

Míriam Moncho Palmer

Tractament nutricional de l'anorèxia nerviosa.

“De la teoria a un cas clínic sever”

TREBALL DE FI DE GRAU

dirigit per Cèlia Rodríguez

Grau de Nutrició Humana i Dietètica

Treball realitzat amb:



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

Reus

2023

ÍNDEX

1. Resum	2
2. Abstract	3
3. Abreviacions	4
4. Introducció	5
4.1. Valoració nutricional	6
4.2. Tractament nutricional	7
4.3. Abordatge nutricional	9
5. Metodologia	10
6. Cas clínic	11
7. Discussió	13
8. Conclusió	15
9. Bibliografia	16

RESUM

Introducció: L'anorèxia nerviosa (AN) és un tipus de trastorn de la conducta alimentària (TCA) caracteritzada per un infrapès, dismòrfia corporal i por de guanyar de pes. Alguns casos d'AN arriben a desnutricions molt greus que requereixen ajuda nutricional, la via per elecció sempre és oral, però en cas de no aconseguir els requeriments s'utilitzarà la nutrició enteral (NE).

Objectiu: Exposar informació sobre el tractament nutricional i psicològic en un pacient crític d'AN per evitar complicacions en l'abordatge dels pacients.

Metodologia: Cerca bibliogràfica a les bases de dades PubMed i Google Scholar amb les paraules clau: "anorèxia", "bulímia", "eating disorders", "diet". També es va extreure informació del Manual Diagnòstic i Estadístic DSM-5 i guies de Nutrició Hospitalària. La informació del cas clínic és recollida a partir de la informació clínica de l'Hospital Sant Joan de Reus.

Resultats: Noia de 21 anys diagnosticada amb AN des dels 13 anys, que realitza diversos ingressos a l'hospital a causa d'un infrapès greu i comorbiditats associades. La pacient presentava en tot moment por a l'augment de pes, a ingerir aliments per via oral, poca consciència de la seva malaltia i també s'oposava a alguns tractaments nutricionals com pot ser la col·locació de sonda nasogàstrica. En canvi, acceptava de forma correcta la presa de suplementos nutricionals complets i hipercalòrics en forma de batut. Aquestes oposicions amb addició de conductes d'autòlisi van ser els detonants de privar-la del dret de decisió en l'àmbit sanitari.

Conclusions: Un abordatge multidisciplinari és clau per poder dur a terme el tractament nutricional dels pacients amb AN. És important conèixer quines estratègies disposem per poder individualitzar les circumstàncies de cada pacient. És una malaltia crònica i encara falten recursos per poder abordar-los de manera més satisfactòria.

Paraules clau: "trastorn de la conducta alimentària", "anorèxia", "dieta", "nutrició enteral" i "nutrició parenteral".

ABSTRACT

Introduction: Anorexia nervosa (AN) is a type of eating disorder (ED) characterized by underweight, body dysmorphia and fear of weight gain. Some cases of AN reach very severe malnutrition that require nutritional help. The route of choice is always oral, but if the requirements are not met, enteral nutrition (EN) will be used.

Objective: To present information on nutritional and psychological treatment in a critical AN patient, in order to avoid complications in the approach to patients.

Methodology: Bibliographic search in the PubMed and Google Scholar databases with the keywords: "anorexia", "bulimia", "eating disorders", "diet". Information was also extracted from the DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual and Hospital Nutrition guides. The information of the clinical case is collected from the clinical information of the Hospital Sant Joan de Reus.

Results: A 21-year-old girl diagnosed with AN since she was 13 years old, who made several hospital admissions due to severe underweight and associated comorbidities. The patient at all times presented fear of weight gain, eating food orally, little awareness of her illness, and she was also opposed to some nutritional treatments, such as the placement of a nasogastric tube. On the other hand, he correctly accepted the taking of complete and hypercaloric nutritional supplements in the form of shakes. These oppositions with the addition of autolysis behaviors were the triggers to deprive her of the right of decision at the health level.

Conclusions: A multidisciplinary approach is key to be able to carry out the nutritional treatment of patients with AN. It is important to know what strategies we have in order to individualize the circumstances of each patient. It is a chronic disease and there is still a lack of resources to be able to address it more satisfactorily.

Keywords: "eating disorder", "anorexia", "diet", "enteral nutrition" and "parenteral nutrition".

ABREVIACIONS

ABA: Dieta bàsica adaptada

AN: Anorèxia nerviosa

CIE-10: Classificació internacional de malalties

DSM-5: Manual Diagnòstic i Estadístiques dels Trastorns Mentals

GER: Gast energètic en repòs

HUSJ: Hospital Universitari Sant Joan de Reus

IMC: Índex de massa corporal

NE: Nutrició enteral

NP: Nutrició parenteral

RDA: Recomanacions diàries aconsellades

SNG: Sonda nasogàstrica

TCA: Trastorns de la conducta alimentaria

INTRODUCCIÓ

Els Trastorns de la conducta alimentaria (TCA) son trastorns mentals associats a una sobrevaloració individual sobre el pes i forma corporal, que produeix una conducta alimentaria perillosa i perjudicial (1). Els diferents tipus de TCA estan registrats al *Manual Diagnòstic i Estadístiques dels Trastorns Mentals* (DSM-5) elaborat per l'associació de Psicologia Americana i engloben: la pica, trastorn per rumiació, trastorn d'evitació/restricció de la ingesta d'aliments, l'anorèxia nerviosa (AN), la bulímia nerviosa, trastorn per afartament i trastorns alimentaris no especificats (2). Cada vegada són més comuns en la nostra societat, amb una prevalença de 4,1-4,5% entre els 12 i els 21 anys, ja sigui per insatisfacció corporal, conductes de la dieta, menjar en excés i altres trastorns mentals com l'ansietat (3,1). Solen ser més prevalent en dones, tot i així hi ha homes i persones d'edat més avançada que presenten cada vegada més algun tipus de TCA amb una prevalença de 0,3-0,7% i 3,6% respectivament (1,5,6).

Centrant-nos amb l'AN segons la DSM-5, consisteix en una restricció de la ingesta d'aliments i per conseqüència cursa amb infrapès en relació edat, sexe i desenvolupament corporal. Aquesta característica va relacionada amb un gran temor per guanyar pes i amb dismòrfia corporal ja que, la percepció corporal pot ser errònia o pot existir una falta de reconeixement del baix pes que es presenta (2). Els casos d'AN presenten una prevalença d'un 0'3 % a un 1%. Les dones joves ho presenten en major proporció respecte els homes i es creu que pot donar-se per temes socioculturals, obesitat infantil, esdeveniments traumàtics a edat primerenca (agressió sexual, maltracte físic o psicològic en la infantesa...), obesitat en la família, un alt grau d'autoexigència o la participació en esports estètics que doten d'una gran importància el pes (gimnàstica, ballet, patinatge artístic...) (4,1). En referència a la pandèmia de la COVID-19, s'ha vist un augment del 153'33% dels ingressos psiquiàtrics d'adolescents a causa de AN al 2020, en comparació al 2019. La majoria de casos de dones entre 10 y 19 anys (7).

Per poder diagnosticar aquest pacients s'utilitzen els següents criteris definits en el DSM-5. L'AN es pot classificar en dos categories:

- A. Tipus "restrictiu", on el pacient no ha realitzat afartaments o mesures compensatòries com poden ser els vòmits, ús de laxants, diürètics o ènemes durant els tres mesos anteriors.
- B. Tipus "amb afartaments i purgues", on s'han realitzat afartaments o mesures compensatòries durant els tres mesos anteriors.

A continuació dintre d'aquestes categories es pot especificar dos subgrups en relació la durada dels efectes del trastorn:

- En "remissió parcial", on no es compleix el infrapès durant un període extens de temps, però sí que es compleix el temor a pujar de pes i l'alteració en la percepció corporal.
- En "remissió total" on si es compleixen tots els criteris anteriorment anomenats.

També existeixen altres criteris per diagnosticar l'AN, com pot ser la Classificació internacional de malalties (CIE-10) (2).

La gravetat d'aquest trastorn varia depenent del índex de massa corporal (IMC). Els diferents nivells són, infrapès lleu ≥ 17 kg/m², pes moderat 16–16,99 kg/m², greu 15–15,99 kg/m² i extrem <15 kg/m². El infrapès sol anar relacionat amb altres símptomes clínics com pot ser la fatiga, retràs de creixement i manifestacions puberals, presència d'amenorrea i grau de discapacitat funcional (2,4).

El pacient amb AN ha de ser assistit per un equip interdisciplinari per la complexitat del trastorn, a més, implica la individualització de la teràpia i diferents nivells de control per part de tot l'equip, per tal de monitoritzar i controlar el estat hidroelèctric, físic, metabòlic, psicològic i nutricional del pacient. És important aquest control per tal d'evitar complicacions addicionals i per tal d'anar augmentant paulatinament l'aport calòric fins aconseguir unes fites proposades. L'objectiu principal serà aconseguir recuperar un pes corporal o IMC sans per tal de millorar també altres aspectes psicològics, físics o de qualitat de vida (9). En alguns casos és necessari l'ús de fàrmacs no directament dirigits al TCA, sinó a les malalties que coexisteixen com els antidepressius o fàrmacs del grup de les benzodiazepines, calmants o per a la ansietat o depressió (8,9,10).

Valoració nutricional

Per valorar l'estat nutricional, en primer lloc es recull informació rellevant de la història clínica del pacient, per veure la durada del trastorn, antecedents, comportament amb l'acte de menjar, la qualitat i quantitat d'aliments ingerits i la pèrdua de pes produïda en els últims mesos.

Mitjançant una exploració física, es realitzen mesures del pes, talla, IMC, relació pes ideal i evolució en el temps, a més es pot veure si s'ha produït una depleció dels compartiments corporals, si s'ha produït una adaptació a dejuni prolongat, com pot ser presència de marasme, o si s'han realitzat comportaments purgatius (9).

Per calcular el gast energètic basal i així conèixer les necessitats calòriques del pacients, es pot calcular mitjançant les fórmules de Harris-Benedict ajustant-la al sexe, edat, altura i pes real (no s'utilitza el pes ideal). En aquesta fórmula s'utilitzarà el factor d'estrès de 1'3 ja que pot presentar desnutrició, també es calculen els requeriments proteics entre 1'3-1'5 g/Kg/dia sobretot en casos en els que les reserves de massa muscular siguin mínimes. En cas de tenir l'opció es pot fer una calorimetria indirecta, ja que ens permet obtenir el gast energètic en repòs (GER) amb major precisió, però és una tècnica que requereix d'un alt pressupost i de personal altament qualificat per tant no és possible la seva utilització en tots els hospitals (9).

Tractament nutricional




En AN sempre s'intenta utilitzar la via oral en primer lloc, ja que ens permet una recuperació més ràpida, però si el pacient és incapaç de cooperar amb la ingesta, de no progressar amb l'augment de pes o presentar algun tipus de problema mèdic que ho impedeixi, s'utilitza nutrició artificial. Hi ha dos tipus de nutrició artificial, la nutrició enteral (NE) que pot ser oral o per sonda i la nutrició parenteral (NP). Aquesta última sols s'utilitza en cas de que existeixi algun problema digestiu, funcional, anatòmic o risc molt alt de mortalitat i no sol utilitzar-se en aquests casos, per tant la NE serà preferible sobre la NP.

En aquells casos en els que la via oral és la opció d'elecció a causa d'una lleu o moderada malnutrició i el pacient cooperi amb el tractament, es pot realitzar una dieta bàsica adaptada (ABA) en el que es poden enriquir els àpats amb suplementes, ja que la textura és homogènia, no altera el sabor i ens permet augmentar les Kcal dels àpats (11). En AN afegiríem mòduls energetico-proteics, rics en vitamines i minerals.

En cas que el pacient no vulgui o pugui consumir tots els aliments, no arribi a les necessitats calòriques o presenti una malnutrició greu, s'inicia la NE oral, amb la indicació de suplementes nutricionals (Taula 1), que són preparats per complementar la dieta. Aquests poden ser complets quan es pot utilitzar com a font nutricional única, ja que es donen per cobertes les "recomanacions diàries aconsellades" (RDA) o incomplets quan només es poden utilitzar com a suplementes i no com una font única, això pot variar a causa de la seva composició i es donarà un o altre depenent de les necessitats de cada persona (8,11). Si el pacient ingereix parcialment els àpats, no arribarà als requeriments, per tant, donarem un suplement nutricional de forma incompleta entre àpats en petites preses per tractar de mantenir la màxima alimentació per aliments, ja que al tenir una gran

preocupació per les Kcal ingerides pot ser que sigui perjudicial canviar un àpat per un suplement complet (9).

Taula 1.—Exemples de Fórmules utilitzades com a suplementos nutricionals

NOM PRODUCTE	ENVÀS	CARACTERÍSTIQUES	COMPOSICIÓ/100ml	COMPOSICIÓ/ENVÀS
FORTIMEL COMPLETE Laboratori: Nutricia Sabor: vainilla, xocolata, fresa i capuchino Textura: Líquida Presentació: envàs de 200 ml		Hiperproteica i hipercalòrica: 1'34 Kcal/ml	Energia: 134 Kcal Prot: 6'5g HC: 16'4 g Greixos:4'3 g	Energia: 268 Kcal Prot: 13 g HC: 32'83 g Greixos: 8'6 g
RESOURCE 2.0 Laboratori: Nestlé Sabor: Vainilla i albercoc Textura: Líquida Presentació: envàs de 200 ml		Hipercalòrica i normoproteica: 2 Kcal/ml	Energia: 200 Kcal Prot: 9 g HC: 21'4 g Greixos: 8'7 g	Energia: 400 Kcal Prot: 18 g HC: 42'8 g Greixos: 17'4 g
TDIET ENERGY Laboratori: Vegenat Sabor: vainilla i neutre Textura: Líquida Presentació: envàs de 500 ml		Hipercalòrica i normoproteica: 1'6 Kcal/ml	Energia: 160 Kcal Prot: 7 g HC: 18 g Greixos: 6'2 g	Energia: 800 Kcal Prot: 35 g HC: 90 g Greixos: 31 g
Dietgif ActivEnergètic Laboratori:Grifols Sabor: vainilla, fresa-plàtan Textura: Líquida Presentació: envàs de 200 ml		Hipercalòrica i normoproteica: 1'5 Kcal/ml	Energia: 151 Kcal Prot: 6 g HC: 20'4 g Greixos: 5 g	Energia: 302 Kcal Prot: 12 g HC: 40'8 g Greixos: 10 g
Prot: proteïna; HC: Hidrats de carboni				

La NE per sonda, és la via d'utilització en cas de que la NE oral fracassi, ja que com s'ha comentat anteriorment, la AN és una malaltia que costa de ser reconeguda pels propis pacients, per tant moltes de les vegades la nutrició via oral pot ser deficitària i requerim de nutrició artificial. En alguns casos de desnutrició greu es farà servir la NE per sonda de forma precoç (abans de les 24h) per

reduir la mortalitat del pacient (12). La nutrició artificial es pot administrar de diferents formes i dependrà del temps que el pacient requereixi aquest tipus d'alimentació: quan es posi la sonda per un període curt de temps, és a dir, menys de 4-6 setmanes s'utilitza la sonda nasogàstrica (SNG) o la sonda nasoenteral, altre tipus de sondes de més llarga durada com poden ser jejunostomia endoscòpica percutània o gastrectomia endoscòpica percutània no solen col·locar-se en aquests casos (8).

La SNG és la més utilitzada, consisteix en la introducció d'una sonda per la via nasal fins arribar a l'estómac, aquesta serà de petit calibre entre 8-12 Fr. L'administració pot fer-se de forma continua durant 24h a una velocitat constant sobretot a l'inici de la renutrició i conjuntament amb alimentació oral (vigilant no passar-se de les Kcal pautades), més endavant, es pot fer de manera discontinua durant el dia o de manera continua durant la nit, aquesta última és la més utilitzada ja que el pacient al estar dormint no és tan conscient de les Kcals administrades (13).

En l'AN es pot començar amb una dieta polimèrica hiperproteica per evitar donar menys d'1g de proteïna per cada Kg de pes i en el que es donaran com a màxim una aportació entre 30-40 Kcal/Kg que equival a unes 1000-1600 Kcal/dia. S'ha d'anar augmentant l'aport calòric gradualment entre 300-500 Kcal cada 4-5 dies, depenent de la gravetat del cas aquesta progressió podrà variar. És important vigilar sobretot a l'inici per no donar un excés de nutrients, ja que pot donar una sèrie de problemes com és la síndrome de realimentació, un quadre clínic complex causat per un desequilibri electrolític i dèficits vitamínics, que pot causar complicacions neurològiques, respiratòries, cardíaques, neuromusculars i hematològiques, els pacients adults amb un IMC menor a 18'5 presenten un alt risc de patir aquest síndrome (14, 10). En millorar l'estat nutricional es pot modificar a una dieta normocalòrica, polimèrica i fins i tot retirar la SNG per continuar amb alimentació via oral. D'aquesta forma en assegurem una pujada de pes segura d'uns 0'5-1 Kg/setmana (9). Finalment, en cas de que la NE fracassi o el pacient ingressi amb alt risc de mortalitat s'utilitzarà la NP, aquesta via porta major risc de complicacions tant mecàniques, infeccioses com mecàniques i per tant sol estar contraindicada en aquests casos.

Abordatge nutricional

Durant l'estadi hospitalari, s'ha de monitoritzar de forma multidisciplinar el pes, factors de risc i salut tant mental com física, ja que aconseguir un pes o un IMC més saludable ajudarà a la resta del tractament (8). S'ha de prioritzar la creació d'un espai còmode en el que es produeixi promoció de

l'alimentació saludable i s'aprenuin conceptes bàsics de nutrició per tal de prevenir en un futur recaigudes. Tot i així, el pacient ha de tenir un estat nutricional mínim, motivació o comprensió sobre la importància de l'educació per a que aquesta sigui el més efectiva possible, a més s'ha de tenir en compte que durant aquesta recuperació de pes, els nivells d'ansietat del pacient poden estar molt elevats i son perilloses per produir recaigudes, per tant es proposen objectius a curt i llarg termini per anar controlant aquestes alteracions neurològiques (10).

Aquesta psicoeducació es pot realitzar tant al pacient com als familiars o responsables, sobretot en nens i adolescents, ja que d'aquesta forma es pot determinar si poden ser l'origen de la malaltia (conductes sobreprotectores, distanciament o projeccions negatives) i al ser implicats en aquest ensenyament es facilita l'aplicació pràctica i adhesió al tractament proposat. L'àmbit escolar, laboral i social també és rellevant per un correcte tractament. (10). En aquestes edats un dels tractaments que es realitzen son sessions grupals repartides al llarg d'1 any, també existeix sessions individuals més específiques com es Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders (CBT-ED) que consisteix en mínim 40 sessions repartides en 40 setmanes, en els que es farà educació nutricional i s'explicarà els problemes associats a la desnutrició, conjuntament amb la família (8). Simultàniament, es deu presentar especial atenció durant l'estadi hospitalari a l'ús quotidià de dutxes i lavabos per evitar que el pacient dugui a terme conductes compensatòries, com pot ser el vòmit o tirar suplementes/aliments. En cas de donar aquests suplementes retirar o tancar les etiquetes, per a què el pacient d'aquesta forma no controli tant les Kcal que ingereix . També vigilar l'activitat física en excés o les autoagressions (10).

METODOLOGIA

La búsqueda bibliogràfica es va realitzar a partir de les bases de dades de PubMed i Google Scholar entre setembre del 2022 i març del 2023. Per a la cerca es van utilitzar els termes "anorexia", "bulimia", "eating disorders", "diet " i aquests amb conjunt. Darrerament, es fa filtrar per estudis publicats els darrers 10 anys, revisions sistemàtiques i meta-anàlisis. Van sortir 1094 articles dels quals es van seleccionar 44. Els criteris d'inclusió van ser: que complís amb els filtres esmentats, que es pogués accedir al text complet i que donés informació detallada de la nutrició i dieta utilitzada. Els criteris d'exclusió van ser: que no complís amb els filtres, estudis observacionals, estudis que no detallessin la dieta amb exactitud i estudis que no es disposés del text sencer, donant com a resultat 20 articles. També es va extreure informació del Manual Diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals

DSM-5 de la American Psychiatric Association i guies de Nutrició Hospitalària per a la prevenció de trastorns de la conducta alimentaria (1,2,6,9).

A més a més, el present treball recull informació clínica i dietètica de la pacient. La informació s'ha recollit a partir de informes clínics i a través de la història clínica digitalitzada del Hospital Sant Joan de Reus.

PRESENTACIÓ DEL CAS

Noia de 21 anys diagnosticada des dels 13 anys amb un TCA a causa d'una disminució de pes i negativa a la ingesta. Ingressa a l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus (HUSJ) al 2015 (30 dies) a causa de un greu estat de salut, amb un pes inicial de 30'6 Kg i un pes d'alta de 34'8 Kg. Al llarg del 2016-2019 torna a ingressar varies vegades més pel mateix motiu, on fins i tot va requerir la col·locació de SNG. La pacient va ser seguida per el hospital de dia en salut mental "Ita" des del 2019 fins el 2020.

Al Juny del 2020, amb 19 anys, ingressa al HUSJ derivada de l'Institut Pere Mata per rehabilitació nutricional a causa d'una malnutrició severa relacionada amb un TCA de tipus AN restrictiva, amb un pes inicial de 26'4 Kg i una altura de 1'61 m (IMC:10'2 kg/m²), ingressa amb caquèxia extrema amb pèrdua de massa muscular, amenorrea de 10 mesos de duració, incontinença fecal de fa uns mesos, osteopènia, leucopènia/neutropènia, hipercarotinemia (coloració groguenca de la pell), síndrome ansiosa-depressiva i distorsió corporal. A l'inici es pauta una dieta de fàcil digestió i en cas de no acabar el 50% de l'àpat, s'hauria de prendre un suplement nutricional Resource Junior Fibra, un suplement hipocalòric amb fibra per a nens o per a casos de desnutrició molt elevada. Però al tenir un greu estat de salut dies posteriors decideixen la col·locació de una SNG continua nocturna. Al llarg de l'ingrés es van fent canvis en la dieta per evitar estancaments de pes i anar fent la dieta mes hipercalòrica poc a poc, sempre amb la negociació amb la pacient, per exemple augmentat la quantitat de fruita al esmorzar o posant dos postres al dinar i sopar. Així i tot, la pacient no aconsegueix pujar de pes pel que es pauta la ingesta de tres batuts diaris. A l'octubre del 2020, li donen l'alta domiciliària amb un pes de 33'4 Kg, es continuaran realitzant visites setmanals a nutrició i psiquiatria, a més continuarà amb 3 suplement/dia.

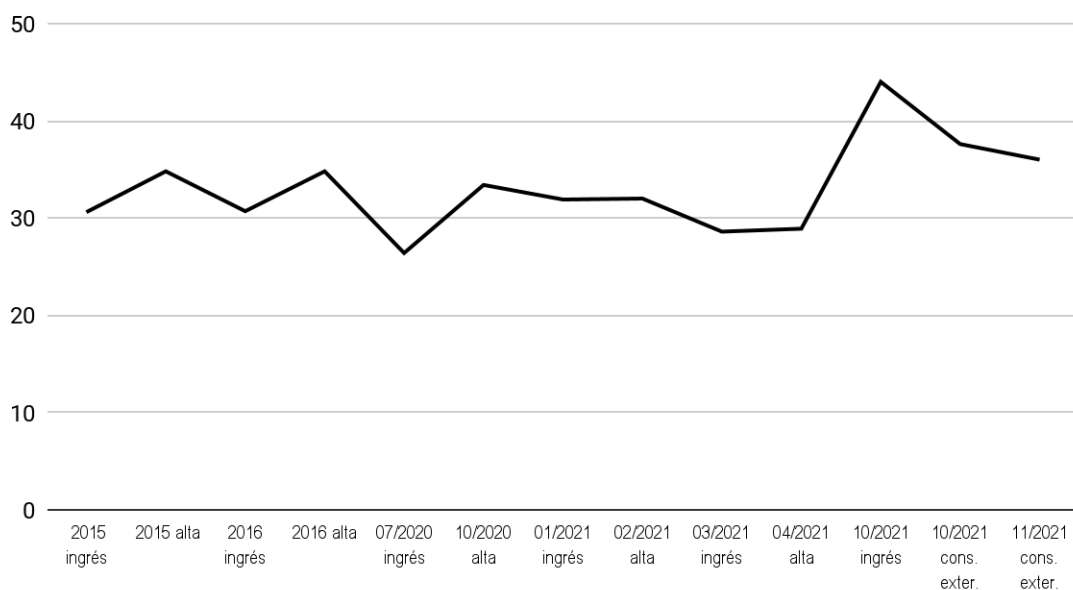
Al gener de 2021, torna a ingressar a causa de pèrdua de pes greu amb un pes inicial de 31'9 Kg s'intenta la col·locació de SNG però la pacient es nega. Durant l'ingrés li pauten 6 suplementes Fresubin Energy Fibra (dieta completa hipercalòrica normoporteica amb fibra, aportant un 1'5 Kcal/ml) al dia amb 1800 Kcal i 54 g de proteïna/dia, al llarg de l'ingrés es compagina amb dieta oral

fàcil digestió, fins que toleri de manera correcta la ingesta oral. Li donen l'alta al febrer del 2021 amb un pes de 32 Kg.

Al març del 2021, un mes després, torna a ingressar, a causa d'una pèrdua molt greu de pes, amb un pes inicial de 29'4 Kg, es pauta dieta oral amb suplementos nutricionals, 3 al dia Resource Junior Fibra (dieta completa hipercalòrica amb fibra, aportant 1'52 Kcal/ml) al dia 912 Kcals i 18 g de proteïna/dia, amb aquesta pauta la pacient va augmentar 1'5 Kg però en adonar-se'n, va deixar de ingerir la totalitat de la dieta, realitzava activitat física en excés i va perdre tot el pes recuperat. En aquest moment es planteja la col·locació de una SNG i d'un ingrés a un centre especialitzat amb TCA, però amb la negativa de la pacient se li explica que, en aquests casos, es pot demanar al jutge de guàrdia una mesura cautelar per privar-la sobre la capacitat de decidir en l'àmbit de salut, donant aquesta capacitat als seus pares. Baix aquesta situació la pacient acaba acceptant el que diuen els sanitaris. D'aquesta forma es trasllada a l'Hospital de Bellvitge i se li col·loca SNG, per la que li donen 3 bolus/dia de 200 ml de Fresubin Energy Fibre i 3 bolus/dia de 200 ml de Resource Junior Fibra, aportant així unes 1800 Kcals, en aquest moment se li diagnòstica hipofosfatèmia per síndrome de renutrició. Li donen l'alta a l'HUSJ amb un pes de 28'9 Kg.

A l'Octubre de 2021 es fa una sessió URТА-CSA-Nutrició on es comenta que la pacient havia arribat a un pes de 44Kg però que el progrés havia sigut negatiu i ha tornat a baixar de pes, a més existia un risc elevat d'autòlisi, per tant s'acaba optant la via judicial per incapacitar-la en la presa de decisions. Es decideix ingressar-la a l'hospital de dia URТА i desconeixem evolució.

Evolució de pes



DISCUSSIÓ

El tractament nutricional en l'AN, així com el tractament psicològic, són peces claus per l'evolució de la malaltia. Degut a l'elevada complexitat que presenta tractar aquesta malaltia, molts dels pacients acaben tenint recaigudes o són crònics. A partir dels 3 anys ja es defineix com a malaltia crònica (15,16). És important tenir un bon equip multidisciplinari i tractar la malaltia des de diferents àmbits per a tenir un millor pronòstic.

La pacient que es presenta en aquest treball no té molt bon pronòstic. La seva AN s'ha cronificat i això és confirmat per la durada, la falta de consciència i per la resistència a prendre els tractaments. En l'àmbit nutricional els objectius principals eren la recuperació del pes i revertir la desnutrició per tal d'evitar complicacions més greus i millorar l'eficàcia del tractament farmacològic. En tot moment es va intentar restablir un IMC saludable. Per aconseguir-ho es van utilitzar mètodes educatius com rèpliques d'aliments, imatges i fotografies i se la va suplementar amb batuts hipercalòrics per arribar als requeriments nutricionals mínims. En aquest cas per la baixa consciència de la malaltia, no es va poder realitzar teràpies educacionals completes per tant, es va prioritzar la millora del seu estat.

La seva baixa consciència de la malaltia va impossibilitar fer una teràpia educacional efectiva. No es mostrava gaire col·laboradora i d'aquí que es requerissin teràpies nutricionals més intensives. Els suplementos nutricionals que més es van utilitzar són els suplementos orals hipercalòrics, ja que eren ben tolerats per la pacient i ens ajudaven a apropar-nos més a les RDA. La ingesta oral es va mantenir i el suplement es donava després dels àpats. També es va utilitzar proteïna en pols per enriquir els àpats. La problemàtica amb els batuts és que poden calcular molt bé les diferents kcal consumides i per aquest motiu es va prioritzar la ingesta d'aliments. En alguns moments, on el seu pes era excessivament baix, es van utilitzar suplementos infantils per evitar el síndrome de la realimentació. Aquests suplementos infantils tenen la característica de ser més petit i aportar menys Kcal, vitamines i minerals. Gràcies a aquests batuts es podia augmentar progressivament les Kcal i apropar-se als objectius nutricionals.

Un altre aspecte a destacar, és que els batuts eren enriquits en fibra. La pacient presentava incontinència fecal en molts moments a causa de la mateixa desnutrició i pels episodis recurrents d'estrenyiment que li produïen la pèrdua de líquids corporals. S'ha vist que afegir suplementos de fibra podria millorar aquest quadre d'incontinència conjuntament amb la presa de líquids (17). Per altra banda la fibra dona sensació de sacietat i pot produir una disminució en la ingesta, per tant s'ha d'adaptar les dosis al pacient.

La SNG també va ser una tècnica utilitzada, de forma contínua nocturna (8-12 hores) o en forma de bolus de 200 ml (3 vegades/dia). Amb l'ajuda de la NE es van aportar la majoria de les RDA ja que la ingesta via oral era pràcticament nul·la i ineficaç en la pujada de pes. En casos d'AN es recomana la

nutrició cíclica nocturna ja que pot complementar una ingesta d'aliments via oral de forma diürna, els pacients no controlen tant les Kcal ingerides i d'aquesta forma el pacient no s'hi acostuma a la poca o no ingesta d'aliments ja que pot ser contraproductiu a llarg termini. A més, aquesta tècnica és eficaç en la recuperació ponderal de pes i no interfereix amb la teràpia psicològica ni provoca recaigudes (9).

Respecte a la part psicològica, es pot pensar que aquesta continuïtat de recaigudes pot haver-se donat per una manca d'eficàcia en el tractament, ja que pot ser no s'ha donat suficient importància a aquesta part. S'ha vist que hi ha diverses teràpies que ajuden a evitar aquestes recaigudes, com pot ser la teràpia CBT-ED, una de les teràpies més utilitzades en TCA. És una teràpia que ajuda al pacient a abordar temes com el perfeccionisme clínic, baixa autoestima, problemes interpersonals, relació amb l'alimentació i conseqüències físiques i psicològiques de tenir un baix pes (18). També altre tipus de teràpia basada en la família (o mètode Maudsley) pot ser molt eficaç tant a curt com a llarg termini sobretot en pacients adolescents. Aquesta teràpia consisteix en implicar pares i/o germans per donar suport i motivació per a restablir un estat de salut saludable i consta de tres fases: la realimentació i recuperació de pes, empoderament del pacient i restablir una identitat personal saludable (16,18,19). La pacient del cas, no presenta la suficient consciència sobre la seva malaltia i pot ser és un dels motius d'aquesta cronicitat. La teràpia cognitivo-conductual podria haver ajudat a reconèixer la gravetat de la seva situació. La noia del cas clínic presentava un gran suport familiar i la teràpia familiar i potser, implicant més la totalitat de la família, s'hagués aconseguit major motivació i suport i conseqüentment un millor pronòstic. Un equip multidisciplinari és clau per aquests casos i a vegades la sanitat no disposa de suficients recursos per abordar-ho de forma més satisfactòria.

Els pacients crònics amb TCA, presenten una estreta relació amb la seva malaltia, tenint així conductes molt interioritzades difícils de veure o de detectar per ells mateixos. La figura del professional sanitari acompanya en el tractament, i a pesar de que la majoria de pacients els veuen com a una ajuda, molts pensen que no tenen suficient coneixement sobre l'AN i perden motivació per recuperar-se (16). La teràpia grupal podria haver estat una alternativa perquè permet veure persones amb el mateix problema i permet sentir-se acollit en un grup, permet detectar conductes interioritzades i és més fàcil empatitzar amb altres que tenen la mateixa situació (15,20). La pacient del cas ha patit molts ingressos per tant aquesta figura del sanitari ha estat molt present, però pot ser s'ha vist des d'un punt negatiu o autoritari o fins i tot s'ha desenvolupat una dependència, que ha acabat donant lloc a una resistència a les teràpies. Un equip multidisciplinari que treballi en equip és necessari per abordar els casos d'AN i encara més important en casos greus.

CONCLUSIÓ

L'AN és una malaltia crònica greu i ha de ser tractada de forma multidisciplinari per la seva complexitat. És necessari la individualització de cada pacient i adaptar les diferents teràpies a cadascun, segons l'edat, el motiu, el nivell de consciència entre altres. La part nutricional és clau per a recuperar un pes saludable i s'haurà d'utilitzar qualsevol eina que tinguem disponible per assegurar la ingesta. La ingesta oral serà la preferent, però en casos de desnutrició haurem d'utilitzar la nutrició enteral i en casos greus la nutrició parenteral. Hi ha unes guies que recomanen com fer aquesta ingesta, però l'elevada complexitat de la malaltia i les grans diferències entre pacients fa que sigui necessari individualitzar cada cas. Per aquest motiu, serà necessari un abordatge multidisciplinari per a que el tractament sigui més efectiu i la recuperació sigui més ràpida. Un diagnòstic i un abordatge precoç són la clau per a obtenir millors resultats. Per tant, són necessaris més recursos per abordar aquests casos amb èxit.

BIBLIOGRAFIA

- 1** Iturbe I, Maiz E. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria desde diferentes perspectivas psicológicas. *Nutr. Hosp.* 2022; vol 39 :68-80.
- 2** American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5-TR. APA. 2022; 5a. ed: 189-197.
- 3** INFOCOP. La necesidad de prevenir y abordar de forma temprana los trastornos de la alimentación. Infocop. 2021.
- 4** Moore CA, Bokor BR. Anorexia nerviosa. *StatPearls.* 2022.
- 5** Behar Rosa. Trastornos alimentarios en mujeres adultas (maduras). *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2018 ; 56(3): 177-185.
- 6** Arija V, Santi MJ, Novalbos JP, Canals J, Rodríguez A. Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutr. Hosp.* 2022 ; 39(2): 8-15.
- 7** Fernández A. Anorexia nerviosa del adolescente y COVID-19: la pandemia colateral. *Esp Endocrinol Pediatr* 2021; 12 (2), 1-5.
- 8** NICE guideline. Eating disorders: recognition and treatment. *Org.uk.* 2017, updated 2020.
- 9** Gómez C, Palma S, Miján A, Rodríguez P, Matía P, Loria V, 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. Resumen ejecutivo. *Nutr. Hosp.* 2018; 35(2): 489-494.
- 10** Croll JG, Lampert, Waterhouse TS, Graves LL, Cassidy J, Herrin M. Guidebook for nutrition treatment of eating disorders. *Academy for Eating disorders.* 2021.
- 11** C. Gómez, A. Sastre , A.I. de Cos Blanco, P. Soria Vall. Soporte nutricional en el paciente oncológico: Alimentación básica adaptada y suplementos dietéticos. *Seom.org.* Cap X. 2002.

12 Jáuregui I, Bolaños P. Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nerviosa. Rev. méd. Chile. 2012; 140(1): 98-107.

13 Guerrero R, Olivares J, Pereira J, Soto A, García P. Nutrición en anorexia nerviosa. Endocrinol Nutr 2006, 53 (2) 113-123.

14 Fernández MT, López M J, Álvarez P, Arias J, Varela JJ. Síndrome de realimentación. Farmacia hospitalaria, Sefh.2009; 33 (4)

15 Muratore A, Attia E. Current therapeutic approaches to anorexia nervosa: state of the art. Clinl ther. 2021; 43 (1): 8-94

16 Starzomska M, Rosinska P, Bielecki J. Chronic anorexia nervosa: Patient characteristics and treatment approaches. Psychiatr. Pol.b2020; 54(4):821-833

17 Cohee MW, Hurff A, Gazewood JD. Benign anorectal conditions: Evaluation and management. Am Fam Physician. 2020 ;101(1):24–33.

18 Murphy R, Straebler S, Cooper Z, Fairburn C. Cognitive behavioral therapy for eating disorders. The Psychiatric clinics of North America. 2010; 33(3): 611-627

19 Loria V, Campos R, Valero M, Mories MT, Castro JM, Matía MP, et al. Protocolo de educación nutricional en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en el ámbito clínico y asistencial. Nutr. Hospo 2021; 38 (4) 857-870.

20 Gómez V. Tratamiento de Anorexia Nerviosa en Hospital de día. UE Madrid. 2022