene. Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía

ANEXO 5: NUTRICIÓN ARTIFICIAL EN PACIENTES CON AN ¹³

La nutrición artificial incluye tipos de nutrición con la finalidad de cubrir las necesidades del organismo cuando no es posible hacerlo de manera suficiente a través de alimentos.

La nutrición artificial se inicia de manera escalonada, comenzando por los suplementos nutricionales orales hasta pasar a sondaje nasogástrico, nutrición enteral y nutrición parenteral.

Tratamiento con dieta natural: En situaciones con bajo riesgo desde el punto de vista nutricional, se debe potenciar una alimentación con dieta normal estándar sin concesiones extraordinarias en cuanto a alimentos, tiempo o actitudes.

Cuando esta opción fracasa se prepara una dieta individualizada y educación nutricional, teniendo en cuenta los gustos de la paciente y en la historia dietética previa, descartándose alimentos de densidad calórica baja y que produzcan gran saciedad.

En ocasiones, el paciente no mantiene la ingesta calórica necesaria para ganar peso, y es necesario incorporar suplementos a media mañana, en la merienda o antes de dormir, con un aporte inferior a 1000 kcal/día.

Nutrición artificial completa por vía oral: Se establece una dieta polimérica estándar, en tomas muy fraccionadas durante el día, con la finalidad de disminuir la plenitud postprandial y evitar vómitos. Se comienza con 10 tomas; una vez que se haya producido una ganancia de peso, las ingestas pasan a 8/6.

Puede ser de manera ambulatoria, llevándose a cabo en casa; como efecto adverso destacable el aumento de la dependencia psicológica en caso de ser esta nutrición muy prolongada.

Cuando fracasa esta modalidad es debido a los síntomas psicológicos ya que el individuo intenta perpetuar el peso que ha ganado. Se dan plazos de 7-15 días para evaluar al paciente y valorar otros métodos.

Nutrición enteral por sonda: En pacientes con AN y bajo peso que se encuentran en situación de hospitalización, el sondaje nasogástrico permite una ganancia de peso rápida y en un corto periodo de tiempo, disminuyendo así el tiempo de estancia hospitalaria. También se pueden utilizar en pacientes ambulatorios cuando no haya riesgo vital, aunque se utiliza de manera casi exclusiva en pacientes hospitalizados donde la gravedad y falta de colaboración es de alto riesgo.

La nutrición enteral siempre se administrará por sonda nasogástrica salvo en casos de vómitos donde se utilizará una sonda nasoduodenal o una sonda nasoyeyunal. Se utilizan dietas poliméricas de baja osmolaridad, en infusión continua a velocidad inicial baja. Inicialmente son 500-1000 Kcal/día, completando el volumen necesario total de agua y electrolitos por vía parenteral. Se va incrementando paulatinamente. Se comenzarán con controles analíticos diarios hasta la estabilización.

Tras ir progresando y ganando peso, la infusión comienza a ser intermitente, disminuyendo el tiempo y aumentando la velocidad de infusión. Cuando se plantea esta opción, se comienza con 6 tomas diarias de 3 horas cada una, con un volumen no superior a 400 ml en cada toma. ¹³

Tras experimentar la mejoría, la siguiente alternativa será una nutrición completa oral durante 7-10 días. A veces es posible pasar directamente a dieta natural estándar del hospital.

Nutrición parental: Opción planteada en situaciones de riesgo vital o deterioro psíquico que imposibilitan otros tratamientos. Los volúmenes deben ser menores de 2000 ml y con un 25-50% de calorías necesarias, vigilando potasio, fósforo y magnesio con suplementos de micronutrientes y vitaminas y con aumentos progresivos de calorías. Control estricto de balance hídrico y aparición de hiperhidratación, edemas o fallo cardiorrespiratorio.

ANEXO 6: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA AN ¹⁷

El tratamiento con fármacos se administra en el paciente con AN cuando este se encuentra en una etapa avanzada de la misma.

Se aplican como modificadores de la conducta y como tratamiento de los problemas psicológicos asociados como la depresión, la ansiedad o las alteraciones del sueño.

Se pueden aplicar de manera ambulatoria en aquellos pacientes colaboradores. Este tipo de tratamiento permite comprobar las repercusiones en las relaciones familiares, laborales y personales.

La función de los padres es muy importante, ya que actúan como coterapeutas, controlando y supervisando la dieta, las purgas y ayudando al paciente.

En caso de no poder llevar el tratamiento de manera ambulatoria debido a la inestabilidad psicológica o al ambiente familiar poco cooperador, se propone el ingreso hospitalario para poder llevar a cabo el tratamiento.

Entre los fármacos utilizados para el tratamiento de la anorexia se conocen los siguientes:

- **Ciprohepatadina:** Fármaco antihistamínico con propiedades antiserotonérgicas que se encarga de estimular el apetito. La utilización de este fármaco se indica en pacientes anoréxicas con hiperactividad.

Dosis recomendadas: 4 mg dos veces al día. Puede aumentarse hasta 8 mg 3 veces al día. Formato líquido. Es necesario el control mediante hemograma.

- **Fluoxetina:** Antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina. Su utilización se recomienda en pacientes anoréxicas que ya han recuperado peso, pero tienen conductas depresivas grandes y o conductas obsesivo-compulsivas importantes.
Es necesario el control mediante hemograma y evaluación del sueño.

- **Clomipramina**: Fármaco antidepresivo de tipo tricíclico. Se administra en pacientes con AN que han recuperado peso y tienen conductas obsesivo-compulsivas graves.

Dosis recomendadas: dosis muy bajas debido a los efectos secundarios que presenta este fármaco.

Es necesario control hemograma y medición de la TA.

- **Clorpromazina**: Fármaco antipsicótico indicado en pacientes con trastornos obsesivo-compulsivo grave.

Dosis recomendadas: 10 mg 3 veces al día. Se puede aumentar progresivamente. Formato líquido.

Es necesario el control de la TA, hemograma y pruebas hepáticas.

ANEXO 7: OTROS TRATAMIENTOS CONOCIDOS EN LA AN ²⁰

Otros tratamientos disponibles para la AN:

1. **Estimulación magnética transcraneal (EMT):** Forma no invasiva de estimulación de la corteza cerebral. Consiste en aplicación de campos magnéticos en el cerebro con una corriente eléctrica de cierta fuerza y duración. Los pulsos producen una despolarización selectiva de las neuronas de la corteza cerebral. Opción de carácter experimental por el momento.
2. **Neurocirugía en la AN:** La leucotomía prefrontal consiste en una transección selectiva de las vías para cesar los tractos de sustancia blanca que conectan las estructuras corticales frontales con los ganglios basales y el tálamo. Según los estudios publicados se logra una mejoría del peso y de los síntomas de ansiedad y depresión.
3. **Ablación esterotáxica:** Procedimiento que aborda de manera muy precisa y estandarizada regiones profundas del cerebro. Consiste en la implantación de un marco metálico en la cabeza de manera que realiza conexión con estructuras internas cerebrales. Los estudios realizados muestran resultados positivos en la ganancia de peso y en los síntomas obsesivos.
4. **Estimulación cerebral profunda:** Técnica neuroquirúrgica utilizada para tratamiento del dolor y trastornos del movimiento. Se aplican los estímulos eléctricos a través de electrodos intracraneales, modulando la actividad de los circuitos cerebrales disfuncionales. Es un procedimiento reversible y se regulan según las necesidades del paciente. Como efectos secundarios se han estudiado la posibilidad de hematoma intracerebral sintomático o no y la infección o escarificación de la piel. Alteraciones del humor o crisis epilépticas.

