

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Proceso Asistencial Integrado



Trastornos de la Conducta Alimentaria

Proceso Asistencial Integrado

TRASTORNOS de la conducta alimentaria [Recurso electrónico] : proceso asistencial integrado / [autores-as, Asunción Luque Budia (coordinadora) ... et al.]. -- 2ª ed.. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, 2018

Texto electrónico (pdf), 92 p.

ISBN 978-84-947313-5-8

1. Trastornos de la conducta alimentaria 2. Calidad de la atención de salud 3. Guía de práctica clínica 4. Andalucía I. Luque Budia, Asunción II. Andalucía. Consejería de Salud
WM 175

2ª edición 2018



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Edita: **Junta de Andalucía. Consejería de Salud.**

ISBN: **978-84-947313-5-8**

Maquetación: **Kastaluna**

Consejería de Salud: www.juntadeandalucia.es/salud

Repositorio Institucional SSPA: www.repositoriosalud.es

Autores/as: Luque Budia, Asunción (Coordinadora)

Psicóloga Clínica. Programa de Enlace e Interconsulta. UGC de Salud Mental Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Aguilar Iñigo, María del Carmen

Médica. Especialista en Pediatría. UGC La Granja. Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz. Cádiz.

Barrera Becerra, Concepción

Enfermera. Apoyo metodológico. Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla.

Fernández Oropesa, Carlos

Farmacéutico de Atención Primaria. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Área de Gestión Sanitaria Nordeste de Granada. Granada.

Hernández Hernández, María José

Enfermera. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Virgen de las Nieves. UGC Salud Mental Intercentro Hospital Virgen de las Nieves y Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Leiva Cabral, María Jesús

Médica. Especialista en Psiquiatría. Unidad Salud Mental Comunitaria de Jerez. UGC de Salud Mental. Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz. Cádiz.

Perea Baena, Jose Manuel

Enfermero. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Marítimo de Torremolinos. UGC de Salud Mental Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Rojo Villalba, María Matilde

Psicóloga. Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

Rodríguez Martínez, Pilar

Médica. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Milagrosa. Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz. Cádiz.

Sánchez Vázquez, Ana Rosa

Médica Especialista en Pediatría. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Santiago Molina, Encarnación

Psicóloga Clínica. Hospital de Día de Salud Mental. UGC de Salud Mental Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Sanz Amores, Reyes

Médica. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefa de Servicio de Calidad y Procesos. Dirección General de Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud. Sevilla.

Túnez Rodríguez, Lucía

Enfermera. UGC Alcazaba (Red Consejo Dietético). Distrito Sanitario Almería. Almería.

Venegas Moreno, Eva

Médica. Especialista en Endocrinología y Nutrición Clínica. Jefa de Sección de Endocrinología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Declaración de intereses: Todas las personas relacionadas en el apartado de autoría han realizado una declaración de intereses, que consta en el Servicio de Calidad y Procesos.

Colaboraciones: Molina Linde, Juan Máximo

Psicólogo. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla.

Revisión externa: Nuestro agradecimiento a las aportaciones realizadas por:

Servicio Andaluz de Salud (SAS). Programa de Salud Mental.

Planes y Estrategias:

Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Sociedades científicas: De las sociedades consultadas, se han recibido aportaciones de:

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC).

Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental (AAPSM).

Sociedad Andaluza de Psiquiatría (SAP).

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria – Andalucía (SEMERGEN).

Presentación

La Gestión por Procesos es una de las estrategias puestas en marcha, en la sanidad pública andaluza en el año 2000, a partir del I Plan de Calidad.

El Proceso Asistencial Integrado (PAI) se ha reafirmado, en estos años, como una herramienta de mejora continua y ha contribuido a ordenar los diferentes flujos de trabajo, a integrar el conocimiento actualizado y a mejorar los resultados en salud, gracias a la importante implicación de los y las profesionales y a su capacidad para introducir la idea de mejora continua de la calidad, teniendo presente las expectativas de las personas.

En estos años, también se ha tratado de ir depurando la descripción del PAI, incorporando en las actividades, las características de calidad relacionadas con las estrategias y derechos que se han ido consolidando en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), como la efectividad clínica, la seguridad del paciente, la información, el uso adecuado de medicamentos, la metodología enfermera basada en los resultados a conseguir (*Nursing Outcomes Classification*), intentando disminuir la variabilidad no explicada de las actuaciones en salud.

Cada una de las publicaciones que se presentan, nuevas o actualizadas, surgen de una priorización, del análisis de cómo se están realizando las cosas, de la revisión del conocimiento disponible a partir de una búsqueda estructurada y creando una propuesta razonable y coherente, que tendemos a simplificar con el objetivo de que recoja las recomendaciones clave, que realmente contribuyan a mejorar los resultados en salud.

Mi agradecimiento a los y las profesionales, porque están contribuyendo a la excelencia mediante una atención sanitaria de calidad.

Teresa Molina López
Directora General de Investigación
y Gestión del Conocimiento

Recomendaciones Clave / 9

Introducción / 11

Definición / 17

Descripción general / 19

Componentes: Profesionales, actividades, características de calidad / 21

Competencias específicas del equipo profesional / 75

Recursos / 75

Representación gráfica / 79

Indicadores / 81

Anexos / 85

Acrónimos / 89

Bibliografía / 91

Recomendaciones clave

Estas recomendaciones clave responden a las características de calidad que, según el grupo elaborador, aportan más valor al resultado final. Su grado de recomendación responde al asignado por el grupo siguiendo la metodología establecida en el subapartado “Aspectos metodológicos” de la Introducción.

Recomendaciones	Grado
En Atención Primaria, aprovechar cualquier oportunidad o contacto, por ejemplo Programas e Intervenciones de Prevención y Promoción de Salud con adolescentes/ escolares (Forma Joven) y/o Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía para detectar hábitos de riesgo y casos de posible TCA y poder iniciar una intervención precoz.	AG ³
Una vez establecido el diagnóstico de Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa en Atención Primaria, el o la paciente se derivará para su atención en la Unidad de Salud Mental Comunitaria y Endocrinología/Medicina Interna/Pediatría, en un plazo máximo de quince días.	AG ³
Todo /a paciente con Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa contará con evaluación multidisciplinar previa a la elaboración del Plan Individualizado de Tratamiento.	AG
En cada nivel asistencial de salud mental a el o la paciente se le asignará un o una referente facultativo y de enfermería.	AG ³
Todo/a paciente con Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa contará con un Plan Individualizado de Tratamiento que recoja las características definidas.	AG
Se indicará consejo nutricional en todo caso de Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa.	(Recomendación NICE) ¹
Se indicará tratamiento psicoterapéutico en caso de Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa, teniendo en cuenta el nivel de gravedad.	AG ^{1,2}
A las personas diagnosticadas de Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa se les ofrecerá programas psicoeducativos individual y familiar.	AG ³
Todo paciente en tratamiento intensivo, contará con un contrato terapéutico.	AG
La duración del tratamiento psicoterapéutico en programa intensivo contará de al menos 20 sesiones de psicoterapia.	AG ¹
Si existe abuso de sustancias en personas con Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa se valorará el tratamiento conjunto con salud mental y centro de adicciones.	(Recomendación NICE) ¹
En casos de infancia y adolescencia, en el tratamiento intensivo se establecerá un programa de intervención psicoterapéutica familiar e individual.	(Recomendación NICE) ¹

Recomendaciones de no hacer	Grado
No indicar tratamiento psicofarmacológico como tratamiento único en Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa.	<i>(Recomendación NICE)¹</i>
En adolescentes que consulten por amenorrea, no indicar terapia hormonal sustitutiva, sin que previamente se haya realizado una entrevista exhaustiva y una valoración antropométrica.	AG ²¹

Introducción

El Proceso Asistencial Integrado se define como el conjunto de actividades que realizan los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), cuya finalidad es incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios.

Este modelo de gestión se basa en la visión de la asistencia al paciente a través del sistema sanitario y en su deseo de conseguir una atención y respuesta única a sus necesidades y problemas de salud. Considera a la persona usuaria como centro del sistema, fomenta la implicación de los y las profesionales y la mejora de la práctica clínica, teniendo como soporte el desarrollo de un sistema de información integrado. Dicha estrategia pone énfasis en la continuidad de la atención, procurando romper las interfases, ocupar los tiempos ociosos y eliminar las actuaciones que no aportan valor añadido al proceso asistencial.

En el año 2003 la Consejería de Salud publicó la primera edición del Proceso Asistencial Integrado “Trastornos de la Conducta Alimentaria” (TCA), considerados un problema de salud pública más por la alarma social que generan que por criterios epidemiológicos de incidencia y prevalencia. No obstante, algunos TCA son muy graves y provocan un enorme sufrimiento tanto en las personas que los padecen como en sus familiares y amistades.

Los TCA tienen un origen multifactorial y este origen demanda un abordaje multidisciplinar e intersectorial en el que ha de ocupar un lugar predominante, por un lado, la promoción de hábitos de vida saludable en los centros educativos con los programas, “Creciendo en Salud” en los centros que imparten enseñanzas de educación infantil, educación especial y educación primaria, y “Forma Joven en el ámbito educativo” cuando se dirige a educación secundaria y, por otro, la prevención de estos trastornos, con la realización de acciones para la modificación de criterios estéticos que identifican la imagen corporal “ideal” con la extrema delgadez, con parámetros muy alejados de la estructura física común de la mayoría de las personas.

En el ámbito de la prevención, la Consejería de Salud está trabajando para romper este modelo que coloca los valores estéticos por delante de los saludables. El proyecto “Ima-

gen y Salud”, con el que están comprometidos medios de comunicación, los sectores de la moda y el deporte, el ámbito educativo y universitario, etc., es un claro ejemplo del empeño por invertir el modelo imperante de imagen corporal “ideal”, y colocar en primer lugar los valores saludables relegando a un puesto secundario los valores estéticos que conducen a prácticas que comprometen la salud. Valores estéticos con mucha mayor carga psicológica y social sobre las mujeres, lo que nos obliga a mantener una perspectiva de género durante todo el proceso, incluyendo modelos de evaluación e intervención que integren la diferente socialización y manifestación del malestar entre hombres y mujeres.

Como ya se ha dicho, por su origen multifactorial requieren un abordaje multidisciplinar y para su correcta atención es precisa la intervención coordinada de profesionales de atención primaria (medicina de familia y pediatría), medicina interna, endocrinología y salud mental, y la continuidad asistencial debe estar garantizada.

Con estos antecedentes y la experiencia acumulada desde la primera edición del PAI TCA, se planteó su revisión dando lugar al presente documento que, siguiendo las bases del primero aporta, no obstante, importantes innovaciones.

En esta revisión se incluye como recurso para la valoración y el seguimiento de pacientes con TCA el espacio de colaboración Atención Primaria/Salud Mental, que no se contemplaba en el anterior PAI, con el objetivo de:

- realizar una valoración inicial conjunta entre profesionales de AP y SM en un plazo inferior a un mes
- consensuar las actuaciones/intervenciones multidisciplinarias a realizar
- asegurar un tratamiento integral
- garantizar la continuidad asistencial en los distintos momentos de su evolución

Igualmente recoge las recomendaciones extraídas de las guías clínicas actualizadas así como de la revisión de la literatura científica, señalando como intervenciones imprescindibles la rehabilitación nutricional y el tratamiento psicoterapéutico. Ello implica una atención integral a los aspectos orgánicos y psíquicos y la identificación de un o una referente facultativo y de enfermería en cada nivel asistencial de tratamiento en salud mental. Este PAI da un papel preponderante a la familia como aliada en todo el proceso.

Otro de los aspectos contemplados en este nuevo PAI TCA es la incorporación del tratamiento intensivo para los casos moderados y graves independientemente del dispositivo donde se lleve a cabo, Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC)/ Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ)/ Hospital de Día de Salud Mental (HDSM). La implementación de este tipo de tratamientos es crucial para la prevención de complicaciones orgánicas, la rigidificación de un estilo de vida anorexígeno y la cronicidad del cuadro.

Aspectos metodológicos:

Se ha llevado a cabo una revisión de la literatura (hasta noviembre 2016). Esta búsqueda se limitó por diseño (guías de práctica clínica basadas en la evidencia), idioma (inglés o español) y año de publicación (los últimos 5 años).

Para realizar la evaluación de la calidad metodológica de los documentos localizados y seleccionados se utilizó la herramienta AGREE II. La evaluación ha sido realizada por dos revisores de forma independiente, resolviendo las discrepancias por consenso.

Las bases de datos utilizadas para la obtención de guías y documentos de forma sensible fueron las siguientes:

- National Guideline Clearinghouse
- National Institute for Health and Care Excellence
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network
- GuiaSalud

Las bases de datos utilizadas para la obtención de guías y documentos de forma específica fueron:

- MEDLINE (a través de OVID)
- EMBASE
- Cochrane Library
- Centre for Re Dimensión de AGREE
- PsycINFO

Para el resto de bases de datos se utilizaron términos libres. Además, se utilizaron alertas en las bases de datos principales, con el objetivo de identificar documentos que se publicasen entre la finalización de la búsqueda estructurada y la finalización de este documento.

Se localizaron 358 documentos aunque únicamente dos de ellos respondieron a la pregunta de investigación planteada en el apartado de metodología.

El primero y más reciente de estos dos documentos fue una **guía de práctica clínica elaborada por National Institute for Health and Care Excellence (NICE)**¹ que en base a la herramienta AGREE II, es de calidad alta y recomendable para su utilización en la práctica clínica¹. Este documento, fue publicado en diciembre de 2016 en formato borrador y de publicación definitiva en mayo de 2017.

El segundo de los documentos fue una **guía de práctica clínica elaborada por Royal Australian and New Zealand and College of Psychiatrists en 2014**². Esta segunda guía pre-

sentó una calidad moderada-baja según la herramienta AGREE II, por lo que su utilización es recomendable con modificaciones ya que los aspectos relacionados con el rigor y los participantes involucrados presentan limitaciones importantes.

La puntuación de las dimensiones de AGREE (medidas en dos revisiones) se muestra en la siguiente tabla:

Dimensión de AGREE	NICE 2016	RANZCP 2014
Alcance y objetivos	100%	100%
Participación de implicados	97%	44%
Rigor en la elaboración	99%	45%
Claridad en la presentación	100%	78%
Aplicabilidad	92%	15%
Independencia editorial	100%	83%

Además de estos dos documentos, se consideró que 5 documentos localizados en la búsqueda bibliográfica podrían considerarse de apoyo al contener información que podría ser relevante, a pesar de que por fecha de publicación, calidad metodológica o abordaje de aspectos muy concretos del tema de estudio no cumplieran con los límites establecidos en el apartado de metodología.

A continuación, se detallan los 2 documentos incluidos, incluyendo la calidad metodológica que presentaron y las principales ventajas y desventajas observadas.

- **Eating disorders: recognition and treatment. 2016: Guía de Práctica Clínica.**

Esta guía de práctica clínica ha sido desarrollada por el National Institute for Health and Care Excellent (NICE), interviniendo en su elaboración un comité multidisciplinar perteneciente a la National Guideline Alliance (NGA) que incluye profesionales de la salud, investigadores expertos en metodología de elaboración de guías y pacientes y sus representantes.

Evaluación de la calidad de la evidencia científica

Se utilizó una lista de comprobación para evaluar el riesgo de sesgo de los documentos inicialmente seleccionados. Además, se utilizaron otras listas de comprobación recomendadas en la actualización del Manual para elaboración de guías de práctica clínica.

nica (NICE 2014). Estas listas fueron específicas para la evaluación de la calidad de revisiones sistemáticas (AMSTAR), estudios cualitativos, estudios de cohortes y estudios transversales. Se utilizó el sistema GRADE para evaluar la calidad de la evidencia de cada desenlace.

Sistema de formulación de las recomendaciones

Para la elaboración de recomendaciones, el comité tuvo en cuenta el equilibrio entre beneficios y daños de la intervención, así como otros factores importantes, tales como el valor relativo de diferentes resultados, la calidad de la evidencia, el equilibrio entre los beneficios netos en salud y el uso de recursos, valores y experiencia del comité y la sociedad, práctica clínica actual, requerimientos para prevenir la discriminación y promover la igualdad, así como el conocimiento del comité sobre temas prácticos. Para mostrar la etapa de la evidencia a la recomendación, cada capítulo tiene una sección llamada “recomendaciones y enlaces a la evidencia”.

- **Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders (RANZCP) 2014²: Guía de Práctica Clínica.**

Grupo elaborador: esta guía de práctica clínica para el tratamiento de los desórdenes alimenticios es un proyecto del Real Colegio de Psiquiatras de Australia y Nueva Zelanda, elaborada por un grupo de trabajo formado por académicos y profesionales de la salud, en estrecha colaboración con profesionales responsables de la toma de decisiones y con la comunidad.

Evaluación de la calidad de la evidencia científica

Los estudios fueron clasificados de acuerdo con la categoría determinada por National Health and Medical Research Council (NHMRC) sin que se aporte o detalle el resultado de la misma.

Sistema de formulación de las recomendaciones

Las recomendaciones basadas en la evidencia fueron formuladas después de clasificar los documentos incluidos. Se consideró:

- **Nivel I** para las recomendaciones basadas en revisiones sistemáticas de estudios de nivel II.
- **Nivel II** para las recomendaciones basadas en ensayos controlados aleatorizados.
- **Nivel III-1** para las recomendaciones basadas en ensayos controlados cuasi-aleatorizados.
- **Nivel III-2** para las recomendaciones basadas en estudios comparativos con grupos de control.

- **Nivel III-3** para las recomendaciones basadas en grupos comparativos sin grupos de control
- **Nivel IV** para las recomendaciones basadas en series de casos.
- Cuando la evidencia fue escasa o nula, se formularon recomendaciones basadas en consenso de un grupo de expertos.

En la elaboración de las recomendaciones del PAI, se ha utilizado el sistema de gradación específico de cada guía de práctica clínica seleccionada. Las siglas (**AG**) (acuerdo de grupo) se corresponden con las recomendaciones propuestas por el grupo elaborador del PAI sustentadas en el apoyo de las guías y bibliografía especializadas y en ausencia de recomendaciones graduadas en dichas guías de práctica clínica utilizadas.

Definición funcional:

Conjunto de actividades multidisciplinares encaminadas a la atención (detección, evaluación, abordaje terapéutico y seguimiento) de las personas que demandan asistencia por signos y/o síntomas de trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa (AN) o bulimia nerviosa (BN), según la CIE-10¹⁰, sin límite de edad; basadas en los principios de buena práctica y fundamentadas en la coordinación entre profesionales de Atención Primaria; Pediatría; Salud Mental; Endocrinología; Medicina Interna.

Límite de entrada:

Población infantil, adolescente y adulta que presenta restricción alimentaria, episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y conductas purgativas compensatorias, que no se deban a trastornos orgánicos o a efectos secundarios de fármacos o consumo de sustancias de abuso, y que ello suponga, a corto o medio plazo, una alteración del peso en los límites establecidos como saludables.

Las categorías diagnósticas (CIE-10) incluidas en este proceso son ([Anexo I](#)):

- Anorexia Nerviosa (F50.0)
- Bulimia Nerviosa (F50.2)
- Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (F50.9)

Límite final:

Mejoría clínica evidente que permita la incorporación a la vida cotidiana con ausencia de los signos y/o síntomas patológicos que conformaban en la persona el cuadro de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

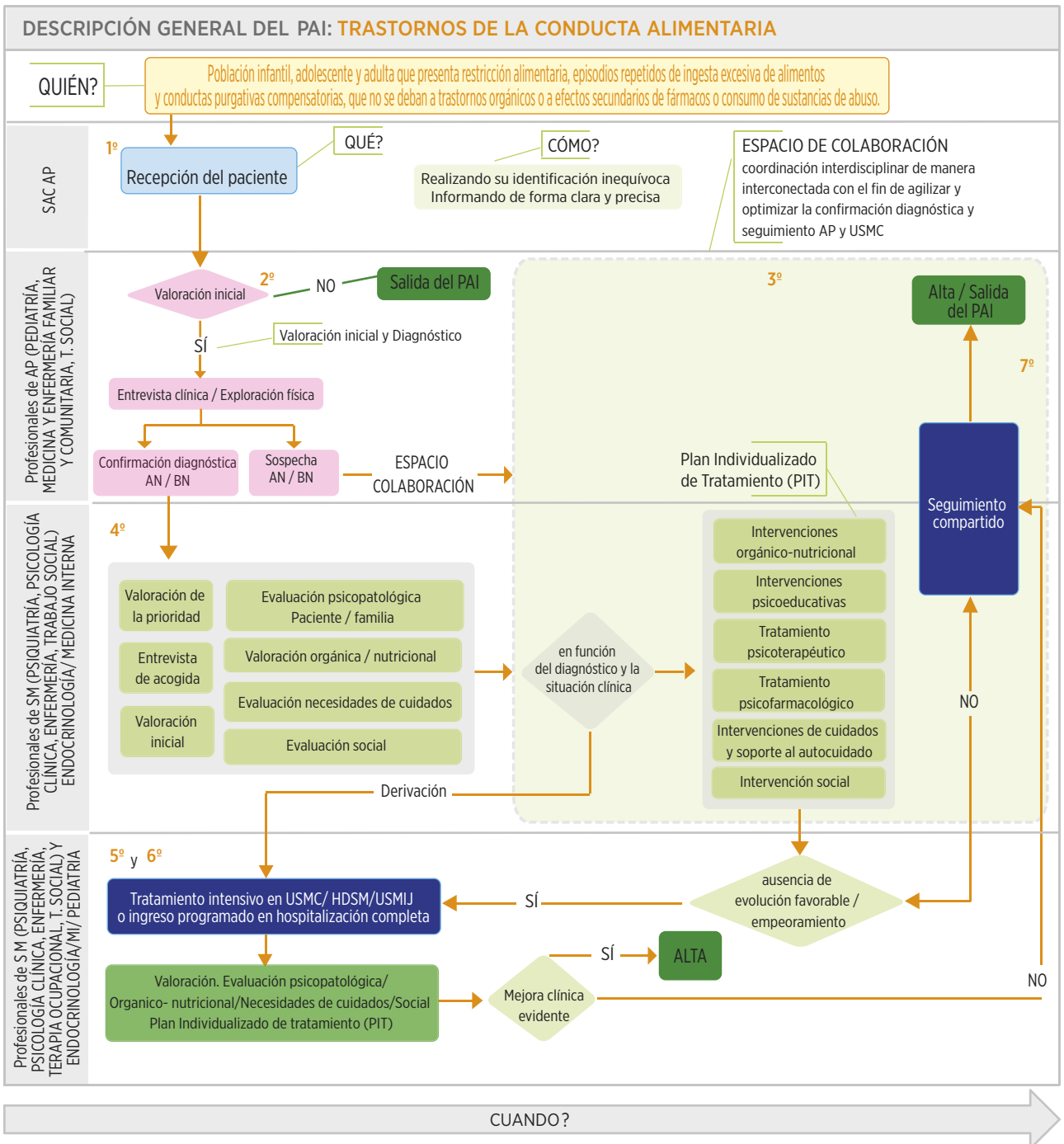
Límite marginal:

Categorías diagnósticas (CIE-10) distintas a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa.

Descripción general

La descripción general del Proceso Asistencial Integrado Trastornos de la Conducta Alimentaria (PAI TCA) se ha realizado siguiendo el recorrido de la persona con un trastorno de la conducta alimentaria representando gráficamente: profesionales que lo desarrollan (QUIÉN), el ámbito de actuación (DÓNDE), la actividad que se realiza (QUÉ), sus características de calidad (CÓMO) y la secuencia lógica de la realización (CUÁNDO) reflejándose en la Hoja de Ruta de el o la Paciente¹¹.

Un elemento clave para este proceso es el espacio de colaboración Atención Primaria-Salud Mental, así como la coordinación interdisciplinar con Endocrinología, Medicina Interna y Pediatría, de manera interconectada con el fin de agilizar y optimizar la confirmación diagnóstica y seguimiento.



Profesionales, actividades, características de calidad

El procedimiento seguido para el desarrollo de los componentes del PAI se basa en la definición de QUIÉN-DÓNDE-QUÉ-CÓMO-CUÁNDO.



Para las distintas fases que se derivan del recorrido de el/la paciente, se han identificado los y las profesionales que intervienen, las actividades que deben realizarse, y las principales características de calidad que han de tener estas actividades.

Se trata, de incorporar solo aquellas características que aportan valor, que son “**puntos críticos de buena práctica**”, considerando e integrando los **elementos y dimensiones oportunas de la calidad**:



- **La efectividad clínica:**

Las recomendaciones basadas en guías de práctica clínica se acompañan del nivel de evidencia y/o grado de recomendación referenciado en dichas guías. Las recomendaciones del grupo de trabajo del PAI se identifican mediante las siglas (AG) (acuerdo de grupo), pudiendo ir acompañadas de referencias bibliográficas que las apoyen.

- **La seguridad:**

- Se identifica con el triángulo  las buenas prácticas de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Andalucía¹² y/o la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹³.
- Se identifica, además con , la buena práctica relacionada con la higiene de manos.

- **La información y toma de decisiones¹⁴:**

- Se identifica con  tanto el momento como el contenido mínimo de información que debe recibir el o la paciente, familia y/o representante legal.
- Se identificarán con  las buenas prácticas recomendadas en la Estrategia de Bioética de Andalucía¹⁵, Mapa de Competencias y Buenas Prácticas Profesionales en Bioética¹⁶ y otros documentos de la Estrategia de Bioética:
 - Proceso de Planificación Anticipada de Decisiones (PAD)¹⁷.
 - Consulta al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas (RVA)¹⁸.

- **El uso adecuado de medicamentos:**

Se identifican con los mismos criterios que los especificados en la efectividad clínica. No siempre las guías de práctica clínica que se utilizan como base en la elaboración de los PAI incluyen un análisis de evaluación económica que compare distintas opciones (coste-efectividad, coste beneficio o coste-utilidad). Por este motivo, es importante tener en cuenta las recomendaciones actualizadas que existan en el SSPA, tales

como informes de Posicionamiento Terapéutico, Informes de Evaluación de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Guía Farmacoterapéutica del SSPA y protocolos locales.

- **Los cuidados de enfermería:**

Se describen mediante la identificación, principalmente de los resultados a conseguir según (*Nursing Outcomes Classification - NOC -*)¹⁹ y principales intervenciones (*Nursing Interventions Classification - NIC -*)²⁰.

Las actividades se representan gráficamente mediante tablas diferenciadas:

- **Tablas de fondo blanco:** actividad desarrollada por el/la profesional sin presencia de la persona que recibe la atención sanitaria.
- **Tablas de fondo gris:** actividad desarrollada con presencia de la persona que recibe la atención sanitaria.

PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA. SERVICIO DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA (SAC).

Actividades	Características de calidad
<p>1º</p> <p>RECEPCIÓN DE LA PERSONA</p>	<p>1.1 Ante una persona que acude a solicitar una cita, se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de ésta (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NU-HSA) (Δ) registrando y/o verificando los datos administrativos actualizados en su Historia de Salud.</p> <p>1.2 (i) Se le informará de los procedimientos de acceso a la consulta/servicio (día, hora y ubicación), con una actitud facilitadora para responder a sus demandas de información y expectativas.</p>

PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA (PEDIATRÍA, MEDICINA Y ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA, TRABAJO SOCIAL).

Actividades	Características de calidad
<p>2º</p> <p>VALORACIÓN INICIAL</p>	<p>2.1 Ante una primera demanda o consulta relacionada con trastorno de la conducta alimentaria (TCA) se asegurará que la consulta se desarrolle en un entorno de privacidad y confidencialidad, manifestando una actitud facilitadora para responder a dudas o demandas que manifiesten la persona afectada, padres, madres o representante legal, actuando con competencia apropiada y mostrando la sensibilidad que la atención requiere (AG).</p> <p>En caso de ser un familiar/representante legal quien realiza la demanda, se buscarán estrategias personalizadas para entrevistar y valorar a la persona afectada (∞).</p> <p>2.2 Se recomienda cualquier oportunidad o contacto, por ejemplo Programas e Intervenciones de Prevención y Promoción de Salud con adolescentes/escolares (Forma Joven) y/o Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía, para detectar hábitos de riesgo y casos de posible TCA (AG)³ y poder iniciar una intervención precoz.</p> <p>2.3 Se recomienda seguir las técnicas de la entrevista motivacional generando un clima de confianza y respeto, dada la falta de conciencia de enfermedad, la tendencia a la negación del trastorno y la escasa motivación de cambio que las personas con TCA pueden presentar (AG)³.</p> <p>2.4 Se realizará:</p> <p>2.4.1. Entrevista clínica, en la que se explorará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en relación al peso y actitud hacia el mismo. • Hábitos de alimentación. • Sueño. • Ejercicio físico. • Actitud ante la imagen corporal.



Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="188 190 352 308">2º VALORACIÓN INICIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estado emocional. • Relaciones familiares/sociales/académica. • Existencia de comorbilidad psicopatológica. • Consumo de alcohol y/o abuso de sustancias. • Signos de acoso escolar o abuso (emocional, físico, sexual o negligencia) (<i>Recomendación NICE</i>)¹. <p data-bbox="435 486 1031 519">2.4.2. Exploración física, centrada especialmente en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso. • Talla. • IMC. • Determinación de percentiles en el caso de niños, niñas y adolescentes. • Frecuencia cardiaca. • Tensión arterial. • Temperatura. • Inspección bucal: caries excesivas, erosión/decoloración en esmalte. • Exploración neurológica. <p data-bbox="435 999 1359 1071">2.4.3. En función de la situación clínica de la persona y la orientación diagnóstica, se realizarán las siguientes pruebas complementarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemograma completo con VSG. • Bioquímica: glucemia; creatinina; perfil lipídico; amilasa; proteínas totales y albúmina; metabolismo del hierro; perfil tiroideo y hepático; potasio, sodio, magnesio, calcio, fósforo y vitamina D. En pacientes con síntomas de desnutrición, además, solicitar: ácido fólico y vitamina B12 y en las pacientes con amenorrea LH-FSH, prolactina y estrógenos y en caso de hombres testosterona. • Radiografía de tórax. • Electro cardiograma (EKG). <p data-bbox="435 1494 987 1526">2.4.4. Aplicación de los siguientes cuestionarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para valoración del comportamiento alimentario: <ul style="list-style-type: none"> - SCOFF - EAT-26: a partir de los 13 años - ChEAT-26: de 8 a 13 años • Para valoración de la actividad física: <ul style="list-style-type: none"> - Test de IPAQ





Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">2º</p> <p style="text-align: center;">VALORACIÓN INICIAL</p>	<p>2.5 Ante la sospecha de Anorexia Nerviosa (AN) se explorará la presencia de las siguientes alteraciones (AG)³:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla (pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperado). • Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en persona obesa, incluso estando por debajo del peso normal. • Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal. • En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea (ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos). • Posibilidad de existencia de alguna comorbilidad psicopatológica y/o consumo de alcohol o abuso de sustancias. <p>2.6 Ante la sospecha de Bulimia Nerviosa (BN) se explorará la presencia de las siguientes alteraciones (AG)³:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de atracones recurrentes, caracterizados por: <ul style="list-style-type: none"> - Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (ejemplo 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias. - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo). • Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida y con el fin de no ganar peso, como vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo. • Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses. • La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal con miedo intenso a engordar. • Posibilidad de existencia de alguna comorbilidad psicopatológica y/o consumo de alcohol o abuso de sustancias, autolesiones o riesgo autolítico. <p>2.7 Si se detectan factores sociales que condicionan la salud no sólo individual, sino también familiar y comunitaria se recomienda hacer una interconsulta a las unidades de trabajo social (AG).</p>




Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="188 192 352 308">2º VALORACIÓN INICIAL</p>	<p data-bbox="384 192 1082 220">2.8 Considerando la predisposición al cambio se recomienda:</p> <ul data-bbox="437 247 1359 690" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="437 247 1359 355">• Ofrecer apoyo y consejo nutricional con el objetivo de modificar y mejorar la alimentación, así como aquellos hábitos y actitudes alimentarias no saludables evitando emplear los tratamientos con orexígenos y/o suplementos vitamínicos. <li data-bbox="437 382 1359 490">• Aconsejar, en caso de abuso de laxantes, en BN sobre cómo reducir y suspender el consumo, éste deberá realizarse de forma gradual, informándole de los riesgos. <li data-bbox="437 517 1359 590">• Recomendar a las personas que vomiten regularmente revisiones dentarias regulares y consejos sobre higiene dental (<i>Recomendación NICE</i>)¹. <li data-bbox="437 617 1359 690">• Proporcionar información sobre los riesgos del TCA y sus repercusiones sobre la salud (<i>Recomendación NICE</i>)¹. <p data-bbox="384 717 1359 860">2.9 Se recomienda no indicar terapia hormonal sustitutiva en adolescentes que consulten por amenorrea, sin que previamente se haya realizado una entrevista exhaustiva y valoración antropométrica, descartando cualquier otra causa que lo justifique (<i>AG</i>)²¹.</p> <p data-bbox="384 887 1359 1228">2.10 (i) (ii) Si tras la realización de las evaluaciones/valoraciones se establece la indicación de derivación al nivel asistencial que corresponda (según criterios establecidos) se informará al o la paciente y/o familia/representante legal, previo consentimiento del primero/a, dejando constancia en la Historia de Salud. La información se dará de forma clara y precisa, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas. En caso de ser una persona menor de 16 años o ésta careciera de capacidad para entender la información a causa de su estado psíquico o físico, se le informará de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión.</p> <p data-bbox="384 1255 1359 1363">2.11 Independientemente de la edad del o la paciente, se derivará a la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) y a Endocrinología simultáneamente, dentro de los 15 días siguientes, cuando (<i>AG</i>)³:</p> <ul data-bbox="437 1389 1359 1833" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="437 1389 1359 1418">• Exista un diagnóstico de AN o BN establecido. <li data-bbox="437 1445 1359 1518">• Pérdida de peso igual o superior al 10%-25% secundaria a restricción alimentaria y/o conductas purgativas. <li data-bbox="437 1545 1359 1653">• Presencia de episodios bulímicos regulares, es decir, conductas de sobreingesta alimentaria y/o conductas purgativas persistentes (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y uso de diuréticos). <li data-bbox="437 1680 1359 1708">• Presencia de alteraciones psicopatológicas asociadas a la conducta alimentaria. <li data-bbox="437 1735 1359 1763">• Falta de conciencia de la enfermedad. <li data-bbox="437 1790 1359 1833">• Si a pesar de seguir las pautas terapéuticas prescritas no mejora el peso ni las conductas restrictivas o bulímicas.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="248 190 408 308">2º VALORACIÓN INICIAL</p>	<p data-bbox="443 190 1426 261">2.12 Se derivará al Servicio de Urgencia Hospitalaria en función de los siguientes criterios (AG)³:</p> <ul data-bbox="496 288 1426 962" style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso > 50% en los últimos 6 meses (30% en los últimos 3 meses). • Negativa absoluta a la ingesta de alimentos o líquidos y alteraciones biológicas secundarias: <ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones de la conciencia. - Convulsiones. - Deshidratación. - Alteraciones hepáticas o renales severas. - Pancreatitis. - Disminución de potasio < 3 mEq/l o sodio (<130 ó 145). - Arritmia grave o trastorno de la conducción. - Frecuencia cardíaca < 50 spm o TA < 90/60 mmHg o 80/50 en niños, niñas y/o síntomas derivados. - Otros trastornos en el EKG. - Hemorragia digestiva alta (HDA); hematemesis o rectorragia. - Dilatación gástrica aguda. <p data-bbox="443 983 1139 1017">2.13 En caso de derivación, se realizará informe que recogerá:</p> <ul data-bbox="496 1044 1426 1289" style="list-style-type: none"> • Motivo o razones de la derivación. • Antecedentes personales más significativos. • Inicio, curso y evolución del trastorno. • Directrices generales del tratamiento que se está realizando de acuerdo al plan de tratamiento. <p data-bbox="443 1310 1426 1502">2.14 Si tras la realización de las evaluaciones/valoraciones no se ha podido confirmar el diagnóstico y se tiene sospecha de que el o la paciente pueda tener un TCA, se estimará la necesidad de hacer una valoración conjunta en el espacio de colaboración AP-SM, en el que se consensuarán bien la derivación a USMC o las actuaciones multiprofesionales a realizar en el plazo de un mes.</p>

ESPACIO DE COLABORACIÓN: PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA (PEDIATRÍA, MEDICINA Y ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA, TRABAJO SOCIAL) Y SALUD MENTAL (PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA CLÍNICA, ENFERMERÍA SALUD MENTAL, TRABAJO SOCIAL).

Actividades	Características de calidad
<p>3º</p> <p>ACTUACIONES CONJUNTAS: ATENCIÓN PRIMARIA-SALUD MENTAL</p>	<p>3.1 El espacio de colaboración Atención Primaria-Salud Mental es un recurso clave para este proceso a fin de agilizar y optimizar la confirmación diagnóstica y seguimiento.</p> <p>3.2 Se determinarán, las siguientes actuaciones/intervenciones en función de la evaluación y características del caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración inicial conjunta. El plazo para llevarla a cabo no debe exceder de un mes. • Consensuar la derivación a la Unidad de Salud Mental Comunitaria o valoración en urgencias hospitalaria, garantizando siempre la coordinación a través de informes clínicos y/o contacto telefónico si la situación lo requiere. • Establecer pautas de seguimiento en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con TCA que han sido derivados/as a salud mental, para indicación de terapias de alta intensidad, ingreso programado. - Pacientes con baja adherencia al dispositivo de salud mental o abandono de tratamiento. - Tras el alta terapéutica por mejoría con el fin de detectar/prevenir posibles recaídas. - Pacientes de larga evolución. <p>3.3 Se acordarán las actuaciones/intervenciones a realizar conjuntamente, según el caso, en alguno de los siguientes espacios que mejor ayude a la toma de decisiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interconsulta: consulta puntual de dos profesionales AP-SM sobre un o una paciente o familia, con presencia física o no que está recibiendo atención en su centro de salud y cuya responsabilidad recae en AP. • Coterapia: relación terapéutica de un o una paciente y/o familia con dos profesionales AP-SM, siendo ambos los que asuman la responsabilidad con respecto al paciente. • Supervisión: dedicada preferentemente a la relación terapeuta-paciente, sin olvidar otros aspectos clínicos, siendo la persona supervisora quien asume la responsabilidad del caso. <p>3.4   Se informará al o la paciente y/o familia/representante legal de las actuaciones sanitarias realizadas en el Espacio de Colaboración (consenso adoptado, diagnóstico, tratamiento y alternativas posibles) dejando constancia en la Historia de Salud.</p>

PROFESIONALES DE UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA (PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA CLÍNICA, ENFERMERÍA, TRABAJO SOCIAL)/ ENDOCRINOLOGÍA/MEDICINA INTERNA.

Actividades	Características de calidad
<p>4º</p> <p>VALORACIÓN DE RESULTADOS, CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO</p>	<p>4.1 Tras valorar la información clínica disponible en el informe de derivación y previa verificación de la identificación inequívoca de la persona (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA) , de acuerdo con la prioridad clínica y siempre antes de los 15 días desde la solicitud de derivación, se asignarán citas: para endocrinología y para una primera entrevista de acogida en la Unidad de Salud Mental Comunitaria, asignando en ésta un/una profesional facultativo responsable y enfermera referente (AG)³.</p> <p>4.2 En esta primera entrevista de acogida del o la paciente y familia se creará un espacio de escucha, se establecerá una alianza terapéutica y se valorará la motivación y expectativas del o la paciente. Se adoptará un enfoque multidisciplinar y dimensional de la enfermedad (Nivel III)².</p> <p>4.3 En el plazo máximo de un mes desde la entrevista de acogida se completará o realizará la evaluación multidisciplinar, dejando constancia en la Historia de Salud (AG).</p> <p>4.4 Se enfatizará la confidencialidad y los límites de la misma, dejando claro a la persona afectada mayor de 16 años que, excepto que exista peligro para su integridad, no se informará a padre, madre, familia/representante legal (Recomendación NICE)¹.</p> <p>4.5 Se realizará o completará la anamnesis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración detallada de la sintomatología nuclear de la conducta alimentaria. • Exploración psicopatológica completa y de personalidad que permita detectar la presencia de cuadros comórbidos al TCA (ansiosos, depresivos, obsesivos, trastornos de personalidad u otros). • Valoración de riesgo de suicidio y conducta autolesiva. • Consumo de sustancias de abuso y tratamientos farmacológicos prescritos. • Desarrollo psicobiográfico. • Evaluación de la imagen corporal. Exploración de modelos de feminidad/masculinidad interiorizados e ideales y estereotipos estéticos. • Valoración cognitiva: memoria a corto plazo, flexibilidad cognitiva, concentración y atención. • Composición del núcleo familiar (historia familiar, calidad de las relaciones, respuesta ante los síntomas, grado de conocimiento de los mismos e intentos de solución previos). • Factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores de la conducta alimentaria afectada.


Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="264 190 292 216">4^º</p> <p data-bbox="180 235 376 457">VALORACIÓN DE RESULTADOS, CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO</p>	<p data-bbox="405 190 1066 216">4.6 Se realizarán las siguientes evaluaciones/valoraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="459 247 1359 408">• Evaluación psicométrica del o la paciente: en función de los aspectos que precisen ser explorados (problema alimentario, personalidad previa o detección de otra patología asociada). Se recomienda la utilización de los siguientes cuestionarios (AG)³: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="480 435 1359 511">- Conducta alimentaria: EDI, S-EDE-Q, EAT-40 y ChEAT-26 (este último entre los 8 y los 13 años), BULIT, BULIT-R y BITE (los tres a partir de los 13 años). <li data-bbox="480 523 823 553">- Imagen corporal: BAT y BSQ. <li data-bbox="480 568 892 598">- Personalidad: MILLON, MMPI y PAI. <li data-bbox="480 613 930 643">- Otras psicopatologías: CDI, BDI y STAI. <li data-bbox="480 658 1359 733">- Test neuropsicológicos: Test de Wisconsin, Test de formación de conceptos de Kauffman-Kasani y STROOP. <li data-bbox="480 748 1359 823">- Test proyectivos: Rorschach, T.A.T., CAT, Las Fábulas de Duss y Test de la figura humana. <li data-bbox="480 838 879 868">- Conciencia de enfermedad: ACTA. <li data-bbox="459 895 1102 925">• Evaluación psicométrica de la familia mediante (AG)³: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="480 952 959 983">- Escala de clima social en la familia (FES). <li data-bbox="480 997 1023 1028">- Escala de valoración de carga familiar (ZARIT). <li data-bbox="480 1042 828 1073">- Escala DUKE de apoyo social. <li data-bbox="480 1087 767 1118">- Test de APGAR familiar. <li data-bbox="459 1144 970 1175">• Valoración orgánica-nutricional, mediante: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="480 1201 1359 1277">- Información recogida sobre antecedentes familiares y personales e historia de la enfermedad. <li data-bbox="480 1291 1359 1367">- IMC y valoración de medidas antropométricas y uso escalas y cuestionarios si procede. <li data-bbox="480 1381 1359 1457">- Historia nutricional detallada (encuesta alimentaria, hábitos alimentarios, conductas purgativas). <li data-bbox="480 1471 1359 1547">- Historia menstrual, valoración de la función sexual, reproductora y uso de anticonceptivos orales. <li data-bbox="480 1561 1359 1600">- Se actualizará la exploración física (piel, mucosas, cardiaca, abdominal, MMII). <li data-bbox="480 1612 1359 1688">- Valorar las pruebas complementarias realizadas, o en su caso, solicitarlas si no se han realizado previamente. <li data-bbox="480 1700 1359 1817">- Si existe amenorrea, se solicitará un perfil hormonal completo (LH, FSH, estradiol, TSH, T4L, prolactina, testosterona total, dihidroepiandrosterona sulfato).



Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">4º</p> <p>VALORACIÓN DE RESULTADOS, CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de Enfermería: se realizará una valoración integral y un plan de cuidados que se consensuará con el equipo para la distribución de tareas , mediante: <ul style="list-style-type: none"> - Valoración de hábitos de salud en relación con: alimentación, sueño, actividad física, actividad escolar, laboral y cognitiva, relación familiar y social y funcionamiento relacional, hábitos de consumo de tabaco, alcohol, tóxicos. - Valoración de necesidades de cuidados específicas de: alimentación, y riesgo de desequilibrio nutricional, imagen corporal/autovaloración, conciencia de enfermedad, afrontamiento individual y familiar. • Valoración social: en infancia, adolescencia y personas adultas con AN o BN en los que se detecte déficit o estancamiento del ajuste familiar/social/académico/ocupacional/laboral se realizará una evaluación y diagnóstico de la situación social, incluyendo visita al domicilio si se precisa valorar las condiciones de la vivienda o al centro escolar en caso de menores o adolescentes. <p>4.7 Tras la evaluación multidisciplinar y en función del diagnóstico y la situación clínica, el o la facultativo referente del caso coordinará el tratamiento consensuado (Δ) en la Unidad de Salud Mental Comunitaria o su derivación a tratamiento intensivo/USMC/USMI-J/HDSM, garantizando la continuidad asistencial.</p> <p>4.8 Si cumple los siguientes criterios se derivará a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil si la persona es menor de 18 años, y si es mayor de 18 años se indicará tratamiento intensivo en Unidad de Salud Mental Comunitaria o en Hospital de Día de Salud Mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La evolución del peso no sigue el ritmo pautado en el programa ambulatorio de recuperación de peso. El IMC o peso de la persona está por debajo del rango de seguridad, cayendo rápidamente (p.e. más de 1 kg por semana) (<i>Recomendación NICE</i>)¹. • Paciente con grave aislamiento social, dificultades relacionales graves o de autonomía personal secundario al TCA. • Necesidad de tratamiento intensivo y/o precoz, previniendo el deterioro en sus capacidades cognitivas, emocionales y relacionales. • Descompensaciones continuas. • Episodios frecuentes de atracones y conductas purgativas. • Trastorno psicopatológico comórbido. • Problemas graves de comportamiento en el domicilio, conflicto en las relaciones familiares y/o psicopatología familiar que no se modifican ambulatoriamente. • Tras el alta de hospitalización completa.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="261 192 288 220">4º</p> <p data-bbox="178 237 376 457">VALORACIÓN DE RESULTADOS, CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO</p>	<p data-bbox="400 192 1310 220">4.9 En caso de derivación a USMI-J/HDSM se realizará un informe que recogerá:</p> <ul data-bbox="456 251 1359 517" style="list-style-type: none"> • Motivo o razones de la derivación. • Antecedentes personales más significativos. • Inicio, curso y evolución del trastorno. • Directrices generales del tratamiento que se está realizando de acuerdo al plan de tratamiento. • Aspectos más significativos para la continuidad de cuidados. <p data-bbox="400 539 1359 682">4.10 Ante la necesidad de un ingreso programado, éste se realizará en la unidad de hospitalización que garantice la especificidad de intervenciones para pacientes con TCA en función a la edad y su situación clínica siguiendo los siguientes criterios:</p> <ul data-bbox="456 705 1359 1862" style="list-style-type: none"> • Criterios somáticos: <ul data-bbox="480 752 1359 1232" style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso superior al 25-30% con respecto al previo en menos de 6 meses o al 10% en 1 mes. - Frecuencia cardiaca < 50 spm o TA < 90/60 mmHg o 80/50 en niños, niñas y/o síntomas derivados. - Temperatura < de 36,1 °C. - Potasio < 3 mEq/l o sodio < 130 mg/dl y/o alteraciones en EKG. - Hipoproteinemia severa y/o edemas en miembros inferiores. - Deshidratación. - Hipoglucemia persistente y/o hipertransaminasemia - Hematemesis y rectorragia. - Afectación orgánica hepática, renal o cardiovascular que requieran tratamiento agudo. • Criterios psíquicos: <ul data-bbox="480 1304 1359 1862" style="list-style-type: none"> - Comorbilidad psicopatológica grave que justifique la hospitalización al margen de la alteración de la conducta alimentaria. - Dificultades de diagnóstico diferencial. - Ideación-conducta autolítica directa o indirecta. - Riesgo de autolesiones severas. - Conocimiento de presencia de estresores o del peso previo a recaídas anteriores y que es señal o señales de declive rápido. - Concurrencia grave de abuso de alcohol y drogas. - Síntomas conductuales: rápida o persistente disminución de la ingesta alimentaria y del peso a pesar de que esté en tratamiento ambulatorio. - Presencia de factores estresantes adicionales que interfieran gravemente con la capacidad de comer del o la paciente. - Muy escasa disposición hacia el tratamiento, negativa absoluta a comer, cooperación con el tratamiento solo en un ambiente estructurado.

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">4^o</p> <p>VALORACIÓN DE RESULTADOS, CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios sociofamiliares: <ul style="list-style-type: none"> - Conflicto familiar severo que impida la posibilidad de aplicar las normas terapéuticas prescritas a domicilio. - Ausencia de familia o de un sistema de apoyo adecuado de modo que no sea posible proporcionarle un tratamiento estructurado en casa. • Otros criterios: <ul style="list-style-type: none"> - Negativa absoluta a comer o imposibilidad de control de conductas bulímicas. - Embarazo de alto riesgo. - AN o BN con diabetes descompensada. - Abuso de laxantes y uso de diuréticos que comprometan el estado de salud. <p>4.11 En caso de negativa a la hospitalización completa y en función de la edad y del estado clínico y psicopatológico en el que se encuentre el o la paciente, se valorará solicitar autorización judicial, para un ingreso no voluntario. En caso de menores de edad será necesaria la autorización de los padres y del juez y autorización judicial en mayores de edad²⁴.</p> <p>4.12 (i) Se informará al o la paciente y/o familia/representante legal, previo consentimiento del primero/a, tanto de los resultados obtenidos como de la naturaleza del TCA, de los riesgos, beneficios y posibles alternativas terapéuticas (necesidad de derivar a otro nivel asistencial o bien de iniciar tratamiento en la USMC), dejando constancia en la Historia de Salud. La información se dará de forma clara y precisa, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas.</p> <p>4.13 En caso de una persona menor de 16 años o si carece de capacidad para entender la información a causa de su estado psíquico o físico, se le informará de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión.</p> <p>4.14 Se elaborará un Plan Individualizado de Tratamiento (PIT) consensuado por todo el equipo multidisciplinar teniendo en cuenta la motivación y expectativas de la persona y con los siguientes contenidos, quedando registrado en la Historia de Salud (AG):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición del problema según diagnóstico y áreas afectadas. • Dispositivos y profesionales que intervienen. • Formulación de objetivos terapéuticos. • Elección del tratamiento (terapias psicológicas, tratamiento farmacológico, intervenciones de cuidados e intervenciones sociales). • Planificación de la dieta y objetivo de peso. • Configuración de grupos psicoeducativos para el manejo de hábitos: alimentación, adaptación de la actividad física, modificación de hábitos nocivos y gestión emocional.


Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="177 190 376 457">4º VALORACIÓN DE RESULTADOS, CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="456 190 1359 267">• Configuración de grupos de autoayuda y apoyo al paciente y familia: información y puesta en contacto con estos grupos. <li data-bbox="456 282 1359 359">• Búsqueda de recursos sociales necesarios para una mejor adaptación académica, social, laboral y ocupacional. <li data-bbox="456 374 715 410">• Tiempo de ejecución. <li data-bbox="456 425 1305 461">• Plazos para la evaluación y/o reformulación del mismo, en caso necesario. <li data-bbox="456 476 1359 553">• Necesidad de coordinación internivel (espacio de colaboración AP-SM) e intersectorial (Educación, Servicios Sociales). <li data-bbox="456 568 1359 645">• Se facilitará la comunicación entre los distintos profesionales con implicación en el tratamiento (Salud Mental, Endocrinología, Medicina Interna, Pediatría). <p data-bbox="400 660 1359 778">4.15 Se informará al o la paciente y familia/ representante legal, previo consentimiento del primero/a, del plan terapéutico a realizar así como de sus beneficios y alternativas.</p> <p data-bbox="400 793 1359 870">4.16 Se aplicará el PIT definido priorizando las líneas de intervención en función del diagnóstico establecido.</p> <p data-bbox="400 885 1002 921">4.17 TRATAMIENTO PARA LA ANOREXIA NERVIOSA:</p> <p data-bbox="456 936 1359 1091">El tratamiento recomendado para la AN es la rehabilitación nutricional y la psicoterapia (<i>Recomendación NICE</i>)¹. Los objetivos del mismo se dirigen a intervenir sobre la desnutrición, el patrón de alimentación anómalo, los aspectos personales (emocionales y cognitivos), sociofamiliares y ambientales implicados.</p> <p data-bbox="456 1105 1359 1224">4.17.1 Se considerará a la familia, representante legal y/o otras personas significativas unas aliadas en el tratamiento y se favorecerá su implicación y compromiso en el mismo. (<i>Nivel I</i>)².</p> <p data-bbox="456 1238 1359 1394">4.17.2 Intervenciones orgánica-nutricional: En el tratamiento de la AN, ayudar a alcanzar un peso corporal saludable para la edad es un objetivo fundamental para apoyar cambios psicológicos y físicos necesarios para la mejora o recuperación (<i>Recomendación NICE</i>)¹.</p> <p data-bbox="528 1408 1359 1706">4.17.2.1 Consejo nutricional: forma parte del tratamiento multidisciplinar (<i>Recomendación NICE</i>)¹ y con el objetivo principal de modificar lo que come el o la paciente, así como aquellos hábitos y actitudes alimentarias erróneas. En el caso de niños, niñas y jóvenes se hará extensivo a la familia o cuidadores para ayudarle a satisfacer sus necesidades nutricionales de crecimiento y desarrollo (<i>Recomendación NICE</i>)¹.</p> <p data-bbox="528 1721 1359 1839">4.17.2.2 Tratamiento nutricional: para resolver la situación de desnutrición teniendo en cuenta las necesidades individuales, en especial en niños, niñas y adolescentes. En algunos casos y en etapa de</p>


Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="320 190 352 220">4^º</p> <p data-bbox="240 235 435 457">VALORACIÓN DE RESULTADOS, CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO</p>	<p data-bbox="592 190 1422 308">recuperación de peso corporal se valorará la administración de suplementos vitamínicos y minerales por vía oral hasta que la dieta cubra las necesidades de Recomendación de Aporte Diario (RDA).</p> <ul data-bbox="587 333 1422 588" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="587 333 1086 363">• Se realizará seguimiento que incluirá (AG): <li data-bbox="592 384 1107 414">- Hierro por vía oral si se diagnóstica anemia. <li data-bbox="592 435 1422 496">- Calcio y vitamina D si hay déficit de ingesta (500 a 1000 mg de calcio y 400 a 800 UI de vitamina D al día). <li data-bbox="592 517 1422 588">- En caso de amenorrea no indicar terapia hormonal sustitutiva de forma sistemática (AG)²¹. <p data-bbox="491 609 1422 752">4.17.3 Tratamiento psicoterapéutico: la elección y aplicación de una u otra intervención psicoterapéutica, modalidad de tratamiento (individual, grupal o familiar), así como el número de sesiones se realizará en función de la valoración del caso y teniendo en cuenta (AG):</p> <ul data-bbox="576 782 1422 1212" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="576 782 874 813">• Etapa de la enfermedad. <li data-bbox="576 833 935 864">• Pautas alimentarias alteradas. <li data-bbox="576 885 1422 956">• Análisis de las áreas problemas y factores intra e interpersonales precipitantes y mantenedores del TCA. <li data-bbox="576 977 938 1007">• Comorbilidad psicopatológica. <li data-bbox="576 1028 1074 1058">• Comprensión de las defensas psicológicas. <li data-bbox="576 1079 1054 1109">• Complejidad de las relaciones familiares. <li data-bbox="576 1130 906 1160">• Relaciones interpersonales. <li data-bbox="576 1181 927 1212">• Situación educativa y laboral. <p data-bbox="576 1232 1185 1263">4.17.3.1 Para personas adultas con AN se recomienda:</p> <ul data-bbox="667 1283 1422 1855" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="667 1283 1422 1355">- Psicoterapia cognitivo-conductual individual focalizada en el trastorno alimentario (TCC-TCA) (<i>Recomendación NICE</i>)¹. <li data-bbox="667 1375 1422 1447">- Psicoterapia basada en el modelo Maudsley para Adultos con Anorexia Nerviosa (<i>Recomendación NICE</i>)¹. <li data-bbox="667 1467 1422 1539">- Psicoterapia psicodinámica focal centrada en el trastorno alimentario para personas adultas con AN (<i>Recomendación NICE</i>)¹. <li data-bbox="667 1559 1422 1692">- Terapia familiar en personas adultas con TCA que presentan relaciones conflictivas con sus padres, madres o con otros miembros de la familia con el objetivo de reestructurar el funcionamiento familiar y favorecer cambios internos del sistema (AG)³. <li data-bbox="667 1712 1422 1815">- Intervenciones de apoyo y orientación a familiares y cuidadores de una persona con un TCA que no están involucrados en la terapia familiar (<i>Recomendación NICE</i>)¹. <li data-bbox="667 1835 914 1866">- Psicoterapia grupal. 


Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="261 190 288 216">4º</p> <p data-bbox="178 235 375 457">VALORACIÓN DE RESULTADOS, CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO</p>	<p data-bbox="529 190 1214 216">4.17.3.2 Para infancia y adolescencia con AN se recomienda:</p> <ul data-bbox="624 241 1359 866" style="list-style-type: none"> - Para niños, niñas y adolescentes, la terapia familiar focalizada en la AN se considerará como primera opción de intervención psicológica (<i>Nivel I</i>)² (<i>Recomendación NICE</i>)¹. - En caso de jóvenes, considerar la terapia familiar en formato de terapia única o multifamiliar (<i>Recomendación NICE</i>)¹. - Considerar la posibilidad de dar a niños, niñas y jóvenes con AN citas adicionales separadas de sus familiares o cuidadores (<i>Recomendación NICE</i>)¹. - Psicoterapia grupal. - Intervenciones de apoyo y orientación a familiares y cuidadores de niños, niñas y adolescentes con un TCA que no están involucrados en la terapia familiar (<i>Recomendación NICE</i>)¹. - Si la terapia familiar está contraindicada, no aceptada o ineficaz se considerará la terapia cognitiva-conductual en la AN (<i>Recomendación NICE</i>)¹. <p data-bbox="454 889 1359 956">4.17.4 Intervenciones psicoeducativas: se indicará a nivel individual, familiar o grupal, acotadas en el tiempo y con objetivos limitados <i>AG</i>)³:</p> <ul data-bbox="529 983 1359 1324" style="list-style-type: none"> • Individual/grupal: para pacientes de primer contacto con el dispositivo, a fin de conocer los efectos de la malnutrición e inducir cambios conductuales que ayuden a normalizar las pautas alimentarias (<i>Recomendación NICE</i>)¹. • Psicoeducativas de padres con el objeto de transmitir un mayor conocimiento de la enfermedad, los efectos de la desnutrición, alimentación saludable, intercambiar experiencias, constatar estrategias y su operatividad, reducir los sentimientos de aislamiento y culpa. <p data-bbox="454 1346 1359 1647">4.17.5 Tratamiento psicofarmacológico: No existe evidencia suficiente con respecto al tratamiento farmacológico de AN. En caso de comorbilidad psicopatológica, el tratamiento farmacológico se realizará siguiendo el Proceso Asistencial Integrado que corresponda. No obstante, se recomienda demorar la prescripción de psicofármacos para el alivio de los supuestos síntomas comórbidos (ansiedad, alteraciones anímicas) hasta no tener la suficiente seguridad de que dichos síntomas no son derivados (consecuencia directa) del propio proceso orgánico de desnutrición.</p> <p data-bbox="529 1669 1359 1825">4.17.5.1 En los casos que se indique tratamiento psicofarmacológico se tendrá precaución con aquellos fármacos que tienen una alta afinidad por las proteínas plasmáticas y por los que prolongan el intervalo QT (como antipsicóticos y antidepresivos)  .</p>

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="316 190 352 220">4º</p> <p data-bbox="236 233 435 457">VALORACIÓN DE RESULTADOS, CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO</p>	<p data-bbox="592 190 1433 308">4.17.5.2 Se recomienda comenzar el tratamiento farmacológico a bajas dosis por el mayor riesgo de efectos secundarios debido a la desnutrición y/o conductas purgativas (⚠).</p> <p data-bbox="512 329 1206 359">4.17.6 Intervenciones de cuidados y soporte al autocuidado.</p> <ul data-bbox="592 380 1433 682" style="list-style-type: none"> • Soporte educativo para el manejo y cambio de hábitos de salud en relación a alimentación, sueño, hábitos nocivos (tabaco, alcohol, tóxicos...), actividad física y laboral y gestión emocional. • Grupos de apoyo para la mejora de la imagen corporal/autovaloración y desarrollo y mejora de la conciencia de enfermedad y su afrontamiento, relación familiar y social. • Coterapia en grupos terapéuticos. <p data-bbox="592 707 1433 782">4.17.6.1 Dependiendo del caso se planificarán los cuidados incluyendo las siguientes intervenciones o criterios de resultados:</p> <ul data-bbox="679 803 1342 1483" style="list-style-type: none"> - 0300 Autocuidados: Actividades de la vida diaria (NOC). - 1633 Participación en el ejercicio (NOC). - 0003 Descanso (NOC). - 0004 Sueño (NOC). - 1602 Conducta de fomento de la salud (NOC). - 2002 Bienestar personal (NOC). - 1604 Participación en actividades de ocio (NOC). - 5510 Educación para la salud (NIC). - 6040 Terapia de relajación (NIC). - 1260 Manejo del peso (NIC). - 5246 Asesoramiento Nutricional (NIC). - 5230 Mejorar el afrontamiento (NIC). - 5270 Apoyo emocional (NIC). - 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento (NIC). - 7040 Apoyo a la persona cuidadora principal (NIC). <p data-bbox="512 1494 759 1524">4.17.7 Se considerará:</p> <ul data-bbox="592 1549 1433 1851" style="list-style-type: none"> • No indicar medicación como único tratamiento para la AN (<i>Recomendación NICE</i>)^{1,3}. • Si existe abuso de sustancias que interfieran con el tratamiento valorar tratamiento conjunto (⚠) con salud mental y centro de adicciones (<i>Recomendación NICE</i>)¹. • En caso de diabetes o embarazo se reforzará la coordinación con referentes de cada especialidad (endocrino, obstetra, matrona).

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="177 190 373 457">4º VALORACIÓN DE RESULTADOS, CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO</p>	<p data-bbox="400 190 975 220">4.18 TRATAMIENTO PARA LA BULIMIA NERVIOSA:</p> <p data-bbox="451 237 1375 421">Los objetivos del tratamiento de la BN se dirigen a restablecer hábitos alimentarios regulares y saludables, la recuperación física y corregir estilos cognitivos erróneos, abordar problemas de la esfera afectiva y favorecer el autocontrol y la disminución de las conductas impulsivas y purgativas, así como atender a las pautas de interacción socio-familiar alteradas.</p> <p data-bbox="451 441 1375 549">4.18.1 Se considerará a la familia, representante legal y/o otras personas significativas una aliadas en el tratamiento y se favorecerá su implicación y compromiso en el mismo.</p> <p data-bbox="451 566 951 596">4.18.2 Intervenciones orgánico-nutricional:</p> <p data-bbox="528 611 1078 641">4.18.2.1 Consejo nutricional y de higiene dental:</p> <ul data-bbox="620 658 1375 1336" style="list-style-type: none"> - Formará parte del tratamiento multidisciplinar (<i>Recomendación NICE</i>)¹ y con el objetivo principal de modificar los episodios de ingesta compulsiva de la persona con BN, así como aquellos hábitos compensatorios (vómitos, ayunos, ejercicio compulsivo, ingesta de fármacos o laxantes y actitudes alimentarias erróneas. En el caso de niños, niñas y adolescentes se hará extensivo a familia o cuidadores para ayudarle a satisfacer sus necesidades nutricionales de crecimiento y desarrollo (<i>Recomendación NICE</i>)¹. - En caso de abuso de laxantes, se informará sobre cómo reducir y suspender su consumo, que debe realizarse de forma gradual, y de que el uso de laxantes no reduce la absorción de nutrientes. - Si se detecta desequilibrio electrolítico, en la mayoría de los casos es suficiente eliminar la conducta que lo produjo. - Si vomita habitualmente deberá realizar revisiones dentarias regulares y recibir consejos sobre su higiene dental (<i>Recomendación NICE</i>)¹. <p data-bbox="528 1353 1375 1426">4.18.2.2 Tratamiento nutricional. Se realizará seguimiento que incluirá (<i>AG</i>)³:</p> <ul data-bbox="620 1443 1375 1745" style="list-style-type: none"> - Tratamiento con un complejo multivitamínico y multimineral hasta que la dieta cubra las necesidades de RDA. - Hierro por vía oral si se diagnóstica anemia. - Calcio y vitamina D si hay déficit de ingesta (500 a 1000 mg de calcio y 400 a 800 UI de vitamina D al día). - En caso de amenorrea no indicar terapia hormonal sustitutiva de forma sistemática (<i>AG</i>)²¹. <p data-bbox="451 1761 1126 1792">4.18.3 Tratamiento psicoterapéutico. Se recomienda (<i>AG</i>)³:</p> <ul data-bbox="528 1808 1375 1882" style="list-style-type: none"> • Autoayuda guiada centrada en BN para personas adultas con BN (<i>Recomendación NICE</i>)^{1,3}.

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">4º</p> <p>VALORACIÓN DE RESULTADOS, CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La Terapia Cognitivo Conductual para BN (TCC-BN) es una forma especialmente adaptada de TCC y se recomienda que se realice entre 16 y 20 sesiones en 4 o 5 meses de tratamiento en formato individual y/o grupal. • A las personas con BN que no responden al tratamiento con la TCC, o rechaza, se les puede indicar otro tratamiento psicológico como la psicoterapia interpersonal o psicodinámica focal para TCA. • En infancia y adolescencia con BN la terapia familiar se considerará como primera opción de intervención psicológica (<i>Nivel I</i>)² (<i>Recomendación NICE</i>)¹. • En infancia y adolescencia valorar el combinar el tratamiento familiar con entrevistas individuales. • Intervenciones de apoyo y orientación a familiares y cuidadores de niños, niñas y adolescentes con un TCA que no están involucrados en la terapia familiar (<i>Recomendación NICE</i>)¹. • Psicoterapia grupal. <p>4.18.4 Intervenciones psicoeducativas acerca del TCA, se indicará a nivel individual, familiar o grupal, acotadas en el tiempo y con objetivos limitados (<i>AG</i>)¹:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individual/grupal: para pacientes de primer contacto con el dispositivo, a fin de conocer los efectos de la malnutrición e inducir cambios conductuales que ayuden a normalizar las pautas alimentarias (<i>Recomendación NICE</i>)¹. • Psicoeducativas de padres con el objeto de transmitir un mayor conocimiento de la enfermedad, los efectos de la desnutrición, alimentación saludable, intercambiar experiencias, constatar estrategias y su operatividad, reducir los sentimientos de aislamiento y culpa. <p>4.18.5 Tratamiento psicofarmacológico: en la bulimia nerviosa la farmacoterapia es eficaz y debe incluirse en el abordaje inicial junto a la rehabilitación nutricional y la psicoterapia.</p> <p>4.18.5.1 Antidepresivos: cuando hay síntomas acompañantes depresivos, síntomas leves de descontrol de impulsos y vómitos autoinducidos. La fluoxetina es el fármaco más indicado (<i>Nivel I</i>)², con una dosis objetivo de 60 mg/día, pudiéndose comenzar con 20 mg/día e ir escalando mensualmente si no hay respuesta. La duración del tratamiento debe ser estándar (6-12 meses). Si no hay</p> <div style="text-align: right;"></div>

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="261 190 288 216">4º</p> <p data-bbox="178 235 375 457">VALORACIÓN DE RESULTADOS, CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO</p>	<p data-bbox="620 190 1359 302">una respuesta satisfactoria en un plazo de 4-8 semanas, una vez alcanzada dosis máxima, se planteará reemplazarlo por otro. Se debe considerar:</p> <ul data-bbox="620 333 1359 778" style="list-style-type: none"> - Los ISRS son preferibles a los antidepresivos tricíclicos por ser más seguros. - Los ISRS como la paroxetina y el citalopram (sobre todo la primera) se asocia a mayor aumento de peso que la fluoxetina. - Se recomienda el uso con precaución de ISRS en adolescentes por el aumento del riesgo de suicidio. - El bupropión está contraindicado en BN. - El tratamiento de mantenimiento (6-12 meses) previene las recaídas. Su interrupción prematura suele asociarse a una baja tolerabilidad. <p data-bbox="529 805 1359 962">4.18.5.2 Anticomiciales, sobretodo topiramato (<i>Nivel II</i>)², por su efecto sobre la impulsividad, fundamentalmente en las bulimias con síntomas multi-impulsos, robos, consumo de alcohol y tóxicos, conductas agresivas y antisociales.</p> <p data-bbox="529 989 1359 1105">4.18.5.3 En caso de comorbilidad psicopatológica, el tratamiento farmacológico se realizará siguiendo el Proceso Asistencial Integrado que corresponda.</p> <p data-bbox="454 1132 1150 1167">4.18.6 Intervenciones de cuidados y soporte al autocuidado.</p> <ul data-bbox="529 1193 1359 1494" style="list-style-type: none"> • Soporte educativo para el manejo y cambio de hábitos de salud en relación con alimentación, sueño, hábitos nocivos (tabaco, alcohol, tóxicos...), actividad física y laboral y gestión emocional. • Grupos de apoyo para la mejora de la imagen corporal/autovaloración y desarrollo y mejora de la conciencia de enfermedad y su afrontamiento, relación familiar y social. • Coterapia en grupos terapéuticos. <p data-bbox="529 1520 1359 1596">4.18.6.1 Dependiendo del caso se planificarán los cuidados incluyendo las siguientes intervenciones o criterios de resultados:</p> <ul data-bbox="620 1627 1278 1862" style="list-style-type: none"> - 0300 Autocuidados: Actividades de la vida diaria (NOC). - 1633 Participación en el ejercicio (NOC). - 0003 Descanso (NOC). - 0004 Sueño (NOC). - 1602 Conducta de fomento de la salud (NOC). 

Actividades	Características de calidad
<p>4^o</p> <p>VALORACIÓN DE RESULTADOS, CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 2002 Bienestar personal (NOC). - 1604 Participación en actividades de ocio (NOC). - 5510 Educación para la salud (NIC). - 6040 Terapia de relajación (NIC). - 1260 Manejo del peso (NIC). - 5246 Asesoramiento Nutricional (NIC). - 5230 Mejorar el afrontamiento (NIC). - 5270 Apoyo emocional (NIC). - 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento (NIC). - 7040 Apoyo a la persona cuidadora principal (NIC). <p>4.18.7 Se considerará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No indicar medicación como único tratamiento para la BN (<i>Recomendación NICE</i>)¹. • Si existe abuso de sustancias que interfieran con el tratamiento de la BN valorar tratamiento conjunto (⚠) con salud mental y centro de adicciones (<i>Recomendación NICE</i>)¹. • En caso de diabetes o embarazo se reforzará la coordinación con referentes de cada especialidad (endocrino, obstetra, matrona) (<i>Recomendación NICE</i>)¹. <p>4.19 Si la persona tratada en régimen ambulatorio tiene una mejoría clínica evidente, se procederá al alta en USMC. Si no mejora o empeora se valorará la indicación de tratamiento ambulatorio de alta intensidad/tratamiento intensivo (intervenciones psicoterapéuticas de mayor complejidad e intensidad) en USMC/HDSM/USMI-J) o ingreso programado en la unidad de hospitalización indicada a la situación clínica y edad del o la paciente.</p> <p>4.20 Se realizará informe de alta de la USMC (AG):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por mejoría clínica evidente, siempre que esté de alta por Endocrinología/Medicina interna/Pediatría. • Por ausencia de evolución favorable/empeoramiento, en cuyos casos se derivará a tratamiento intensivo en HDSM/USMIJ o ingreso programado en hospitalización completa. <p>4.21 En el informe de alta se reflejarán las actividades realizadas (tratamientos propuestos y aceptados/rechazados conjuntamente con la persona implicada, y se establecerá un plan de seguimiento que garantice la continuidad asistencial (⚠) entre los distintos profesionales (<i>Recomendación NICE</i>)¹.</p> <p>4.22 El informe de alta se entregará, al o la paciente, familia y/o representante </p>

Actividades	Características de calidad
<p>4º</p> <p>VALORACIÓN DE RESULTADOS, CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO</p>	<p>legal, previa información necesaria, y se remitirá a USMI-J/HDSM, en caso de derivación o a Atención Primaria, en caso de alta por mejoría (AG).</p> <p>4.23 Se considerará finalizado el proceso en caso de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejoría clínica evidente, mantenimiento de un peso saludable y ausencia de alteraciones nutricionales, que permita al o la paciente su incorporación a la vida cotidiana. Se determinarán en el espacio de colaboración con el acuerdo del o la paciente, el consenso de las actuaciones multiprofesionales para el seguimiento (AG). • Abandono o alta voluntaria, determinándose en el espacio de colaboración el consenso de las actuaciones multiprofesionales para el seguimiento.



PROFESIONALES DE SALUD MENTAL (PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA CLÍNICA, ENFERMERÍA, TERAPIA OCUPACIONAL, TRABAJO SOCIAL) Y ENDOCRINOLOGÍA/MEDICINA INTERNA/PEDIATRÍA.

Actividades	Características de calidad
<p>5º</p> <p>TRATAMIENTO INTENSIVO</p> <p>PROGRAMA DE DÍA</p>	<p>5.1 La gravedad de los síntomas y la interferencia en la vida de la persona son las dos dimensiones que ayudan a distinguir entre tratamiento de alta o baja intensidad. El tratamiento intensivo tiene como objetivo la intervención integral sobre todas las áreas afectadas por el TCA, manteniendo una visión integradora de la multiplicidad de tratamientos indicados (⚠) para no realizar intervenciones inconexas (AG)³.</p> <p>5.2 Si la persona con AN o BN cumple los siguientes criterios se recomienda tratamiento intensivo en Unidad de Salud Mental Comunitaria /Hospital de Día de Salud Mental/Unidad de Salud Mental Infante-Juvenil (<i>Recomendación NICE</i>)¹:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La evolución del peso no sigue el ritmo pautado en el programa ambulatorio de recuperación de peso. El IMC o peso de la persona está por debajo del rango de seguridad, cayendo rápidamente (p.e. más de 1 kg por semana) (<i>Recomendación NICE</i>)¹. • Paciente con grave aislamiento social, dificultades relacionales graves o de autonomía personal secundario al TCA. • Necesidad de tratamiento intensivo y/o precoz, previniendo el deterioro en sus capacidades cognitivas, emocionales y relacionales. • Descompensaciones continuas. • Episodios frecuentes de atracones y conductas purgativas. • Trastorno psicopatológico comórbido. • Problemas graves de comportamiento en el domicilio, conflicto en las relaciones familiares y/o psicopatología familiar que no se modifican ambulatoriamente. • Tras el alta de hospitalización completa.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="312 190 339 216">5º</p> <p data-bbox="240 237 411 302">TRATAMIENTO INTENSIVO</p> <p data-bbox="253 349 399 414">PROGRAMA DE DÍA</p>	<p data-bbox="440 190 1426 486">5.3 Tras valorar la información clínica disponible en el informe de derivación, y previa verificación de la identificación inequívoca de la persona (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA) (Δ), se asignará una cita en el plazo de 15 días y se designará al profesional facultativo responsable y enfermera referente (AG)³. En esta primera cita de acogida del o la paciente y familia se creará un espacio de escucha, se establecerá una alianza terapéutica y se valorará la motivación y expectativas del o la paciente. Se adoptará un enfoque multidisciplinar y dimensional de la enfermedad (Nivel III)².</p> <p data-bbox="440 513 1426 578">5.4 Se completarán o realizarán las siguientes evaluaciones/valoraciones, dejando constancia en la Historia de Salud (AG):</p> <ul data-bbox="496 605 1426 1855" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="496 605 1082 635">• Evaluación psicopatológica/psicológica/familiar: <ul data-bbox="517 656 1426 1483" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="517 656 1406 686">- Valoración detallada de la sintomatología nuclear de la conducta alimentaria. <li data-bbox="517 707 1426 819">- Exploración psicopatológica completa y de personalidad que permita detectar la presencia de cuadros comórbidos al TCA (ansiosos, depresivos, obsesivos, trastornos de personalidad u otros). <li data-bbox="517 840 1150 870">- Valoración de riesgo de suicidio y conducta autolesiva. <li data-bbox="517 891 1382 921">- Consumo de sustancias de abuso y tratamientos farmacológicos prescritos. <li data-bbox="517 942 831 972">- Desarrollo psicobiográfico. <li data-bbox="517 993 1426 1064">- Evaluación de la imagen corporal. Exploración de modelos de feminidad/masculinidad interiorizados e ideales y estereotipos estéticos. <li data-bbox="517 1085 1426 1156">- Valoración cognitiva: memoria a corto plazo, flexibilidad cognitiva, concentración y atención. <li data-bbox="517 1177 1426 1289">- Composición del núcleo familiar (historia familiar, calidad de las relaciones, respuesta ante la enfermedad, grado de conocimiento de la misma e intentos de solución previos). <li data-bbox="517 1310 1214 1340">- Factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores. <li data-bbox="517 1361 1426 1432">- Valoración del impacto de la conducta alimentaria en el contexto familiar, académico, laboral y social. <li data-bbox="517 1453 1358 1483">- Valoración de tratamientos previos realizados y respuestas a los mismos. <li data-bbox="496 1504 1426 1667">• Evaluación psicométrica del o la paciente: en función de los aspectos que precisen ser explorados (problema alimentario, personalidad previa o detección de otra patología asociada). Se recomienda la utilización de los siguientes cuestionarios (AG)³: <ul data-bbox="517 1688 1426 1855" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="517 1688 1426 1759">- Conducta alimentaria: EDI, S-EDE-Q, EAT-40 y ChEAT-26 (este último entre los 8 y los 13 años), BULIT, BULIT-R y BITE (los tres a partir de los 13 años). <li data-bbox="517 1780 855 1810">- Imagen corporal: BAT y BSQ. <li data-bbox="517 1831 927 1862">- Personalidad: MILLON, MMPI y PAI.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="252 190 277 220">5º</p> <p data-bbox="178 237 352 308">TRATAMIENTO INTENSIVO</p> <p data-bbox="193 349 338 421">PROGRAMA DE DÍA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Otras psicopatologías: CDI, BDI y STAI. - Test neuropsicológicos: Test de Wisconsin; Test de formación de conceptos de Kauffman-Kasani y STROOP. - Test proyectivos: Rorschach, T.A.T., CAT, Las Fábulas de Duss y Test de la figura humana. - Conciencia de enfermedad: ACTA. • Evaluación psicométrica de la familia mediante (AG)³: <ul style="list-style-type: none"> - Escala de clima social en la familia (FES). - Escala de valoración de carga familiar (ZARIT). - Escala DUKE de apoyo social. - Test de APGAR familiar. • Valoración orgánica-nutricional: <ul style="list-style-type: none"> - Información recogida sobre antecedentes familiares y personales e historia de la enfermedad. - IMC y valoración de medidas antropométricas y uso de escalas y cuestionarios si procede. - Historia nutricional detallada (encuesta alimentaria, hábitos alimentarios, conductas purgativas). - Historia menstrual, valoración de la función sexual, reproductora y uso de anticonceptivos orales. - Se actualizará la exploración física (piel, mucosa, cardiaca, abdominal, MMII). - Valorar las pruebas complementarias realizadas, o en su caso, solicitarlas si no se han realizado previamente, teniendo en cuenta que: <ul style="list-style-type: none"> • Si existe amenorrea, se solicitará un perfil hormonal completo (LH, FSH, estradiol, TSH, T4L, prolactina, testosterona total, dihidroepiandrosterona sulfato). • Si sospecha de repercusión orgánica severa: densitometría, calorimetría, RM. • Valoración de Enfermería: se realizará una valoración integral y un plan de cuidados que se consensuará con el equipo para la distribución de tareas, mediante: <ul style="list-style-type: none"> - Valoración de hábitos de salud en relación con: alimentación, sueño, actividad física, actividad laboral y cognitiva, relación familiar y social y funcionamiento relacional, hábitos de consumo de tabaco, alcohol, tóxicos. - Valoración de necesidades de cuidados específicas de: alimentación, y riesgo de desequilibrio nutricional, imagen corporal/autovaloración, conciencia de enfermedad, afrontamiento individual y familiar.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="312 190 341 220">5º</p> <p data-bbox="240 237 411 308">TRATAMIENTO INTENSIVO</p> <p data-bbox="253 353 399 425">PROGRAMA DE DÍA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="496 190 1420 394">• Evaluación social: en infancia, adolescencia y personas adultas con AN o BN en los que se detecte déficit o estancamiento del ajuste familiar/social/académico/ocupacional/laboral se realizará una evaluación y diagnóstico de la situación social, incluyendo visita domiciliaria si se precisa valorar las condiciones de la vivienda. <p data-bbox="440 425 1420 568">5.5 Finalizado el proceso de evaluación se consensuará por el equipo multidisciplinar el tratamiento a seguir, reformulándose el Plan Individualizado de Tratamiento (PIT) teniendo en cuenta la motivación y expectativas de la persona. Éste se registrará en la historia clínica y debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="496 598 1203 629">• Definición del problema según diagnóstico y áreas afectadas. <li data-bbox="496 649 1015 680">• Dispositivos y profesionales que intervienen. <li data-bbox="496 701 951 731">• Formulación de objetivos terapéuticos. <li data-bbox="496 752 1420 823">• Elección del tratamiento (terapias psicológicas, tratamiento farmacológico, intervenciones de cuidados e intervenciones sociales). <li data-bbox="496 844 999 874">• Planificación de la dieta y objetivo de peso. <li data-bbox="496 895 1420 1007">• Configuración de grupos psicoeducativos para el manejo de hábitos: alimentación, adaptación de la actividad física, modificación de hábitos nocivos y gestión emocional. <li data-bbox="496 1028 1420 1099">• Configuración de grupos de autoayuda y apoyo al paciente y familia: información y puesta en contacto con estos grupos. <li data-bbox="496 1120 1420 1191">• Búsqueda de recursos sociales necesarios para una mejor adaptación académica, social, laboral y ocupacional. <li data-bbox="496 1212 751 1242">• Tiempo de ejecución. <li data-bbox="496 1263 1345 1293">• Plazos para la evaluación y/o reformulación del mismo, en caso necesario. <li data-bbox="496 1314 1420 1385">• Necesidad de coordinación internivel (espacio de colaboración AP-SM) e intersectorial (Educación, Servicios Sociales). <li data-bbox="496 1406 1420 1518">• Se acordarán espacios de coordinación al menos mensualmente entre los distintos profesionales con implicación en el tratamiento (Salud Mental, Endocrinología, Medicina Interna, Pediatría). <p data-bbox="440 1549 1420 1702">5.6 (i) Se informará al o la paciente y familia/representante legal, previo consentimiento del primero/a, del nuevo PIT (técnicas que se van a utilizar, tiempo estimado, profesionales que van a intervenir, necesidad de implicación familiar y en caso de que proceda, de las normas de funcionamiento del HDSM/USMI-J).</p> <p data-bbox="440 1723 1420 1835">5.7 (bc) Se comprobará que la información facilitada al paciente, familia/representante legal ha sido comprendida y acordada. Se recomienda formalizar un contrato terapéutico tanto por parte del o la paciente como de su familia.</p>



Actividades	Características de calidad
<p>5^º</p> <p>TRATAMIENTO INTENSIVO</p> <p>PROGRAMA DE DÍA</p>	<p>5.8 Se aplicará el PIT definido, priorizando las líneas de intervención en función del diagnóstico y objetivos establecidos.</p> <p>5.9 Se realizará informe de seguimiento completo donde se reflejarán las actividades realizadas, tratamientos propuestos y aceptados conjuntamente con la persona implicada, asegurando la continuidad asistencial entre el equipo multidisciplinar.  (AG).</p> <p>5.10 TRATAMIENTO PARA LA ANOREXIA NERVIOSA:</p> <p>El tratamiento recomendado para la AN es la rehabilitación nutricional y la psicoterapia (<i>Recomendación NICE</i>)¹. Los objetivos del mismo se dirigen a intervenir sobre la desnutrición, el patrón de alimentación anómalo, los aspectos personales (emocionales y cognitivos), sociofamiliares y ambientales implicados.</p> <p>5.10.1 Intervención orgánico-nutricional: En el tratamiento de la AN, ayudar a alcanzar un peso corporal saludable para la edad es un objetivo y fundamental para apoyar cambios psicológicos y físicos necesarios para la mejora o recuperación (<i>Recomendación NICE</i>)¹.</p> <p>5.10.1.1 Consejo nutricional: debe formar parte del tratamiento multidisciplinar (<i>Recomendación NICE</i>)¹ y con el objetivo principal de modificar lo que come el o la paciente, así como aquellos hábitos y actitudes alimentarias erróneas. En el caso de niños, niñas y jóvenes se hará extensivo a familia o cuidadores para ayudarle a satisfacer sus necesidades nutricionales de crecimiento y desarrollo (<i>Recomendación NICE</i>)¹.</p> <p>5.10.1.2 Tratamiento nutricional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento para resolver la situación teniendo en cuenta las necesidades individuales, especialmente en niños, niñas y adolescentes. En algunos casos y en etapa de recuperación de peso corporal se valorará la administración de suplementos vitamínicos y minerales por vía oral apropiados para la edad hasta que la dieta del o la paciente incluya lo suficiente para cumplir con sus valores de referencia dietéticos (<i>Recomendación NICE</i>)¹. - Respecto a la realimentación, se informarán y marcarán las directrices del comportamiento a seguir en relación a la ingesta de acuerdo a las pautas de una alimentación saludable. - Es importante un adecuado control físico durante la realimentación (<i>Recomendación NICE</i>)^{1,3}. - En el caso de una desnutrición significativa: 

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="312 190 339 216">5º</p> <p data-bbox="240 237 411 304">TRATAMIENTO INTENSIVO</p> <p data-bbox="253 353 399 421">PROGRAMA DE DÍA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se marcará el procedimiento operativo estándar para realimentación que haga hincapié en la necesidad de evitar la subnutrición y el síndrome de realimentación (<i>Recomendación NICE</i>)¹. • Se realizará un seguimiento estrecho para detectar y manejar los síntomas del síndrome de realimentación (<i>Recomendación NICE</i>)¹. <p data-bbox="660 457 1420 652">- El soporte nutricional para pacientes con bajo peso para los cuales la dieta oral sea insuficiente puede suplementarse con nutrición artificial (tipo nutrición enteral oral) aportando una energía suplementaria que oscila entre 300 y 1.000 kcal/día (<i>Recomendación NICE</i>)^{1,3}.</p> <p data-bbox="660 672 1420 748">- Al alta de la hospitalización se valorará e intervendrá con medidas terapéuticas, si existe (<i>AG</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de aportes nutricionales adecuados, considerando la indicación de suplementos nutricionales. • Anemia, considerando el aporte de hierro por vía oral. • Déficit de ingesta, recomendando calcio y vitamina D (500 a 1000 mg de calcio y 400 a 800 UI de vitamina D al día). • En caso de amenorrea no indicar terapia hormonal sustitutiva de forma sistemática (<i>AG</i>)²¹. <p data-bbox="493 1089 916 1122">5.10.2 Tratamiento psicoterapéutico.</p> <p data-bbox="568 1146 895 1179">5.10.2.1 Aspectos generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda trabajar la motivación y la adherencia al tratamiento como paso previo a la indicación del tratamiento. - En el tratamiento intensivo, la psicoterapia se centra en el análisis actual del problema e intervención sobre las variables relacionadas con su mantenimiento con el objetivo de regular la alimentación, prevenir la respuesta autopurgativa, la recuperación ponderal, modificar las cogniciones y emociones asociadas a la AN, así como a normalizar las relaciones afectivas, familiares y socio-laborales favorecedoras de una mejor evolución. - La duración del tratamiento intensivo será de al menos un año, con un número de sesiones de psicoterapia entre veinte y cuarenta (recomendando sesiones semanales al inicio del tratamiento y en la fase final incluir modulo prevención de recaídas) (<i>AG</i>)¹.




Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="247 188 279 220">5^º</p> <p data-bbox="178 235 351 306">TRATAMIENTO INTENSIVO</p> <p data-bbox="191 347 335 419">PROGRAMA DE DÍA</p>	<p data-bbox="507 188 1359 265">5.10.2.2 Para personas adultas con AN, se recomiendan las siguientes intervenciones:</p> <ul data-bbox="598 286 1359 1052" style="list-style-type: none"> - Psicoterapia cognitivo-conductual individual focalizada en el trastorno alimentario (TCC-TCA) (<i>Recomendación NICE</i>)¹. - Psicoterapia basada en el modelo Maudsley para Adultos con Anorexia Nerviosa (<i>Recomendación NICE</i>)¹. - Psicoterapia psicodinámica focal centrada en el trastorno alimentario para personas adultas con AN (<i>Recomendación NICE</i>)¹. - En personas con AN en hospitalización parcial (HDSM-USMI-J) conviene no utilizar programas de modificación de conducta excesivamente rígidos (<i>AG</i>)³. - Terapia familiar en personas adultas con TCA que presentan relaciones conflictivas con sus padres, madres o con otros miembros de la familia con el objetivo de reestructurar el funcionamiento familiar y favorecer cambios internos del sistema (<i>AG</i>)³. - Intervenciones de apoyo y orientación a familiares y cuidadores de una persona con un TCA que no están involucrados en la terapia familiar (<i>Recomendación NICE</i>)¹. - Psicoterapia grupal. <p data-bbox="507 1073 1359 1154">5.10.2.3 Para infancia y adolescencia con AN, se recomiendan las siguientes intervenciones:</p> <ul data-bbox="598 1175 1359 1798" style="list-style-type: none"> - Para niños, niñas y adolescentes con AN, la terapia familiar se considerará como primera opción de intervención psicológica (<i>Nivel I</i>)² (<i>Recomendación NICE</i>)¹. - En caso de jóvenes, considerar la terapia familiar en formato de terapia única o multifamiliar (<i>Recomendación NICE</i>)¹. - Considerar la posibilidad de dar a niños, niñas y jóvenes con AN citas adicionales separadas de sus familiares o cuidadores (<i>Recomendación NICE</i>)¹. - Intervenciones de apoyo y orientación a familiares y cuidadores de niños, niñas y adolescentes con un TCA que no están involucrados en la terapia familiar (<i>Recomendación NICE</i>)¹. - Si la terapia familiar está contraindicada, no aceptada o ineficaz se considerará la terapia cognitiva-conductual focalizada en la conducta alimentaria (TCC-TCA) (<i>Recomendación NICE</i>)¹.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="312 190 341 220">5º</p> <p data-bbox="240 237 411 308">TRATAMIENTO INTENSIVO</p> <p data-bbox="253 349 399 421">PROGRAMA DE DÍA</p>	<p data-bbox="493 190 855 220">5.10.3 Intervenciones grupales:</p> <p data-bbox="568 237 895 267">5.10.3.1 Aspectos generales:</p> <ul data-bbox="660 292 1422 492" style="list-style-type: none"> - Desarrollar trabajo con grupos acotados en el tiempo y con objetivos limitados. - Elegir los grupos en función de la edad, las necesidades del o la paciente, el número de pacientes en tratamiento y el dispositivo desde donde se realiza la intervención. <p data-bbox="568 517 1422 594">5.10.3.2 Grupos psicoeducativos: Se indicará a nivel individual, familiar o grupal, acotados en el tiempo y con objetivos limitados (AG)¹:</p> <ul data-bbox="660 619 1422 993" style="list-style-type: none"> - Individual/grupal: para pacientes de primer contacto con el dispositivo, a fin de conocer los efectos de la malnutrición e inducir cambios conductuales que ayuden a normalizar las pautas alimentarias (<i>Recomendación NICE</i>)¹. - Psicoeducativos de padres con el objeto de transmitir un mayor conocimiento de la enfermedad, los efectos de la desnutrición, alimentación saludable, intercambiar experiencias, constatar estrategias y su operatividad, reducir los sentimientos de aislamiento y culpa. <p data-bbox="568 1017 1422 1263">5.10.3.3 Grupo Psicoterapéutico para TCA. Dirigido a trabajar sobre los factores mantenedores del trastorno. Orientado a pacientes que se encuentran en etapas más evolucionadas de la enfermedad, para ayudarles a desarrollar estrategias saludables y a compartir experiencias en un entorno sustentador y de apoyo que facilite la salida de su aislamiento.</p> <p data-bbox="568 1287 1422 1406">5.10.3.4 Grupo Multifamiliar dirigido a intercambiar experiencias, contrastar las estrategias y su operatividad y reducir los sentimientos de aislamiento y culpa.</p> <p data-bbox="568 1430 1422 1635">5.10.3.5 Grupos de Hospital de Día de Salud Mental/USMI-J. Inclusión en aquellos grupos que se valoren especialmente indicados para la o el paciente con TCA: grupos de relación, de manejo de ansiedad, de estructuración del tiempo, de prensa, de conocimiento del medio, de arte.</p> <p data-bbox="493 1659 1422 1880">5.10.4 Tratamiento psicofarmacológico: No existe evidencia suficiente con respecto al tratamiento farmacológico de AN. En caso de comorbilidad psicopatológica, el tratamiento farmacológico se realizará siguiendo el Proceso Asistencial Integrado que corresponda. No obstante, se recomienda demorar la prescripción de psicofármacos para el alivio de los supuestos síntomas comórbidos (ansiedad, alteraciones anímicas) hasta no tener la suficiente</p>

Actividades	Características de calidad
<p>5^º</p> <p>TRATAMIENTO INTENSIVO</p> <p>PROGRAMA DE DÍA</p>	<p>seguridad de que dichos síntomas no son derivados (consecuencia directa) del propio proceso orgánico de desnutrición.</p> <p>5.10.4.1 En los casos que se indique tratamiento psicofarmacológico se tendrá precaución con aquellos fármacos que tienen una alta afinidad por las proteínas plasmáticas y por los que prolongan el intervalo QT (como antipsicóticos y antidepresivos) .</p> <p>5.10.4.2 Se recomienda comenzar el tratamiento farmacológico a bajas dosis por el mayor riesgo de efectos secundarios debido a la desnutrición y/o conductas purgativas .</p> <p>5.10.5 Intervención social: Los y las profesionales de trabajo social intervendrán en infancia, adolescencia y en pacientes adultas con AN o BN que se detecte déficit o estancamiento del ajuste social/ocupacional/laboral.</p> <p>En niños, niñas y adolescentes con AN o BN que necesiten hospitalización parcial y una recuperación urgente del peso se tendrá en cuenta las necesidades educativas y sociales propias de su edad (<i>Recomendación NICE</i>)¹.</p> <p>5.10.6 Intervención de terapia ocupacional: En tratamiento intensivo se desarrollará un plan de terapia ocupacional, con intervenciones individuales y actividades grupales, atendiendo a las necesidades de la persona entorno a las áreas de desempeño ocupacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Automantenimiento: actividades corporales, actividades de la vida diaria, psicomotricidad e imagen personal. • Productividad: talleres ocupacionales, entrenamiento en habilidades pre-laborales, orientación vocacional, laboral y formativa. • Ocio: actividades artísticas, actividades comunitarias, grupos de desempeño de ocio. <p>5.10.7 Comedor terapéutico: La hospitalización parcial incluirá programa de comedor terapéutico: intervención centrada en los hábitos alimentarios saludables y como transición al tratamiento ambulatorio.</p> <p>5.10.8 Otras Intervenciones: No se recomendarán intervenciones como estimulación magnética transcraneal, acupuntura, EMDR (desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares) o yoga como parte del tratamiento para los TCA (<i>Recomendación NICE</i>)¹.</p> <p>5.10.9 Intervenciones de cuidados y soporte al autocuidado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación y apoyo para el manejo de hábitos de salud en relación con alimentación, sueño, hábitos nocivos (tabaco, alcohol, tóxicos...), actividad física y laboral, gestión emocional.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="309 190 336 220">5º</p> <p data-bbox="236 237 408 308">TRATAMIENTO INTENSIVO</p> <p data-bbox="252 353 392 425">PROGRAMA DE DÍA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="564 190 1426 308">• Grupos de apoyo para la mejora de la imagen corporal/autovaloración y desarrollo y mejora de la conciencia de enfermedad y su afrontamiento, relaciones familiar y social. <li data-bbox="564 333 963 363">• Coterapia en grupos terapéuticos. <p data-bbox="564 400 1426 472">5.10.9.1 Dependiendo del caso se planificarán los cuidados incluyendo las siguientes intervenciones o criterios de resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="655 506 1315 537">- 0300 Autocuidados: Actividades de la vida diaria (NOC). <li data-bbox="655 562 1123 592">- 1633 Participación en el ejercicio (NOC). <li data-bbox="655 617 932 647">- 0003 Descanso (NOC). <li data-bbox="655 672 900 703">- 0004 Sueño (NOC). <li data-bbox="655 727 1187 758">- 1602 Conducta de fomento de la salud (NOC). <li data-bbox="655 782 1027 813">- 2002 Bienestar personal (NOC). <li data-bbox="655 838 1219 868">- 1604 Participación en actividades de ocio (NOC). <li data-bbox="655 893 1075 923">- 5510 Educación para la salud (NIC). <li data-bbox="655 948 1267 979">- 5602 Enseñanza del proceso de la enfermedad (NIC). <li data-bbox="655 1003 1299 1034">- 1030 Manejo de los trastornos de la alimentación (NIC). <li data-bbox="655 1058 1107 1089">- 5246 Asesoramiento nutricional (NIC). <li data-bbox="655 1113 1075 1144">- 4420 Acuerdo con el paciente (NIC). <li data-bbox="655 1169 1155 1199">- 1460 Relajación muscular progresiva (NIC). <li data-bbox="655 1224 1123 1255">- 6040 Técnica de relajación simple (NIC). <li data-bbox="655 1279 1059 1310">- 5960 Facilitar la meditación (NIC). <li data-bbox="655 1334 1139 1365">- 5220 Mejora de la imagen corporal (NIC). <li data-bbox="655 1389 1155 1420">- 5400 Potenciación de la autoestima (NIC). <li data-bbox="655 1445 1283 1475">- 4370 Entrenamiento para controlar los impulsos (NIC). <li data-bbox="655 1500 1107 1530">- 5820 Disminución de la ansiedad (NIC). <li data-bbox="655 1555 1011 1586">- 5270 Apoyo emocional (NIC). <li data-bbox="655 1610 1091 1641">- 5230 Mejorar el afrontamiento (NIC). <li data-bbox="655 1665 995 1696">- 5430 Grupo de apoyo (NIC).



Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="248 192 277 220">5º</p> <p data-bbox="177 237 347 308">TRATAMIENTO INTENSIVO</p> <p data-bbox="189 353 335 425">PROGRAMA DE DÍA</p>	<p data-bbox="496 192 847 220">5.10.9.2 Otras intervenciones:</p> <ul data-bbox="595 247 1359 339" style="list-style-type: none"> - Observación y registro de comportamiento individual y relacional. - Supervisión del comedor terapéutico. <p data-bbox="427 369 687 398">5.10.10 Se considerará:</p> <ul data-bbox="512 425 1359 741" style="list-style-type: none"> • No indicar medicación como único tratamiento para la AN (<i>Recomendación NICE</i>)^{1,3}. • Si existe abuso de sustancias que interfieran con el tratamiento de la AN valorar tratamiento conjunto con centro de adicciones (<i>Recomendación NICE</i>)¹. • En caso de diabetes o embarazo se reforzará la coordinación con referentes de cada especialidad (endocrino, obstetra, matrona). <p data-bbox="373 762 943 791">5.11 TRATAMIENTO PARA LA BULIMIA NERVIOSA:</p> <p data-bbox="427 823 1359 936">Los objetivos del tratamiento de los TCA se dirigen a intervenir sobre el patrón de alimentación anómalo, las conductas bulímicas y compensatorias, los aspectos personales (emocionales y cognitivos), sociofamiliares y ambientales implicados.</p> <p data-bbox="427 962 922 991">5.11.1 Intervenciones orgánico-nutricional:</p> <p data-bbox="496 1024 1359 1402">5.11.1.1 Consejo nutricional y de higiene dental: Debe formar parte del tratamiento multidisciplinar (<i>Recomendación NICE</i>)¹ y con el objetivo principal de modificar los episodios de ingesta compulsiva de la persona con BN, así como aquellos hábitos compensatorios (vómitos, ayunos, ejercicio compulsivo, ingesta de fármacos o laxantes y actitudes alimentarias erróneas. En el caso de niños, niñas y jóvenes se hará extensivo a familia o cuidadores para ayudarle a satisfacer sus necesidades nutricionales de crecimiento y desarrollo (<i>Recomendación NICE</i>)¹:</p> <ul data-bbox="595 1428 1359 1827" style="list-style-type: none"> - En caso de abuso de laxantes, se indicará cómo reducir y suspender su consumo, que se realizará de forma gradual, e informar de que el uso de laxantes no reduce la absorción de nutrientes. - Si se detecta desequilibrio electrolítico, en la mayoría de los casos es suficiente eliminar la conducta que lo produjo. - Si vomita habitualmente se deberá realizar revisiones dentarias regulares y recibir consejos sobre su higiene dental (entre ellos se recomienda no cepillarse los dientes después de vomitar) (<i>Recomendación NICE</i>)¹. 

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="309 190 336 220">5º</p> <p data-bbox="236 237 408 308">TRATAMIENTO INTENSIVO</p> <p data-bbox="252 353 392 425">PROGRAMA DE DÍA</p>	<p data-bbox="555 190 1426 267">5.11.1.2 Tratamiento nutricional: al alta de la hospitalización se valorará e intervendrá con medidas terapéuticas, si existe (AG):</p> <ul data-bbox="655 292 1426 605" style="list-style-type: none"> - Necesidad de aportes nutricionales adecuados, considerando la indicación de suplementos nutricionales. - Anemia, considerando el aporte de hierro por vía oral. - Déficit de ingesta, recomendando calcio y vitamina D (500 a 1000 mg de calcio y 400 a 800 UI de vitamina D al día). - En caso de amenorrea no indicar terapia hormonal sustitutiva de forma sistemática (AG)²¹. <p data-bbox="488 625 911 656">5.11.2 Tratamiento psicoterapéutico:</p> <p data-bbox="563 680 887 711">5.11.2.1 Aspectos generales:</p> <ul data-bbox="655 731 1426 1222" style="list-style-type: none"> - Se recomienda trabajar la motivación y la adherencia al tratamiento como paso previo a la indicación del tratamiento. - En el tratamiento intensivo, la psicoterapia se centra en el análisis actual del problema e intervención sobre las variables relacionadas con su mantenimiento con el objetivo de regular la alimentación, prevenir la respuesta autopurgativa, la recuperación ponderal, modificar las cogniciones y emociones asociadas a la AN, así como a normalizar las relaciones afectivas, familiares y socio-laborales favorecedoras de una mejor evolución. - La duración del tratamiento intensivo será de al menos un año, con un número de sesiones de psicoterapia entre veinte y cuarenta. <p data-bbox="563 1242 1426 1320">5.11.2.2 Para personas adultas se recomiendan las siguientes intervenciones:</p> <ul data-bbox="655 1340 1426 1845" style="list-style-type: none"> - Autoayuda guiada centrada en BN para personas adultas con BN (<i>Recomendación NICE</i>)^{1,3}. - Si la autoayuda guiada enfocada en BN es ineficaz se indicará terapia cognitivo-conductual individual enfocada en el trastorno alimentario (TCC-TCA) (<i>Recomendación NICE</i>)¹. - Cuando las personas con BN no han respondido o rechazan la TCC, se considerará la aplicación de otros tratamientos psicológicos como la psicoterapia, la psicoterapia dinámica u otro tratamiento psicológico adaptado al TCA (<i>Recomendación NICE</i>)¹. - Terapia familiar en personas adultas con TCA que presentan relaciones conflictivas con sus padres, madres o con otros miembros


Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="248 190 277 220">5^e</p> <p data-bbox="177 237 347 308">TRATAMIENTO INTENSIVO</p> <p data-bbox="193 353 331 425">PROGRAMA DE DÍA</p>	<p data-bbox="616 190 1359 302">de la familia con el objetivo de reestructurar el funcionamiento familiar y favorecer cambios internos del sistema (<i>Recomendación NICE</i>)^{1,3}.</p> <ul data-bbox="596 322 1359 578" style="list-style-type: none"> - Intervenciones de apoyo y orientación a familiares y cuidadores de una persona con un TCA que no están involucrados en la terapia familiar (<i>Recomendación NICE</i>)¹. - En personas con BN en hospitalización parcial (HDSM-USMI-J) no es conveniente utilizar programas de modificación de conducta excesivamente rígidos³. <p data-bbox="504 598 1359 680">5.11.2.3 Para infancia y adolescencia se recomiendan las siguientes intervenciones:</p> <ul data-bbox="596 701 1359 1283" style="list-style-type: none"> - En infancia y adolescencia con BN la terapia familiar se considerará como primera opción de intervención psicológica (<i>Nivel I</i>)² (<i>Recomendación NICE</i>)¹ - En infancia y adolescencia valorar el combinar el tratamiento familiar con entrevistas individuales. - Si la terapia familiar es ineficaz, se indicará autoayuda guiada para la BN para los y las jóvenes con BN (<i>Recomendación NICE</i>)¹. - Los y las adolescentes con BN se pueden tratar con TCC-BN adaptada a su edad, circunstancias y nivel de desarrollo e incluir a la familia si es apropiado. - Intervenciones de apoyo y orientación a familiares y cuidadores de niños, niñas y adolescentes con TCA que no están involucrados en la terapia familiar (<i>Recomendación NICE</i>)¹. <p data-bbox="427 1304 791 1334">5.11.3 Intervenciones grupales:</p> <p data-bbox="504 1355 831 1385">5.11.3.1 Aspectos generales:</p> <ul data-bbox="596 1416 1359 1641" style="list-style-type: none"> - Desarrollar trabajo con grupos acotados en el tiempo y con objetivos limitados. - Elegir los grupos en función de la edad, las necesidades del o la paciente, el número de pacientes en tratamiento y el dispositivo desde donde se realiza la intervención. <p data-bbox="504 1661 1359 1743">5.11.3.2 Grupos psicoeducativos: Se indicará a nivel individual, familiar o grupal, acotados en el tiempo y con objetivos limitados (<i>AG</i>)¹:</p>



Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="309 186 336 216">5º</p> <p data-bbox="237 233 408 302">TRATAMIENTO INTENSIVO</p> <p data-bbox="252 349 394 419">PROGRAMA DE DÍA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="655 186 1418 349">- Individual/grupal: para pacientes de primer contacto con el dispositivo, a fin de conocer los efectos de la malnutrición e inducir cambios conductuales que ayuden a normalizar las pautas alimentarias (<i>Recomendación NICE</i>)¹. <li data-bbox="655 363 1418 568">- Psicoeducativos de padres con el objeto de transmitir un mayor conocimiento de la enfermedad, los efectos de la desnutrición, alimentación saludable, intercambiar experiencias, constatar estrategias y su operatividad, reducir los sentimientos de aislamiento y culpa. <p data-bbox="564 588 1418 833">5.11.3.3 Grupo Psicoterapéutico para TCA. Dirigido a trabajar sobre los factores mantenedores del trastorno. Orientado a pacientes que se encuentran en etapas más evolucionadas de la enfermedad, para ayudarles a desarrollar estrategias saludables y a compartir experiencias en un entorno sustentador y de apoyo que facilite la salida de su aislamiento.</p> <p data-bbox="564 860 1418 977">5.11.3.4 Grupo Multifamiliar dirigido a intercambiar experiencias, contrastar las estrategias y su operatividad y reducir los sentimientos de aislamiento y culpa.</p> <p data-bbox="564 1003 1418 1208">5.11.3.5 Grupos de Hospital de Día de Salud Mental/USMI-J. Inclusión en aquellos grupos que se valoren especialmente indicados para la o el paciente con TCA: grupos de relación, de manejo de ansiedad, de estructuración del tiempo, de prensa, de conocimiento del medio, de arte, psicoterapéuticos.</p> <p data-bbox="488 1234 1418 1344">5.11.4 Tratamiento psicofarmacológico: en la bulimia nerviosa la farmacoterapia es eficaz y debe incluirse en el abordaje inicial junto a la rehabilitación nutricional y la psicoterapia.</p> <p data-bbox="564 1371 1418 1698">5.11.4.1 Antidepresivos: cuando hay síntomas acompañantes depresivos, síntomas leves de descontrol de impulsos y vómitos autoinducidos. La fluoxetina es el fármaco más indicado (<i>Nivel I</i>)², con una dosis objetivo de 60 mg/día, pudiéndose comenzar con 20 mg/día e ir escalando mensualmente si no hay respuesta. La duración del tratamiento debe ser estándar (6-12 meses). Si no hay una respuesta satisfactoria en un plazo de 4-8 semanas, una vez alcanzada dosis máxima, se planteará reemplazarlo por otro. Se debe considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="655 1725 1418 1800">- Los ISRS son preferibles a los antidepresivos tricíclicos por ser más seguros.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="248 190 277 220">5^e</p> <p data-bbox="177 237 347 308">TRATAMIENTO INTENSIVO</p> <p data-bbox="189 349 335 421">PROGRAMA DE DÍA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="596 190 1359 267">- Los ISRS como la paroxetina y el citalopram (sobre todo la primera) se asocia a mayor aumento de peso que la fluoxetina. <li data-bbox="596 282 1359 359">- Se recomienda el uso con precaución de ISRS en adolescentes por el aumento del riesgo de suicidio. <li data-bbox="596 374 1075 410">- El bupropión está contraindicado en BN. <li data-bbox="596 425 1359 543">- El tratamiento de mantenimiento (6-12 meses) previene las recaídas. Su interrupción prematura suele asociarse a una baja tolerabilidad. <p data-bbox="504 558 1359 723">5.11.4.2 Anticomiciales, sobretudo topiramato (<i>Nivel II</i>)², por su efecto sobre la impulsividad, fundamentalmente en las bulimias con síntomas multi-impulsos, robos, consumo de alcohol y tóxicos, conductas agresivas y antisociales.</p> <p data-bbox="504 737 1359 858">5.11.4.3 En caso de comorbilidad psicopatológica, el tratamiento farmacológico se realizará siguiendo el Proceso Asistencial Integrado que corresponda.</p> <p data-bbox="427 885 1359 1111">5.11.5 Intervención social: Los y las profesionales de trabajo social intervendrán en infancia, adolescencia y en pacientes adultas con AN o BN que se detecte déficit o estancamiento del ajuste social/ocupacional/laboral. En niños, niñas y adolescentes con AN o BN que necesiten hospitalización parcial y una recuperación urgente del peso se tendrá en cuenta las necesidades educativas y sociales propias de su edad (<i>Recomendación NICE</i>)¹.</p> <p data-bbox="427 1138 1359 1289">5.11.6 Intervención de terapia ocupacional: En tratamiento intensivo se desarrollará un plan de terapia ocupacional, con intervenciones individuales y actividades grupales, atendiendo a las necesidades de la persona entorno a las áreas de desempeño ocupacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="512 1316 1359 1394">• Automantenimiento: actividades corporales, actividades de la vida diaria, psicomotricidad e imagen personal. <li data-bbox="512 1408 1359 1485">• Productividad: talleres ocupacionales, entrenamiento en habilidades pre-laborales, orientación vocacional, laboral y formativa. <li data-bbox="512 1500 1359 1577">• Ocio: actividades artísticas, actividades comunitarias, grupos de desempeño de ocio. <p data-bbox="427 1604 1359 1725">5.11.7 Comedor terapéutico: La hospitalización parcial incluirá programa de comedor terapéutico: intervención centrada en los hábitos alimentarios saludables y como transición al tratamiento ambulatorio.</p> <p data-bbox="427 1739 1359 1819">5.11.8 Otras Intervenciones: no se recomendarán intervenciones como estimulación magnética transcraneal, acupuntura, EMDR (desensibilización y repro-</p>

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="309 190 336 220">5º</p> <p data-bbox="236 235 408 306">TRATAMIENTO INTENSIVO</p> <p data-bbox="252 349 392 421">PROGRAMA DE DÍA</p>	<p data-bbox="587 190 1426 261">cesamiento por movimientos oculares) o yoga como parte del tratamiento para los TCA (<i>Recomendación NICE</i>)¹.</p> <p data-bbox="488 282 1182 312">5.11.9 Intervenciones de cuidados y soporte al autocuidado.</p> <ul data-bbox="564 333 1426 629" style="list-style-type: none"> • Educación y apoyo para el manejo de hábitos de salud en relación a alimentación, sueño, hábitos nocivos (tabaco, alcohol, tóxicos...), actividad física y laboral, gestión emocional. • Grupos de apoyo para la mejora de la imagen corporal/autovaloración y desarrollo y mejora de la conciencia de enfermedad y su afrontamiento, relaciones familiar y social. • Coterapia en grupos terapéuticos. <p data-bbox="564 649 1426 721">5.11.9.1 Dependiendo del caso se planificarán los cuidados incluyendo las siguientes intervenciones o criterios de resultados:</p> <ul data-bbox="655 752 1315 1845" style="list-style-type: none"> - 0300 Autocuidados: Actividades de la vida diaria (NOC). - 1633 Participación en el ejercicio (NOC). - 0003 Descanso (NOC). - 0004 Sueño (NOC). - 1602 Conducta de fomento de la salud (NOC). - 2002 Bienestar personal (NOC). - 1604 Participación en actividades de ocio (NOC). - 5510 Educación para la salud (NIC). - 5602 Enseñanza del proceso de la enfermedad (NIC). - 1030 Manejo de los trastornos de la alimentación (NIC). - 5246 Asesoramiento nutricional (NIC). - 4420 Acuerdo con el paciente (NIC). - 1460 Relajación muscular progresiva (NIC). - 6040 Técnica de relajación simple (NIC). - 5960 Facilitar la meditación (NIC). - 5220 Mejora de la imagen corporal (NIC). - 5400 Potenciación de la autoestima (NIC). - 4370 Entrenamiento para controlar los impulsos (NIC). - 5820 Disminución de la ansiedad (NIC). - 5270 Apoyo emocional (NIC). - 5230 Mejorar el afrontamiento (NIC). - 5430 Grupo de apoyo (NIC).

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="252 190 276 220">5^e</p> <p data-bbox="177 237 347 308">TRATAMIENTO INTENSIVO</p> <p data-bbox="189 349 335 421">PROGRAMA DE DÍA</p>	<p data-bbox="504 190 834 220">5.11.9.2 Otras intervenciones:</p> <ul data-bbox="596 237 1359 322" style="list-style-type: none"> - Observación y registro de comportamiento individual y relacional. - Supervisión del comedor terapéutico. <p data-bbox="376 343 600 374">5.12 Se considerará:</p> <ul data-bbox="432 400 1359 701" style="list-style-type: none"> • No indicar medicación como único tratamiento para la BN (<i>Recomendación NICE</i>)¹. • Si existe abuso de sustancias que interfieran con el tratamiento de la BN,  valorar tratamiento conjunto con salud mental y centro de adicciones (<i>Recomendación NICE</i>)¹. • En caso de diabetes o embarazo se reforzará la coordinación con referentes de cada especialidad (endocrino, obstetra, matrona). <p data-bbox="376 721 1359 870">5.13 Habilitar espacios de coordinación entre los distintos profesionales con implicación en el tratamiento (Endocrinología, Salud Mental, Medicina Interna, Pediatría) con al menos una periodicidad mensual. Se asegurará la coordinación entre profesionales de los distintos servicios cuando (<i>Recomendación NICE</i>)¹:</p> <ul data-bbox="432 897 1359 1156" style="list-style-type: none"> • Una persona joven se traslade de USMI-J/USMC a otra Área Hospitalaria diferente. • Están involucrados más de un servicio (pacientes hospitalizados y ambulatorios, o cuando una comorbilidad está siendo tratada en otro servicio, como en diabetes o en caso de embarazo). • Pacientes estudiantes universitarios que necesitan atención en distintos lugares en diferentes momentos del año. <p data-bbox="376 1177 1359 1208">5.14 Se establecerá una evaluación continuada del proceso del tratamiento intensivo³:</p> <ul data-bbox="432 1234 1359 1453" style="list-style-type: none"> • Dentro del mes siguiente a la admisión, revisar con el equipo de referencia, el o la paciente y su familia si la atención intensiva debe continuar, descender a un entorno menos intensivo o detenerse (<i>Recomendación NICE</i>)¹. • En función de la evaluación continuada se plantearán las directrices a seguir, entre ellas si es necesario recurrir a la hospitalización completa. <p data-bbox="376 1473 1254 1504">5.15 Se considerará finalizado el tratamiento intensivo en los siguientes casos:</p> <ul data-bbox="432 1530 1359 1831" style="list-style-type: none"> • Por evolución favorable cumpliendo los siguientes criterios (<i>AG</i>)³: <ul data-bbox="451 1582 1359 1831" style="list-style-type: none"> - Recuperación y/o mantenimiento del peso según PIT. Sin embargo, alcanzar un peso saludable no debe utilizarse como único criterio para el alta de personas con trastornos alimentarios (<i>Recomendación NICE</i>)¹. - Mejora del patrón de ingesta y de las conductas compensatorias (si las hubiera). - Mejora de los conflictos familiares y del funcionamiento general que permitan el tratamiento de menor intensidad.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="309 190 336 216">5^o</p> <p data-bbox="236 235 408 302">TRATAMIENTO INTENSIVO</p> <p data-bbox="252 349 392 416">PROGRAMA DE DÍA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="488 190 1417 298">• Por abandono voluntario o por incumplimiento del contrato terapéutico. En el caso de que no exista riesgo vital ni criterios de ingreso para la hospitalización completa, se informará a la Unidad de Salud Mental Comunitaria. <p data-bbox="432 318 1417 543">5.16 Si a pesar del tratamiento intensivo, aparece un agravamiento del estado orgánico y/o difícil manejo en USMC/USMI-J/HDSM se indicará hospitalización completa. En caso de negativa y en función de la edad y del estado clínico y psicopatológico en el que se encuentre el o la paciente, se valorará solicitar autorización judicial, para un ingreso no voluntario. En caso de menores de edad será necesaria la autorización de los padres y del juez y autorización judicial en mayores de edad²⁴.</p> <p data-bbox="432 564 1417 788">5.17 El informe de alta del tratamiento intensivo/USMC/USMI-J/HDSM debe incluir: motivo de ingreso, estado clínico que motivó el ingreso, antecedentes personales y familiares más significativos, objetivos del ingreso, el plan de tratamiento aplicado, la evolución del o la paciente durante el tratamiento, actitud y cumplimiento de indicaciones terapéuticas, recomendaciones y cita con otros profesionales de la red que garantice la continuidad de cuidados.</p> <p data-bbox="432 809 1417 993">5.18 En caso de que el tratamiento intensivo se haya realizado en la USMC, se derivará a Atención Primaria con el correspondiente informe de alta junto con el de Endocrinología /MI/Pediatría, en el que se establecerá un plan de seguimiento en el espacio de colaboración AP-SM. Si se ha llevado a cabo en USMI-J/HDSM se derivará a la USMC de procedencia (AG).</p> <p data-bbox="432 1013 1417 1126">5.19 Se comunicará al o la paciente y a la familia/representante legal de su evolución tras el tratamiento intensivo, dándole las recomendaciones oportunas y entrega del informe de alta.</p>

PROFESIONALES DE SALUD MENTAL (PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA CLÍNICA, ENFERMERÍA, TERAPIA OCUPACIONAL, TRABAJO SOCIAL) Y ENDOCRINOLOGÍA/MEDICINA INTERNA/PEDIATRÍA

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">6º</p> <p>HOSPITALIZACIÓN COMPLETA</p>	<p>6.1 Si la situación clínica de la persona con AN o BN lo requiere, y cumple los siguientes criterios, se decidirá la idoneidad de ingreso hospitalario, procurando, en la medida de lo posible, que éste se realice de forma programada y en la unidad de hospitalización que garantice la especificidad de intervenciones para pacientes con TCA, en función a la situación clínica y edad del o la paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterios somáticos: <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso superior al 25% con respecto al previo en menos de 6 meses o al 10% en 1 mes. - Frecuencia cardiaca < 50 spm o TA < 90/60 mmHg o 80/50 en niños, niñas y/o síntomas derivados. - Temperatura < de 36,1 °C. - Potasio < 3 mEq/l o Sodio < 130 mg/dl y/o alteraciones en EKG. - Hipoproteinemia severa y/o edemas en miembros inferiores. - Deshidratación. - Hipoglucemia persistente y/o hipertransaminasemia. - Abuso de laxantes y uso de diuréticos que comprometan el estado de salud. - Hematemesis y rectorragia. - Afectación orgánica hepática, renal o cardiovascular que requieran tratamiento agudo. • Criterios psíquicos: <ul style="list-style-type: none"> - Comorbilidad psicopatológica grave que justifique la hospitalización al margen de la alteración de la conducta alimentaria. - Dificultades de diagnóstico diferencial. - Ideación-conducta autolítica directa o indirecta. - Riesgo de autolesiones severas. - Conocimiento de presencia de estresores o del peso previo a recaídas anteriores y que es señal o señales de declive rápido. - Concurrencia grave de abuso de alcohol y drogas. - Síntomas conductuales: rápida o persistente disminución de la ingesta ali-

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="236 190 456 302">6º HOSPITALIZACIÓN COMPLETA</p>	<p data-bbox="576 190 1318 220">mentaria y del peso a pesar de que esté en tratamiento intensivo.</p> <ul data-bbox="557 247 1422 421" style="list-style-type: none"> - Presencia de factores estresantes adicionales que interfieran gravemente con la capacidad de comer del o la paciente. - Muy escasa disposición hacia el tratamiento, negativa absoluta a comer, cooperación con el tratamiento solo en un ambiente estructurado. <ul data-bbox="536 451 1422 956" style="list-style-type: none"> • Criterios socio-familiares: <ul data-bbox="557 506 1422 680" style="list-style-type: none"> - Conflicto familiar severo que impida la posibilidad de aplicar las normas terapéuticas prescritas a domicilio. - Ausencia de familia o de un sistema de apoyo adecuado de modo que no sea posible proporcionarle un tratamiento estructurado en casa. • Otros criterios: <ul data-bbox="557 764 1422 956" style="list-style-type: none"> - Negativa absoluta a comer o imposibilidad de control de conductas bulímicas. - Embarazo de alto riesgo. - AN o BN con diabetes descompensada. <p data-bbox="480 983 842 1013">6.2 Aspectos a tener en cuenta:</p> <ul data-bbox="536 1044 1422 1218" style="list-style-type: none"> • Considerar la importancia del trabajo coordinado con el equipo multidisciplinar para no realizar intervenciones inconexas (AG)³. • Establecer coordinación con el dispositivo de salud mental donde sigue tratamiento ambulatorio para establecer la continuidad terapéutica (AG)³. <p data-bbox="480 1248 1422 1361">6.3 Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA) (Δ), registrando y/o verificando los datos administrativos actualizados en su Historia de Salud.</p> <p data-bbox="480 1391 1422 1463">6.4 Se completarán o realizarán las siguientes evaluaciones/valoraciones, dejando constancia en la Historia de Salud (AG):</p> <ul data-bbox="536 1494 1422 1821" style="list-style-type: none"> • Evaluación Psicopatológica/Psicológica/Familiar: <ul data-bbox="557 1549 1422 1821" style="list-style-type: none"> - Valoración detallada de la sintomatología nuclear de la conducta alimentaria. - Exploración psicopatológica completa y de personalidad que permita detectar la presencia de cuadros comórbidos al TCA (ansiosos, depresivos, obsesivos, trastornos de personalidad u otros). - Valoración de riesgo de suicidio y conducta autolesiva.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="177 192 403 308">6º HOSPITALIZACIÓN COMPLETA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de sustancias de abuso y tratamientos farmacológicos prescritos. - Desarrollo psicobiográfico. - Evaluación de la imagen corporal. Exploración de modelos de feminidad/masculinidad interiorizados e ideales y estereotipos estéticos. - Valoración cognitiva: memoria a corto plazo, flexibilidad cognitiva, concentración y atención. - Composición del núcleo familiar (historia familiar, calidad de las relaciones, respuesta ante la enfermedad, grado de conocimiento de la misma e intentos de solución previos). - Factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores. - Valoración del impacto de la conducta alimentaria en el contexto familiar, académico, laboral y social (<i>Recomendación NICE</i>)¹. - Valoración de tratamientos previos realizados y respuestas a los mismos. • Evaluación Psicométrica del o la paciente: en función de los aspectos que precisen ser explorados (problema alimentario, personalidad previa o detección de otra patología asociada). Se recomienda la utilización de los siguientes cuestionarios (<i>AG</i>)³: <ul style="list-style-type: none"> - Conducta alimentaria: EDI, S-EDE-Q, EAT-40, y ChEAT-26 (este último entre los 8 y los 13 años), BULIT, BULIT-R y BITE (los tres a partir de los 13 años). - Imagen corporal: BAT y BSQ. - Personalidad: MILLON, MMPI y PAI. - Otras psicopatologías: CDI, BDI y STAI. - Test neuropsicológicos: Test de Wisconsin, Test de formación de conceptos de Kauffman-Kasani y STROOP. - Test proyectivos: Rorschach, T.A.T., CAT y Las Fábulas de Duss; Test de la figura humana. - Conciencia de enfermedad: ACTA. • Evaluación Psicométrica de la familia mediante (<i>AG</i>)³: <ul style="list-style-type: none"> - Escala de clima social en la familia (FES). - Escala de valoración de carga familiar (ZARIT). - Escala DUKE, de apoyo social. - Test de APGAR familiar.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="236 190 456 302">6º HOSPITALIZACIÓN COMPLETA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="539 190 935 220">• Valoración Orgánica-nutricional: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="560 247 1418 318">- Información recogida sobre antecedentes familiares y personales e historia de la enfermedad. <li data-bbox="560 349 1418 421">- Historia nutricional detallada (encuesta alimentaria, hábitos alimentarios, conductas purgativas). <li data-bbox="560 451 1418 523">- Historia menstrual, valoración de la función sexual, reproductora y uso de anticonceptivos orales. <li data-bbox="560 553 1418 625">- Se actualizará la exploración física (piel, mucosas, cardiaca, abdominal, MMII). <li data-bbox="560 656 1418 952">- Valorar las pruebas complementarias realizadas, o en su caso, solicitarlas si no se han realizado previamente, teniendo en cuenta que: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="592 748 1418 860">• Si existe amenorrea, se solicitará un perfil hormonal completo (LH, FSH, estradiol, TSH, T4L, prolactina, testosterona total, dihidroepiandrosterona sulfato). <li data-bbox="592 891 1418 952">• Si sospecha de repercusión orgánica severa: densitometría, calorimetría, RM. <li data-bbox="539 993 986 1024">• Evaluación necesidades de cuidados: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="560 1050 1418 1289">- Se realizará/completará una valoración inicial en las primeras 24 horas, donde se establezcan los riesgos prioritarios de salud, teniendo en cuenta las indicaciones del facultativo. A continuación y de forma programada la enfermera referente completará el plan de cuidados en un plazo de 48 horas desde el ingreso, consensuándolo con el equipo multidisciplinar e incluyéndolo en el PIT. <li data-bbox="560 1320 1418 1351">- La historia de enfermería deberá incluir entrevista individual y familiar. <li data-bbox="560 1381 1418 1494">- Se realizará una valoración en hábitos de salud en relación con sueño, actividad física, actividad laboral y cognitiva, relación social y funcionamiento relacional, hábitos de consumo de tabaco, alcohol, tóxicos... <li data-bbox="560 1524 1418 1719">- Se realizará una valoración de necesidades de cuidados específicas de: alimentación y riesgo de desequilibrio nutricional, imagen corporal/autovalueoración, conciencia de enfermedad, y afrontamiento individual y riesgo de autolesión, afrontamiento familiar y riesgo de soledad relacionado con la hospitalización. <li data-bbox="539 1749 1418 1851">• Evaluación social: se realizará/completará una valoración social en infancia, adolescencia y en personas adultas con AN o BN que se detecte situación de riesgo social.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="177 190 402 308">6º HOSPITALIZACIÓN COMPLETA</p>	<p data-bbox="424 190 1359 376">6.5 Se reformulará y consensuará el PIT por todo el equipo multidisciplinar. Se informará al o la paciente y/o su familia o representante legal la indicación del ingreso, los objetivos del mismo y las normas de la hospitalización. Se asegurará que la información ha sido comprendida, se conoce el contrato terapéutico de hospitalización y se acordará el ingreso.</p> <p data-bbox="424 404 1359 476">6.6 Los contenidos del PIT serán los siguientes y quedarán registrado en su Historia de Salud (AG):</p> <ul data-bbox="475 506 1359 946" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="475 506 1209 543">• Definición del problema según diagnóstico y áreas perturbadas <li data-bbox="475 564 1359 635">• Formulación de objetivos psicoterapéuticos, nutricionales, orgánicos y de cuidados. <li data-bbox="475 660 1158 697">• Elección de técnicas terapéuticas y actividades específicas. <li data-bbox="475 717 919 754">• Evaluación terapéuticas: tipo y plazos <li data-bbox="475 778 1359 850">• Necesidad de coordinación internivel (USMC/USMI-J/HDSM) e intersectorial (Educación, Servicios Sociales). <li data-bbox="475 874 1359 946">• Periodicidad de la coordinación Salud Mental /Endocrinología/Medicina Interna/ Pediatría. <p data-bbox="424 974 1359 1160">6.7 En caso de negativa a la hospitalización completa y en función de la edad y del estado clínico en el que se encuentre el o la paciente, se valorará solicitar autorización judicial, para un ingreso no voluntario. En caso de menores de edad será necesaria la autorización de los padres/representante legal y del juez y autorización judicial en mayores de edad²⁴.</p> <p data-bbox="424 1189 999 1224">6.8 Aspectos a tener en cuenta durante el ingreso:</p> <ul data-bbox="475 1255 1359 1590" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="475 1255 1299 1291">• No se adaptarán programas conductuales excesivamente rígidos (AG)³. <li data-bbox="475 1312 1359 1383">• En la programación de actividades terapéuticas considerar las necesidades académicas y sociales propias de pacientes en edad escolar. <li data-bbox="475 1408 1359 1479">• Se realizará hoja de interconsulta a otros servicios y/o solicitud de pruebas diagnósticas. <li data-bbox="475 1504 1359 1575">• Se mantendrán reuniones de coordinación multidisciplinar y revisión del PIT al menos una vez a la semana.



Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="236 190 456 302">6º HOSPITALIZACIÓN COMPLETA</p>	<p data-bbox="483 190 1374 220">6.9 TRATAMIENTO PARA LA ANOREXIA NERVIOSA Y LA BULIMIA NERVIOSA:</p> <p data-bbox="536 251 1418 396">Los objetivos del tratamiento de los TCA se dirigen a intervenir sobre la desnutrición, el patrón de alimentación anómalo, los aspectos personales (emocionales y cognitivos) y sociofamiliares y ambientales implicados, así como a las consecuencias que se derivan de ellos.</p> <p data-bbox="536 431 1418 547">6.9.1 Intervenciones orgánico-nutricional: tiene como objetivo tratar las complicaciones médicas derivadas de la desnutrición y/o las conductas purgativas e iniciar y mantener la rehabilitación nutricional.</p> <p data-bbox="596 582 1418 699">6.9.1.1 El o la especialista en Endocrinología/MI/Pediatría, una vez realizada la valoración del o la paciente, aplicará el tratamiento pertinente a las alteraciones orgánicas detectadas:</p> <ul data-bbox="679 725 1418 1316" style="list-style-type: none"> - Electrolitos y vitaminas por i.v. si se precisa al ingreso. - Manejo de nutrición artificial, cálculo de calorías y requerimientos nutricionales, así como pautas de realimentación. - Control analítico urgente cada 3 días la primera semana y semanal posteriormente, incluyendo fósforo, para descartar síndrome de realimentación y perfil proteico. - Establecer pautas alimentarias durante el ingreso. - Reposición de vitaminas y minerales. - Calcio y vitamina D si existe déficit de ingesta (500 a 1000 mg de calcio y 400 a 800 UI de vitamina D al día). - Manejo de aquellos fármacos no psicotrópicos que precise el o la paciente eventualmente. <p data-bbox="596 1351 1418 1508">6.9.1.2 Consejo nutricional: En el caso de niños, niñas y jóvenes la educación y asesoramiento dietético se hará extensivo a familia o cuidadores para ayudarle a satisfacer sus necesidades nutricionales de crecimiento y desarrollo (<i>Recomendación NICE</i>)¹.</p> <p data-bbox="596 1543 1418 1659">6.9.1.3 Tratamiento nutricional: se informarán y marcarán las directrices del comportamiento a seguir en relación a la ingesta de acuerdo a las pautas de una alimentación saludable:</p> <ul data-bbox="679 1694 1418 1770" style="list-style-type: none"> - Es importante un adecuado control físico durante el tratamiento nutricional (<i>Recomendación NICE</i>)¹.



Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="177 190 402 308">6º HOSPITALIZACIÓN COMPLETA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="596 190 1106 220">- En el caso de una desnutrición significativa: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="620 241 1359 359">• Se marcará el procedimiento operativo estándar para realimentación que haga hincapié en la necesidad de evitar la subnutrición y el síndrome de realimentación (<i>Recomendación NICE</i>)¹. <li data-bbox="620 380 1359 451">• Se realizará un seguimiento estrecho para detectar y manejar los síntomas del síndrome realimentación (<i>Recomendación NICE</i>)¹. <li data-bbox="620 472 1359 590">• Durante el ingreso el soporte nutricional puede suplementarse con nutrición artificial (tipo nutrición enteral oral) aportando una energía suplementaria a la ingesta adecuada³. <p data-bbox="475 611 1359 854">6.9.2 Tratamiento psicoterapéutico: tiene como objetivo disminuir la ansiedad ante la hospitalización, el abordaje de la situación de crisis que supone el ingreso, los factores mantenedores del trastorno de la alimentación y la motivación al cambio y la modificación de las actitudes conductuales relacionadas con el peso y la distorsión del esquema corporal. Se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="544 885 1359 956">• Programa de modificación de conducta para facilitar las pautas e indicaciones nutricionales. <li data-bbox="544 977 1359 1048">• Intervenciones motivacionales que favorezcan la conciencia de enfermedad y la alianza terapéutica. <li data-bbox="544 1069 1359 1140">• Psicoterapia de apoyo con el objetivo de contención emocional ligado al aumento de peso y al control de las conductas purgativas. <li data-bbox="544 1160 1359 1361">• Psicoterapia individual centrada en el análisis del problema y las variables relacionadas con la situación de crisis que lleva al ingreso y la prevención de recaídas, manteniendo la continuidad del tratamiento psicoterapéutico que se haya iniciado a nivel ambulatorio (<i>Recomendación NICE</i>)¹. <li data-bbox="544 1381 1359 1500">• Psicoterapia familiar con el objetivo de reajustar la interacción familiar y ofrecer herramientas al alta para el manejo de las conductas anoréxicas y/o bulímicas (<i>Recomendación NICE</i>)¹. <li data-bbox="544 1520 1359 1592">• En bulimia nerviosa en personas adultas se considerará comenzar por la autoayuda guiada centrada en BN (<i>Recomendación NICE</i>)^{1,3}. <li data-bbox="544 1612 1359 1731">• Se valorará ofrecer apoyo a los miembros de la familia que no estén involucrados en la terapia familiar, o en el caso de que niños, niñas y jóvenes estén en terapia individual (<i>Recomendación NICE</i>)¹. <li data-bbox="544 1751 1334 1782">• Psicoterapia para el tratamiento de la comorbilidad psicopatológica.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="237 190 456 302">6º HOSPITALIZACIÓN COMPLETA</p>	<p data-bbox="536 190 1426 302">6.9.3 Psicoeducación individual y familiar: educación e información sobre la naturaleza y los riesgos de su trastorno alimentario, sus repercusiones y la normalización de las pautas alimentarias.</p> <p data-bbox="536 333 986 363">6.9.4 Tratamiento psicofarmacológico:</p> <p data-bbox="604 394 1426 762">6.9.4.1 No existe evidencia suficiente con respecto al tratamiento farmacológico de AN. En caso de comorbilidad psicopatológica, el tratamiento farmacológico se realizará siguiendo el Proceso Asistencial Integrado que corresponda. No obstante, se recomienda demorar la prescripción de psicofármacos para el alivio de los supuestos síntomas comórbidos (ansiedad, alteraciones anímicas), hasta no tener la suficiente seguridad de que dichos síntomas no son derivados (consecuencia directa) del propio proceso orgánico de desnutrición.</p> <p data-bbox="604 793 1426 905">6.9.4.2 En la bulimia nerviosa la farmacoterapia es eficaz y debe incluirse en el abordaje inicial junto a la rehabilitación nutricional y la psicoterapia.</p> <p data-bbox="687 936 1426 1304">6.9.4.2.1 Antidepresivos: cuando hay síntomas acompañantes depresivos, síntomas leves de descontrol de impulsos y vómitos autoinducidos. La fluoxetina es el fármaco más indicado (<i>Nivel 1</i>)², con una dosis objetivo de 60 mg/día, pudiéndose comenzar con 20 mg/día e ir escalando mensualmente si no hay respuesta. La duración del tratamiento debe ser estándar (6-12 meses). Si no hay una respuesta satisfactoria en un plazo de 4-8 semanas, una vez alcanzada dosis máxima, se planteará reemplazarlo por otro. Se debe considerar:</p> <ul data-bbox="802 1334 1426 1774" style="list-style-type: none"> - Los ISRS son preferibles a los antidepresivos tricíclicos por ser más seguros. - Los ISRS como la paroxetina y el citalopram (sobre todo la primera) se asocia a mayor aumento de peso que la fluoxetina. - Se recomienda el uso con precaución de ISRS en adolescentes por el aumento del riesgo de suicidio. - El bupropión está contraindicado en BN. - El tratamiento de mantenimiento (6-12 meses) previene las recaídas. Su interrupción prematura suele asociarse a una baja tolerabilidad.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="183 188 406 306">6^º HOSPITALIZACIÓN COMPLETA</p>	<p data-bbox="641 188 1359 378">6.9.4.2.2 Anticomiciales, sobretudo topiramato (<i>Nivel II</i>)², por su efecto sobre la impulsividad, fundamentalmente en las bulimias con síntomas multi-impulsos, robos, consumo de alcohol y tóxicos, conductas agresivas y antisociales.</p> <p data-bbox="641 398 1359 506">6.9.4.2.3 En caso de comorbilidad psicopatológica, el tratamiento farmacológico se realizará siguiendo el Proceso Asistencial Integrado que corresponda.</p> <p data-bbox="555 527 1117 568">6.9.4.3 Aspectos generales a tener en cuenta (Δ):</p> <ul data-bbox="641 588 1359 1165" style="list-style-type: none"> - En los casos que se indique tratamiento psicofarmacológico se tendrá precaución con aquéllos fármacos que tienen una alta afinidad por las proteínas plasmáticas y por los que prolongan el intervalo QT (como antipsicóticos y antidepresivos). - El tratamiento farmacológico se debe comenzar (si se considera necesario) a bajas dosis, por el mayor riesgo de efectos secundarios debido al bajo peso. - Los ISRS son preferibles a los antidepresivos tricíclicos, por ser mejor tolerados. - Se recomienda el uso con precaución de ISRS en adolescentes por el aumento del riesgo de suicidio. - Está contraindicado el uso de Bupropión, ya que se asocia a un mayor riesgo de crisis comiciales. <p data-bbox="491 1185 1359 1349">6.9.5 Intervención de terapia ocupacional: Se desarrollará un plan de terapia ocupacional, con intervenciones individuales y actividades grupales, atendiendo a las necesidades de la persona en torno a las áreas de desempeño ocupacional:</p> <ul data-bbox="555 1369 1359 1594" style="list-style-type: none"> • Automantenimiento: actividades corporales, actividades de la vida diaria, psicomotricidad e imagen personal. • Productividad: entrenamiento en habilidades prelaborales, orientación vocacional, actividad académica. • Ocio: actividades artísticas, de tiempo libre. <p data-bbox="491 1614 1359 1778">6.9.6 Comedor terapéutico: La hospitalización incluirá programa de comedor terapéutico: intervención centrada en los hábitos alimentarios con el objetivo de normalizar la conducta alimentaria y como transición al tratamiento ambulatorio.</p>

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="237 190 456 302">6º HOSPITALIZACIÓN COMPLETA</p>	<p data-bbox="536 190 1426 302">6.9.7 Intervenciones de cuidados y soporte al autocuidado. Dependiendo del caso se planificarán los cuidados incluyendo las siguientes intervenciones o criterios de resultados:</p> <ul data-bbox="603 333 1426 1412" style="list-style-type: none"> - 1006 Peso: Índice de masa corporal (NOC). - 0003 Descanso (NOC). - 0004 Sueño (NOC). - 0300 Autocuidados: Actividades de la vida diaria (NOC). - 1200 Imagen corporal. - 1004 Estado nutricional (NOC). - 2300 Administración de la medicación (NIC). - 6680 Monitorización de signos vitales (NIC). - 1100 Manejo de la nutrición (NIC). - 1160 Monitorización nutricional (y del ejercicio habitual) (NIC). - 2380 Manejo de la medicación (NIC). - 5820 Disminución de la ansiedad (NIC). - 4370 Entrenamiento para controlar los impulsos (NIC). - 6040 Terapia de relajación (NIC). - 5270 Apoyo emocional (NIC). - 5510 Educación para la salud (actividad física–alimentación para pacientes y familia) (NIC). - 5220 Mejora de la imagen corporal (NIC). - 5400 Potenciación de la autoestima (NIC). - 5230 Mejorar el afrontamiento (NIC). - 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento (NIC). - 5430 Grupo de apoyo (NIC). <p data-bbox="603 1436 852 1467">Otras intervenciones:</p> <ul data-bbox="603 1498 1369 1586" style="list-style-type: none"> - Observación y registro de comportamiento individual y relacional. - Supervisión del comedor terapéutico. <p data-bbox="483 1610 1426 1678">6.10 Se procederá al alta de hospitalización completa en las siguientes circunstancias:</p> <ul data-bbox="536 1708 1426 1821" style="list-style-type: none"> • Cuando el o la paciente alcance una mejoría clínica evidente que le permita continuar el tratamiento en régimen intensivo ambulatorio en alguno de los dispositivos de salud mental: Unidad de Salud Mental Comunitaria, Hospital

Actividades	Características de calidad
<p>6º HOSPITALIZACIÓN COMPLETA</p>	<p>Día de Salud Mental, Unidad de Salud Mental Infante-Juvenil. El criterio al alta por mejoría tendrá en cuenta (Δ):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normalización de las alteraciones biológicas que han motivado la hospitalización. - Recuperación del peso. - Mejora del estado psicopatológico. - Desaparición de las conductas autolesivas. - Remisión de las conductas alimentarias anómalas y compensatorias. - Mejora del funcionamiento general. - Ausencia de riesgo autolítico o suicidio. <ul style="list-style-type: none"> • Por abandono voluntario o incumplimiento del contrato terapéutico, en cuyos casos y siempre que no exista riesgo vital, se comunicará a USMC/HDSM/USMIJ. En caso de riesgo vital se solicitará autorización judicial para proceder a un ingreso involuntario. <p>6.11 Tras el alta se remitirá informe de seguimiento completo donde se reflejarán las actividades realizadas, tratamientos propuestos y aceptados conjuntamente con la persona implicada, asegurando la continuidad asistencial en coordinación con Endocrinología, Medicina Interna u otros servicios hospitalarios y sociales.</p> <p>6.12 (Ⓜ) Se informará al o la paciente, de modo adecuado a su posibilidad de comprensión, manifestando una actitud facilitadora para atender a sus dudas y preguntas en todo momento, dándole las recomendaciones oportunas y entrega del informe de alta.</p>

PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA (PEDIATRÍA, MEDICINA Y ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA, TRABAJO SOCIAL, TERAPIA OCUPACIONAL) / SALUD MENTAL (PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA CLÍNICA, ENFERMERÍA, TRABAJO SOCIAL) Y ENDOCRINOLOGÍA/MEDICINA INTERNA

Actividades	Características de calidad
<p>7º FIN DE TRATAMIENTO y SEGUIMIENTO COMPARTIDO</p>	<p>7.1 Se considerará finalizado el proceso cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tras recibir el tratamiento indicado en cualquiera de los niveles de atención el o la paciente haya sido dado de alta por mejoría clínica. En este caso, se determinarán en el espacio de colaboración, con el acuerdo del o la paciente, el consenso de las actuaciones multiprofesionales para el seguimiento de la mejoría clínica, según los siguientes criterios (AG)³. - Mantenimiento del peso y ausencia de alteraciones nutricionales. - Ausencia de peculiaridades alimentarias perjudiciales para la salud.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="331 190 360 216">7º</p> <p data-bbox="256 237 440 380">FIN DE TRATAMIENTO y SEGUIMIENTO COMPARTIDO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="560 190 1102 216">- Integración a la vida social/académica/laboral. <li data-bbox="560 237 1334 267">- Relaciones familiares que permitan y favorezcan su independencia. <li data-bbox="560 288 1417 363">- Sentimiento asociados a la percepción corporal no excesivamente displacenteros, molestos o desagradables. <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="539 384 1417 498">• Aún sin haber finalizado el tratamiento indicado en cualquiera de los niveles de atención, haya abandonado o pedido el alta voluntaria. En ambos casos profesionales de AP-SM consensuarán la salida del proceso. <p data-bbox="483 519 1417 629">7.2 El o la profesional referente del caso informará de forma clara y precisa al o la paciente y familia/representante legal, en caso de menores, sobre la evolución y finalización de su proceso, dejando constancia escrita en la historia de salud.</p> <p data-bbox="483 649 1417 803">7.3 Se realizará un informe clínico de alta por la Unidad de Salud Mental Comunitaria y Endocrinología que se entregará tanto al o la paciente como a su Médico/a de Familia/Pediatra, que incluya los aspectos más relevantes de la evolución terapéutica y las pautas de actuación post-alta (AG).</p> <p data-bbox="483 823 1417 977">7.4 El o la profesional referente del caso, facilitará al o la paciente las recomendaciones que se consideren adecuadas para fomentar el autocuidado y el afrontamiento saludable de las dificultades cotidianas, así como la promoción de hábitos de vida generadores de salud.</p> <p data-bbox="483 997 1417 1222">7.5 Se considerará que un o una paciente no finaliza el proceso cuando aun habiendo completado las actuaciones terapéuticas diseñadas en cada nivel asistencial persiste sintomatología de la conducta alimentaria activa. En este caso, se considera como un TCA de larga evolución y conlleva consecuencias médicas, psicopatológicas, familiares, sociales y ocupacionales y, en general, un alto grado de discapacidad.</p> <p data-bbox="483 1242 1417 1385">7.6 En caso de TCA de larga evolución o con historia de fracasos terapéuticos que precisen mantener un seguimiento especializado en salud mental se mantendrá una atención continuada. En estos casos se recomiendan las siguientes actuaciones:</p> <p data-bbox="539 1406 847 1436">7.6.1 Reevaluación del caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="592 1467 1417 1582">• El objetivo terapéutico pasa por la creación de una buena alianza terapéutica para determinar de forma conjunta con el o la paciente los objetivos del tratamiento. <li data-bbox="592 1602 1353 1633">• Se asignarán referentes facultativo, de enfermería y trabajo social. <li data-bbox="592 1653 1417 1806">• La evaluación incluirá la revisión de todos los tratamientos realizados (orgánico-nutricionales, psicoterapéuticos, psicofarmacológicos, etc.) desde el inicio de los síntomas de la conducta alimentaria, tipos, interrupciones, abandonos, momentos vitales coincidentes con empeoramientos,

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">7º</p> <p style="text-align: center;">FIN DE TRATAMIENTO y SEGUIMIENTO COMPARTIDO</p>	<p>tipos de vinculación terapéutica. Se considerará en profundidad la resistencia al cambio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se evaluará el estado orgánico-nutricional, la comorbilidad física y psicopatológica, el área cognitiva y relacional, los factores mantenedores del trastorno y la necesidad de cuidados. • Se evaluará por trabajo social el déficit o estancamiento del ajuste social/ocupacional/laboral. • La evaluación permitirá la identificación de metas sencillas alcanzables dirigidas a la reducción de los daños derivados de la desnutrición, las conductas purgativas y/o el abuso de sustancias mantenida durante años, a la estabilidad sintomatológica y a la mejora en la calidad de vida (<i>Nivel II</i>)². <p>7.6.2 Reformulación del PIT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realizará un PIT en el que se recogerá de forma consensuada las intervenciones psicoterapéuticas, psicofarmacológicas y el plan de cuidados de enfermería diseñado, teniendo en cuenta la relevancia de los síntomas y la historia previa de tratamientos. El PIT debe incluir apoyo a la familia y la gestión de recursos sociales y ocupacionales (<i>Nivel II</i>)². • (II) Se informará al o la paciente y familia/representante legal del nuevo PIT (técnicas que se van a utilizar, tiempo estimado, profesionales que van a intervenir, necesidad de implicación familiar). • Se comprobará que la información facilitada al paciente y familia/representante legal ha sido comprendida y acordada. • Se aplicará el PIT definido, priorizando las líneas de intervención en función del diagnóstico y objetivos establecidos. • EL PIT se revisará periódicamente adaptando las actuaciones a la evolución y necesidades del caso (<i>Recomendación NICE</i>)¹. <p>7.6.3 Se realizará informe de seguimiento completo donde se reflejarán las actividades realizadas, tratamientos propuestos y aceptados conjuntamente con la persona implicada, asegurando la continuidad asistencial entre el equipo multidisciplinar (Δ).</p> <p>7.6.4 Aspectos a tener en cuenta durante el tratamiento del TCA de larga evolución (<i>AG</i>)²:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es imprescindible la monitorización física y la coordinación multidisciplinar en función de la afectación orgánica, psíquica, familiar y social (<i>Nivel III</i>)².

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="320 190 352 216">7º</p> <p data-bbox="245 237 427 384">FIN DE TRATAMIENTO y SEGUIMIENTO COMPARTIDO</p>	<ul data-bbox="587 190 1426 662" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="587 190 1426 308">• La necesidad de ingresos hospitalarios programados cortos para la estabilización orgánica y/o tratar el riesgo autolítico o la comorbilidad psicopatológica severa, en caso de que sea necesario (<i>Nivel III</i>)². <li data-bbox="587 322 1426 404">• Habilitar un espacio de coordinación entre profesionales de Endocrinología/Medicina Interna/Salud mental (<i>Nivel III</i>)². <li data-bbox="587 419 1426 662">• En la coordinación con AP dentro del espacio de colaboración AP/USMC, la figura del Médico/a de Familia resulta fundamental como gestor de la supervisión de los seguimientos en diferentes especialidades, sanitarias y no sanitarias. También será elemental en caso de abandonos de tratamiento en cualquiera de los niveles de atención, en un trabajo de revinculación.

Competencias específicas del equipo profesional

En el desarrollo de la Gestión por competencias del SSPA, a partir de 2006, se han venido incluyendo en los Procesos Asistenciales Integrados, los mapas de competencias correspondientes de los/as diferentes profesionales.

En la primera etapa se clasificaron de manera estratégica en Conocimientos, Habilidades y Actitudes, a efectos didácticos, y de exhaustividad.

En una segunda fase se identificaron competencias generales (afectan a todos/as los/as profesionales con independencia de su puesto o categoría) y transversales (que tienen que ver con los contenidos esenciales en el ámbito sanitario) y extraídas a partir de los Mapas de Competencias de los/as diferentes profesionales del SSPA, cuyo objetivo es la Acreditación.

En la actualidad nos centramos en las Competencias Específicas, que se ajustan a las competencias técnicas o funcionales que los y las profesionales tienen que garantizar a el/la paciente en el desarrollo de su proceso asistencial. Se orientarán, por tanto, a los resultados esperados y van encaminadas a la generación de un impacto en la atención que se presta a personas usuarias y en el desarrollo individual de los y las profesionales.

Estas Competencias Específicas se establecen a partir de las competencias claves identificadas en las Unidades de Gestión Clínica (UGC) y Unidades funcionales (UFUN) para la elaboración de mapa de competencias profesionales para el puesto de trabajo, definido en el ámbito del modelo de Gestión de Planes de Desarrollo Individual del Sistema Sanitario Público de Andalucía (GPDI).

A medida que los grupos profesionales las identifiquen, estarán disponibles en el sitio web de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/formacionsalud/gestor/es/calidadscopio/buenaspracticas>.

Espacio de colaboración

Un elemento clave para este proceso lo constituye un “espacio de colaboración” de Atención Primaria-Salud Mental, así como la coordinación interdisciplinar con Endocrinología, Medicina Interna y Pediatría, de manera interconectada con el fin de agilizar y optimizar la confirmación diagnóstica y seguimiento.

Para su articulación efectiva es necesaria la figura de dos profesionales facultativos especialistas de área como referentes del PAI-TCA:

- De Atención Primaria (Pediatría/Medicina Familiar y Comunitaria) que coordinará la atención a los TCA en su Centro de Salud.
- De Salud Mental (Psicología Clínica/Psiquiatría que coordinará la atención a los TCA en su Unidad de Salud Mental Comunitaria.

La finalidad de este espacio es:

- realizar valoración inicial conjunta entre profesionales de AP y SM.
- consensuar las actuaciones/intervenciones multidisciplinares a realizar en este espacio que ayude a la toma de decisiones según el caso.
- asegurar un tratamiento integral.
- garantizar la continuidad asistencial en los distintos momentos de su evolución.

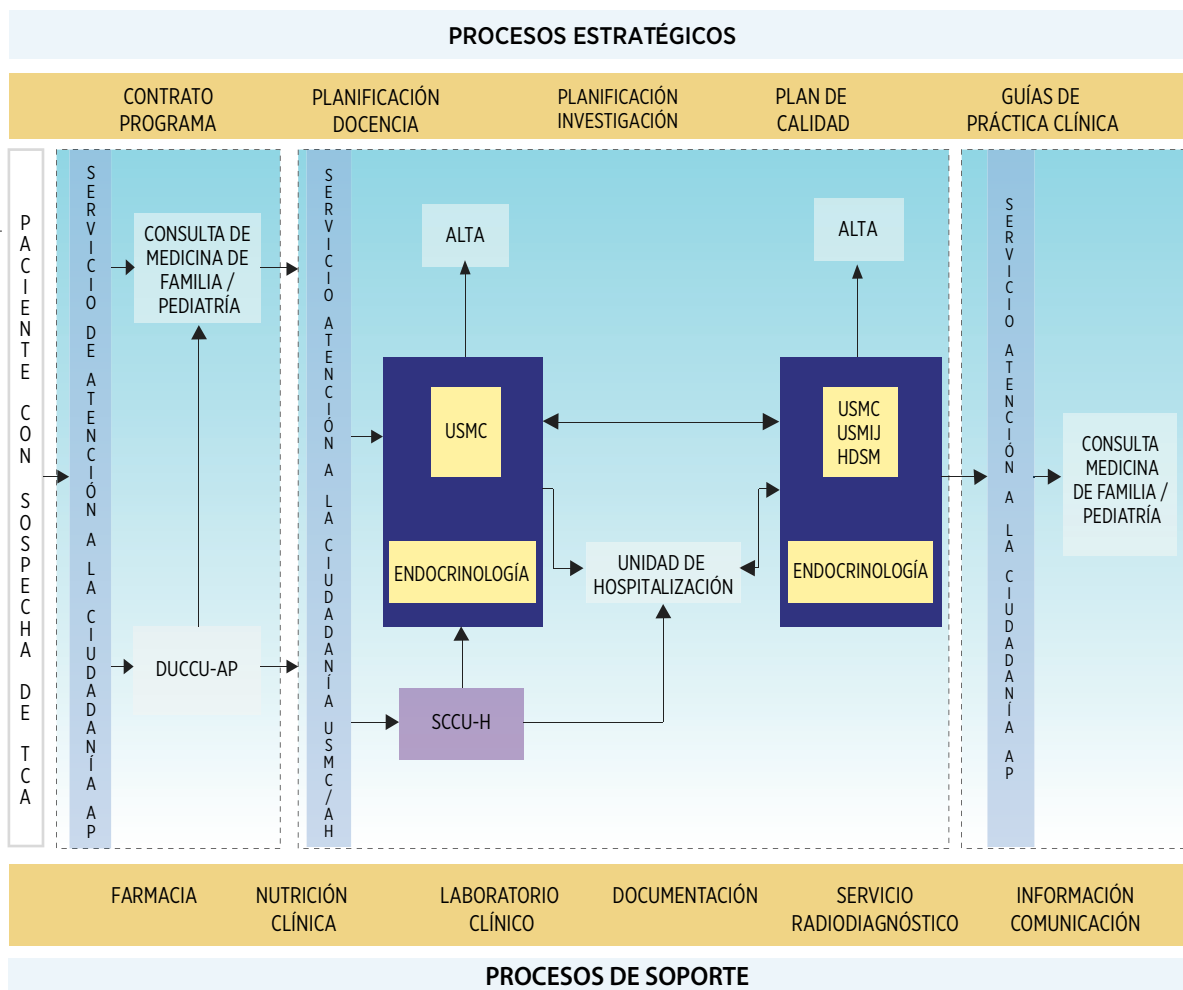
Asociaciones de pacientes con TCA y familiares

Como recursos activos en salud de la comunidad y herramientas de apoyo.

Representación Gráfica del PAI

La representación global del Proceso Asistencial Integrado permite visualizar la amplitud real del mismo, iniciándose el Proceso Operativo (clínico-asistencial) tras el contacto de la persona con el Sistema Sanitario por las diferentes entradas posibles (AP-AH), y la atención de los y las profesionales desde diferentes ámbitos de actuación en Atención Primaria, Atención Hospitalaria. La continuidad de la asistencia al paciente/familia y la salida del PAI, en el marco establecido por los Procesos Estratégicos y sustentados en los Procesos de Soporte.

► Representación global



DENOMINACIÓN	EVALUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA A PACIENTES CON SOSPECHA DE AN O BN.
FÓRMULA	Nº de pacientes con sospecha de AN o BN en AP con aplicación del cuestionario de evaluación SCOFF x100/Nº de pacientes en consulta de AP con sospecha de AN/BN.
DEFINICIÓN	Aplicación del cuestionario de evaluación SCOFF a pacientes con sospecha de AN o BN.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO / JUSTIFICACIÓN	Para valorar a los y las pacientes que acuden a consulta en AP con sospecha de AN o BN se les debe realizar cuestionario de evaluación.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes que acuden a consulta de AP con sospecha de AN o BN.
FUENTE DE DATOS	Historia clínica.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	85%.

DENOMINACIÓN	ENTREVISTA EXHAUSTIVA Y VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA A ADOLESCENTES QUE CONSULTEN POR AMENORREA ANTES DE INDICAR TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA.
FÓRMULA	Nº de Adolescentes en Atención Primaria que consultan por amenorrea con realización de entrevista exhaustiva y valoración antropométrica x100/pacientes adolescentes en consulta de Atención Primaria.
DEFINICIÓN	A adolescentes que consulten por amenorrea no indicar terapia hormonal sustitutiva sin haber realizado previamente una entrevista exhaustiva y valoración antropométrica.
TIPO DE INDICADOR	Seguridad.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO / JUSTIFICACIÓN	A pacientes adolescentes que acuden con síntomas de amenorrea se debe realizar entrevista exhaustiva y valoración antropométrica previa a la indicación de terapia hormonal sustitutiva.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Mujeres adolescentes con síntomas de amenorrea.
FUENTE DE DATOS	Historia clínica.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	100%.

DENOMINACIÓN	DEMORA MEDIA PARA LOS TCA DESDE LA DERIVACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA HASTA LA PRIMERA CONSULTA EN UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA.
FÓRMULA	Nº de pacientes derivados/as de AP con AN o BN que obtienen cita en USMC en 15 días tras la derivación x100/Total pacientes con AN/BN derivados/as desde AP.
DEFINICIÓN	Atención especializada precoz a los TCA .
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO / JUSTIFICACIÓN	Necesidad de atención especializada precoz a los y las pacientes con diagnóstico de AN o BN.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Personas diagnosticadas de AN o BN derivadas desde AP a USMC.
FUENTE DE DATOS	Historia clínica.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	90%.

DENOMINACIÓN	PERSONAS INCLUIDAS EN EL PAI TCA CON EVALUACIÓN MULTIDISCIPLINAR.
FÓRMULA	Nº de pacientes con AN o BN que tienen completada la evaluación multidisciplinaria (salud mental-endocrinología) previa a la elaboración del PIT x100/Nº total de pacientes con AN o BN.
DEFINICIÓN	La Evaluación de los TCA se lleva a cabo de forma multidisciplinaria y en varias entrevistas que exploren las diferentes áreas, orgánica y psíquica.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO / JUSTIFICACIÓN	La evaluación orgánica y psíquica es imprescindible para la elaboración y aplicación del PIT.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Personas incluidas en el PAI-TCA.
FUENTE DE DATOS	Historia clínica.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	85%.

DENOMINACIÓN	PERSONAS INCLUIDAS EN EL PAI TCA CON PIT.
FÓRMULA	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes con AN o BN con informe de PIT} \times 100 / \text{Total pacientes con AN o BN.}$
DEFINICIÓN	El PIT es un plan individualizado de tratamiento con contenidos específicos y consensuados por el equipo multiprofesional que interviene en la atención a las personas con TCA.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO / JUSTIFICACIÓN	El PIT se concretará en un documento que deberá especificar para todas y cada una de las áreas evaluadas los datos más relevantes sobre: necesidades detectadas, intervenciones previstas, profesionales y referentes que intervienen, dispositivos/servicios implicados y mecanismos de seguimiento y revisión periódica.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Personas incluidas en el PAI-TCA.
FUENTE DE DATOS	Historia clínica.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	85%.

DENOMINACIÓN	SESIONES PSICOTERAPÉUTICAS RECIBIDAS EN TRATAMIENTO INTENSIVO.
FÓRMULA	$\text{N}^\circ \text{ de sesiones psicoterapéuticas que ha recibido un o una paciente en tratamiento intensivo a lo largo de un año} \times 100 / 20 \text{ sesiones psicoterapéuticas indicadas en el tratamiento intensivo.}$
DEFINICIÓN	Junto con la rehabilitación nutricional, la psicoterapia, en sus distintas modalidades, es el tratamiento recomendado para los TCA. La elección y aplicación de una u otra intervención psicoterapéutica, modalidad de tratamiento (individual, grupal o familiar), se realizará en función de la valoración del caso.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO / JUSTIFICACIÓN	Todo tratamiento psicoterapéutico precisa de un número mínimo de sesiones. La duración del tratamiento psicoterapéutico en programa intensivo será de al menos un año, con un número de sesiones de psicoterapia entre veinte y cuarenta.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con AN o BN incluidas en tratamiento intensivo.
FUENTE DE DATOS	Historia clínica.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	85%.

DENOMINACIÓN	PERSONAS CON AN o BN EN TRATAMIENTO INTENSIVO QUE PRECISAN HOSPITALIZACIÓN COMPLETA.
FÓRMULA	Nº de pacientes con AN o BN en tratamiento intensivo durante un año que precisan de tratamiento en hospitalización completa x 100/Nº total de pacientes con AN o BN en tratamiento intensivo en un año.
DEFINICIÓN	El tratamiento de elección en los TCA es el tratamiento ambulatorio.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO / JUSTIFICACIÓN	La hospitalización completa solo está indicada en situaciones de desnutrición severa y/o comorbilidad que dificulte el manejo en el nivel comunitario.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con AN o BN en tratamiento intensivo y aquellos/as que precisen hospitalización completa.
FUENTE DE DATOS	Historia clínica.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	10%.

DENOMINACIÓN	TRATAMIENTO CONJUNTO DE SALUD MENTAL Y CENTRO DE ADICCIONES DE PERSONAS CON ABUSO DE SUSTANCIAS INCLUIDAS EN EL PAI TCA.
FÓRMULA	Nº de pacientes con AN o BN y abuso de sustancias que siguen tratamiento conjunto en salud mental y centro de adicciones x 100 / Nº de pacientes con AN o BN y abuso de sustancias.
DEFINICIÓN	Abuso de sustancias como factor de riesgo en TCA.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO / JUSTIFICACIÓN	El abuso de sustancias interfiere de manera importante con el tratamiento del TCA u otras comorbilidades por lo que este tipo de pacientes requiere una atención conjunta en Salud Mental y Centro de Adicciones.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con AN y BN que presenten conductas de abuso de sustancias.
FUENTE DE DATOS	Historia clínica.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	85%.

Anexo 1:

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES MENTALES (CIE-10 ES)

F50.0: Anorexia nerviosa

Trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia. La anorexia nerviosa constituye un síndrome independiente, en el siguiente sentido:

- Los rasgos clínicos del síndrome son fácilmente reconocibles, de tal forma que el diagnóstico resulta fiable con un alto grado de concordancia entre clínicos.
- Los estudios de seguimiento han demostrado que, de entre los enfermos que no se recuperan, una proporción considerable continúa mostrando de manera crónica las características principales de la anorexia nerviosa.

A pesar de las causas fundamentales de la anorexia nerviosa siguen sin conocerse, hay una evidencia cada vez mayor de que existen una serie de factores socioculturales y biológicos que interactúan entre sí contribuyendo a su presentación, en la que participan también mecanismos psicológicos menos específicos y una vulnerabilidad de la personalidad. El trastorno se acompaña de desnutrición de intensidad variable, de la que son la consecuencia las alteraciones endocrinas y metabólicas, así como una serie de trastornos funcionales. Aún hay dudas sobre si el trastorno endocrino característico se debe únicamente a la desnutrición y el efecto directo del comportamiento que la ha provocado (por ejemplo, restricciones en la dieta, ejercicio físico excesivo con alteraciones del equilibrio metabólico, provocación de vómitos y utilización de laxantes, con los consiguientes desequilibrios electrolíticos) o si intervienen otros factores aún desconocidos.

Pautas para el diagnóstico:

El diagnóstico de la anorexia nerviosa debe realizarse de una forma estricta, de modo que deben estar presente todas las alteraciones siguientes:

- Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet^a de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.

^a Índice de masa corporal de Quetelet = peso (Kg)/altura² (m)

- La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de “alimentos que engordan” y por uno o más de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- 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
- Trastorno endocrino 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 (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras anticonceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la excreción de insulina.
- Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la misma, o incluso se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.

Diagnóstico diferencial:

No suele plantear dificultades. Pueden presentarse además, síntomas depresivos u obsesivos, así como rasgos de la personalidad anormales, lo que trae consigo el problema de diferenciar o utilizar más de una categoría diagnóstica. Deben distinguirse de esta enfermedad las causas somáticas de pérdida de peso en enfermos jóvenes, incluyendo enfermedades emaciantes crónicas, tumores cerebrales y trastornos intestinales, como la enfermedad de Crohn o el síndrome de malabsorción.

Excluye:

- Anorexia, falta de apetito (F63.0).
- Anorexia psicógena (F50.8).

Especificar:

- F50.00 Anorexia Nerviosa, no especificada.
- F50.01 Anorexia Nerviosa, tipo restrictivo.
- F50.02 Anorexia Nerviosa, tipo Atracón/purga.

F50.2: Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal, lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida. Este término debería restringirse a las formas del trastorno que estén relacionadas con la anorexia nerviosa por el hecho de compartir la misma psicopatología. La distribución por edades y sexo es similar a la de la anorexia nerviosa aunque la edad de presentación tiende a ser ligeramente más tardía.

El trastorno puede ser considerado como una secuela de la anorexia nerviosa persistente (aunque también puede darse la secuencia contraria). A primera vista, un enfermo previamente anoréxico puede parecer que está mejorando a medida que gana peso, e incluso recupera la menstruación si es mujer, pero entonces surge una forma de comportamiento caracterizado por sobrealimentación y vómitos. Los vómitos repetidos pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico, a complicaciones somáticas (tetania, crisis comiciales, arritmias cardíacas o debilidad muscular) y a una mayor pérdida de peso.

Pautas para el diagnóstico:

Para que pueda hacerse el diagnóstico de bulimia nerviosa, deben estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación, pues constituyen pautas diagnósticas estrictas. Dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones, tal y como se indica:

- Preocupación continúa por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.
- El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos intercalares de ayuno, consumo de fármacos supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
- La psicopatología consiste en un miedo a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Diagnóstico diferencial:

- Trastornos del tracto digestivo superior que pueden producir vómitos repetidos (no existe una psicopatología característica).
- Alteración más profunda de la personalidad ya que el trastorno de la conducta alimentaria puede coexistir con dependencia del alcohol y conducta antisocial.
- Trastornos depresivos (ya que los enfermos bulímicos padecen con frecuencia síntomas depresivos).

F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria, no especificado:

Anorexia nerviosa atípica

Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la anorexia nerviosa (F50.0), como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que, por lo demás, presentan un cuadro clínico bastante característico. Este tipo de enfermos es más frecuente en Psiquiatría de interconsulta y enlace, y en Atención Primaria. También puede incluirse aquí enfermos que tengan todos los síntomas importantes de la anorexia nerviosa, pero en grado leve. Este término no debe utilizarse para trastornos de la conducta alimentaria que se parecen a la anorexia nerviosa pero que son debidos a una etiología somática conocida.

Bulimia nerviosa atípica

Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la bulimia nerviosa (F50.2), pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante típico. Los enfermos tienen con frecuencia un peso normal o incluso superior a lo normal, pero presentan episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de vómitos o purgas. No son raros síndromes parciales acompañados de síntomas depresivos (si estos síntomas satisfacen las pautas de un trastorno depresivo debe hacerse un doble diagnóstico).

AETSA:	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.
AG:	Acuerdo de Grupo.
AH:	Atención Hospitalaria
AN:	Anorexia Nerviosa.
AP:	Atención Primaria.
BN:	Bulimia Nerviosa.
CIE:	Clasificación Internacional de Enfermedades.
DS:	Desviación Estándar.
EKG:	Electrocardiograma.
EMDR:	Eye movement desensitization and reprocessing.
ESP:	Estrategia de Seguridad del Paciente de Andalucía.
FSH:	Hormona Estimulante del Folículo.
GPC:	Guía de Práctica Clínica.
GPI:	Gestión de Planes de Desarrollo Individualizado.
HDA:	Hemorragia Digestiva Alta.
HDSM:	Hospital de Día de Salud Mental.
IMC:	Índice de Masa Corporal.
ISRS:	Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina.
LH:	Hormona Luteinizante.
MI:	Medicina Interna.
MMII:	Miembros Inferiores.
NIC:	Nursing Interventions Classification.
NOC:	Nursing Outcomes Classification.
NUHSA:	Número Único de Historia Clínica de Andalucía.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
PAI:	Proceso Asistencial Integrado.
PIT:	Plan Individualizado de Tratamiento.
RDA:	Recomendación de Aporte Diario.
RM:	Resonancia Magnética.

SAC:	Servicio Atención a la Ciudadanía.
SM:	Salud Mental.
SSPA:	Sistema Sanitario Público de Andalucía.
TCA:	Trastorno de la Conducta Alimentaria.
TCC:	Terapia Cognitiva Conductual.
TOC:	Trastorno Obsesivo-Compulsivo.
TSH:	Hormona Estimulante de la Tiroides.
UFUN:	Unidades Funcionales.
UGC:	Unidad de Gestión Clínica.
USMC:	Unidad de Salud Mental Comunitaria.
USMIJ:	Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil.
VSG:	Velocidad de Sedimentación Globular.

Bibliografía

1. National Institute for Health and Care Excellence. Eating Disorders: recognition and treatment. NICE guideline. Published: 23 May 2017. [Acceso 21/07/2017]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
2. Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugden L, Touyz S, Ward W; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. Aust N Z J Psychiatry. 2014; 48:977-1008. [Acceso 21/07/2017]. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25351912>
3. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01. [Acceso 21/07/2017]. URL: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Aliment_compil_\(4_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Aliment_compil_(4_jun).pdf)
4. Golden NH, Katzman DK, Sawyer SM, Ornstein RM, Rome ES, et al. Position Paper of the Society for Adolescent Health and Medicine: medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults. J Adolesc Health. 2015; 56:121-5. [Acceso 21/07/2017]. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.259>
5. Guideline watch (august 2012): practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd edition. Washington (DC): American Psychiatric Association (APA); 2012. [Acceso 21/07/2017]. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders-watch.pdf
6. American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 3rd ed. Washington (DC): American Psychiatric Association (APA); 2006. [Acceso 21/07/2017]. URL: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders.pdf
7. Watson H, Elphick R, Dreher C, Steele A, Wilksch S. Eating Disorders Prevention, Treatment & Management: An Evidence Review [Internet]. Crows Nest: The National Eating Disorders Collaboration; 2010 [Acceso 21/07/2017]. URL: http://nedc.com.au/files/pdfs/NEDC_Evidence%20Review_Final.pdf
8. Lock J, La Via MC; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015; 54:412-25].
9. Turton R, Bruidegom K, Cardi V, Hirsch CR, Treasure J. Novel methods to help develop healthier eating habits for eating and weight disorders: A systematic review and metaanalysis. Neurosci Biobehav Rev. 2016; 61:132-55.
10. Clasificación Internacional de Enfermedades 10.^a revisión, Modificación clínica. Edición española. Edición electrónica de la CIE-10-ES Diagnósticos. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Enero 2018. [Acceso 5/02/2018] URL: https://eciemaps.mssi.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc_old.html
11. Dotor Gracia M, Fernández García E (coordinadores). Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados. 2.^a edición [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía-Consejería de Salud; 2009 [Acceso 21/07/2017]. URL: <http://goo.gl/FmTH26>
12. Barrera Becerra C, Del Río Urenda S, Dotor Gracia M, Santana López V, Suárez Alemán G. Estrategia para la Seguridad del Paciente en el SSPA 2011-2014 [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía – Consejería de Salud; 2011 [Acceso 21/07/2017]. URL: <http://goo.gl/9UULNz>

13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Soluciones para la seguridad del paciente [Internet]. Ginebra: OMS; 2007 [Acceso 21/07/2017]. URL: <http://goo.gl/gQwhWU>
14. Ley 41/2002, de 14 de noviembre Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet]. Boletín Oficial del Estado nº. 274. (15-11-2002) [Acceso 21/07/2017]. URL: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
15. Simón Lorda P, Esteban López MS (coordinadores). Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2011-2014 [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía – Consejería de Salud; [Acceso 21/07/2017]. URL: <http://goo.gl/7TE0rz>
16. Esteban López MS, Simón Lorda P (coordinadores). Mapa de competencias y buenas prácticas profesionales en bioética [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía-Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014 [Acceso 21/07/2017]. URL: <http://goo.gl/l8XCQ7>
17. Simón Lorda P, Tamayo Velázquez MI, Esteban López MS (coordinadores). Planificación anticipada de las decisiones. Guía de apoyo para profesionales [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía – Consejería de Salud y Bienestar Social; 2013 [Acceso 21/07/2017]. URL: <http://goo.gl/o58a52>
18. 18. Junta de Andalucía-Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Registro de voluntades vitales anticipadas [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía; [Acceso 21/07/2017]. URL: www.juntadeandalucia.es/salud/rva
19. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (editores). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
20. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM (editoras). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª edición. Madrid: Elsevier; 2009.
21. Functional Hypothalamic Amenorrhea: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. Catherine M. Gordon, Kathryn E. Ackerman, Sarah L. Berga, Jay R. Kaplan, George Mastorakos, Madhusmita Misra, M. Hassan Murad, Nanette F. Santoro, Michelle P. Warren. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 102, Issue 5, 1 May 2017, Pages 1413–1439. [Acceso 2/07/2017]. URL: <https://doi.org/10.1210/jc.2017-00131>
22. Prochaska J, DiClemente C. Transactional therapy: toward a more integrative model of change. En: Psychotherapy: theory, research and practice 1982; 19:276-288.
23. Morandé Lavin, G., Graell Berna, M., & Blanco Fernández, M. A. (2014). Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad: un enfoque integral. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
24. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Madrid: BOE; núm. 7, de 8/01/2000, Artículo 763 (internamiento no voluntario por razones de trastorno psíquico. p. 575-728 [Acceso 21/07/2017]. URL: <https://goo.gl/CihjyU>
25. NHS Quality Improvement Scotland 2006. Eating disorders in Scotland. Recommendations for healthcare professionals. [Internet] noviembre 2006 [Acceso 21/07/2017]. URL: <https://goo.gl/MQ4SmE>
26. Gordon Catherine M, Ackerman Kathryn E, Berga Sarah L, Kaplan Jay R, Mastorakos George, Misra Madhusmita, Murad M. Hassan, Santoro Nanette F, Warren Michelle P. Functional Hypothalamic Amenorrhea: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 102, Issue 5, 1 May 2017, Pages 1413–1439, [Acceso 5/02/2018) URL: <https://doi.org/10.1210/jc.2017-00131>
27. EBM Guidelines. Eating disorders among children and adolescents. 2004. Evidence-Based Medicine [Internet]. Finnish Medical Society Duodecim. [Acceso 21/07/2017]. URL: http://www.ebmguidelines.com/ebmg/ltk.free?p_artikkeli=ebm00690
28. Manual teórico-práctico de educación nutricional en trastornos de la conducta alimentaria. Viviana Loira Kohen, Carmen López Candela. 2010. Editores Médicos SA: EDIMSA, ISBN -13:978-84-7714-337-6

