



# VALORACIÓN NUTRICIONAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES INGRESADOS POR ANOREXIA NERVIOSA



**Autores:** Irene Caballero Sanz e Inês de Brito Garcia Sousa Ferro  
**Tutor:** Dr. José Manuel Marugán de Miguelsanz

## INTRODUCCIÓN

La tasa de adolescentes que padecen anorexia nerviosa está en aumento, y la enfermedad se presenta en edades cada vez más tempranas (el 40% debuta entre los 15-19 años). El tratamiento del paciente adolescente ingresado por anorexia nerviosa es largo y complejo, requiriendo un equipo multidisciplinario. Algunos de los objetivos más importantes en las primeras fases del tratamiento son la **rehabilitación nutricional** y el **restablecimiento del peso corporal saludable**. En este trabajo presentamos los resultados del **manejo conservador progresivo** en el tratamiento de esta enfermedad. El abordaje más común en los pacientes ingresados, basado en las directrices de guías internacionales, es conservador y comienza el proceso de realimentación cautelosamente. De esta forma se evita una de las complicaciones más temidas de la reintroducción de los alimentos en los pacientes con anorexia nerviosa, el **síndrome de realimentación**. Ésta es una alteración metabólica que ocurre durante la repleción nutricional (oral, enteral o parenteral) de individuos severamente desnutridos.

Anorexia Nerviosa		
Restricción de la ingesta energética con relación a los requerimientos que lleva a una <b>significativa pérdida de peso</b> , teniendo en cuenta la edad, sexo, etapa de desarrollo y salud física.	Miedo intenso a <b>ganar peso</b> o a convertirse en obeso, o una <b>conducta persistente para evitar ganar peso</b> , incluso estando por debajo del peso normal	Alteración de la <b>percepción del peso o la silueta corporales</b> , exageración de su importancia en la autoevaluación o persistente negación del peligro que comporta el bajo peso corporal actual



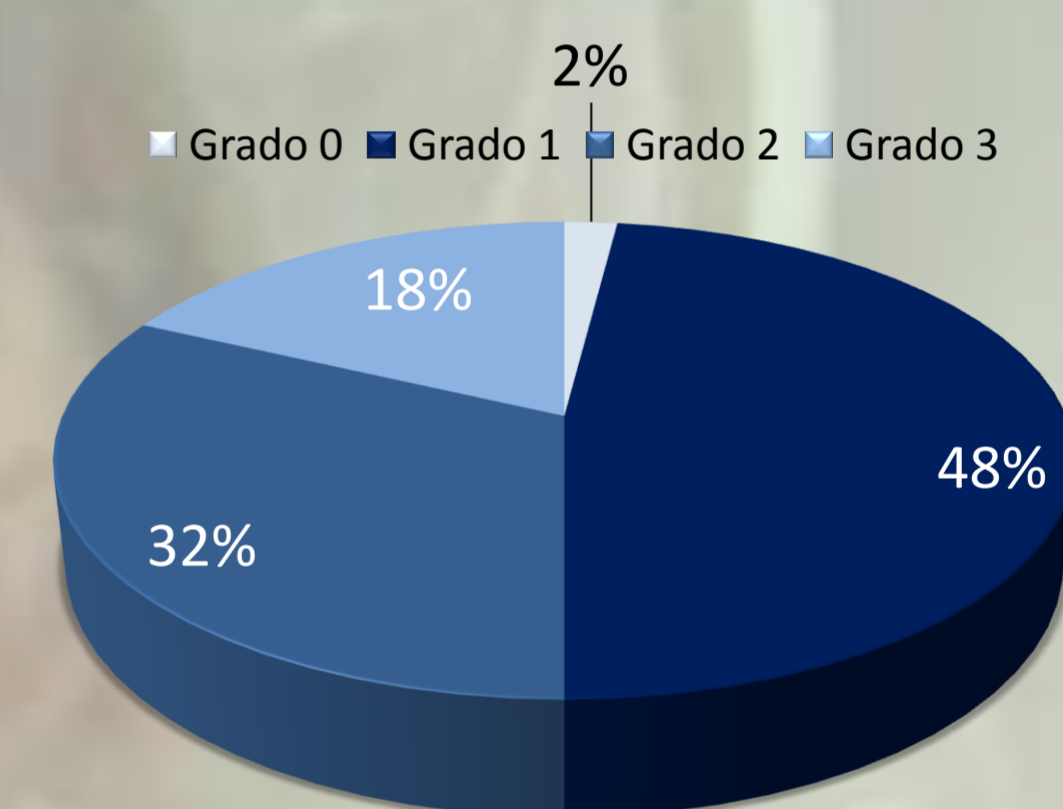
## RESULTADOS

	N	Mínimo	Máximo	Media	Dev. típica
IMC	50	12,60	17,70	15,45	1,14
IMC Z-score	50	-2,22	-0,92	-1,55	0,34
GER	45	570,00	1250,00	827,11	178,65
GER/kg	44	16,42	34,77	24,55	4,75
IMC alta	48	15,02	19,60	17,58	0,78
IMC alta Z-score	48	-1,48	-0,42	-0,94	0,27

Este estudio incluyó a 50 adolescentes menores de 18 años, siendo en un 75% mujeres. No se observó ningún desequilibrio electrolítico importante al ingreso, y los pacientes no presentaron ningún síntoma sugestivo de síndrome de realimentación durante la evolución, por lo que ninguno recibió suplementos orales de vitaminas ni minerales. Solamente 4 casos (8%) requirieron alimentación enteral por sonda nasogástrica temporalmente por no alcanzar los objetivos de ingesta oral, con una fórmula polimérica; y en 8 casos (16%) se necesitaron suplementos energéticos para ayudar a conseguir el objetivo nutricional. El promedio de días de ingreso fue de  $44,54 \pm 17,75$  días.

La cooperación de los pacientes fue siempre adecuada, por lo que resultó fácil establecer acuerdos terapéuticos sobre los objetivos nutricionales entre el paciente y el equipo médico. Después del alta hospitalaria los pacientes fueron seguidos durante algún tiempo en el hospital de día.

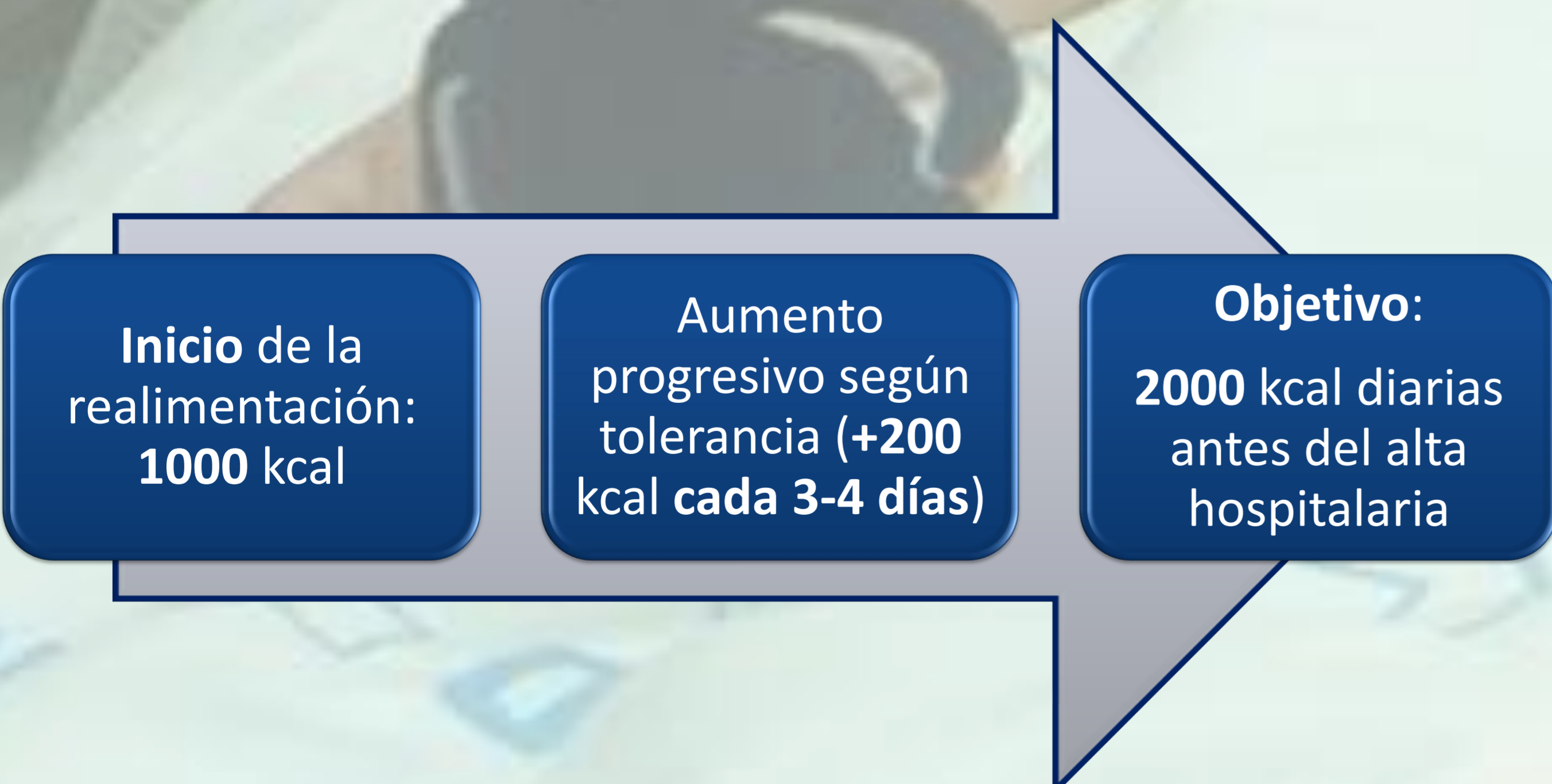
Grado de desnutrición de Cole al ingreso



## MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio observacional se llevó a cabo en un grupo de pacientes ingresados en una unidad psiquiátrica regional específica de adolescentes diagnosticados de anorexia nerviosa. El objetivo del estudio fue evaluar el **aumento de peso**, **complicaciones**, prevalencia del **síndrome de realimentación**, y la duración de la **estancia media hospitalaria**, mediante la revisión retrospectiva de tablas de datos de una muestra de pacientes con AN durante 7 años consecutivos (2007 - 2014).

En este estudio sólo hemos incluido los casos de anorexia nerviosa restrictiva a los que se había hecho una calorimetría indirecta. Se descartaron los casos de bulimia nerviosa y los subtipos de AN con atracones/purgas. La composición corporal se calculó mediante métodos antropométricos, peso talla e IMC, clasificando el grado de delgadez según los criterios de Cole y cols. En la mayoría de los casos se evaluó el Gasto Energético en Reposo (GER) por calorimetría indirecta (Deltatrac®) en ayunas durante los primeros días.



## DISCUSIÓN

La **recuperación del peso durante el ingreso** y su **mantenimiento después del alta** han demostrado ser unos de los mejores factores pronósticos para predecir resultados favorables a corto y largo plazo. Por ello, el **ingreso** es el tratamiento de elección en adolescentes con enfermedad moderada-severa. Pero hay que tener en cuenta que los pacientes adolescentes con AN a menudo no quieren ser hospitalizados, ya que tienden a sentir su estancia hospitalaria más coactiva que los pacientes adultos.

Siguiendo una **realimentación conservadora** como en este estudio, algunos autores han denunciado un "síndrome de subalimentación". Sin embargo, en los estudios es los que se empleaba un aporte calórico mayor desde un principio, gran parte de los pacientes bien requerían suplementos de fosfato por presentar **hipofosfatemia**, o bien precisaban de SNG para evitar el **síndrome de realimentación**.

Por otra parte, la mayoría de los autores afirman que el síndrome de realimentación depende más del grado de malnutrición al ingreso que de la velocidad de ingesta calórica.

### Desventajas y complicaciones de un método de realimentación más agresivo

Podría aumentar los niveles de ansiedad y, como consecuencia, incrementar la resistencia al tratamiento.	Podría producir molestias abdominales y estrés psicológico.	Requeriría la monitorización de los niveles de fósforo, magnesio, potasio y calcio y la realización de un ECG.	Se tendrían que proporcionar suplementos minerales y de vitaminas.	Se debería evaluar el nivel de satisfacción del paciente, la evolución a largo plazo y el número de reingresos.
--	---	--	--	---

## CONCLUSIÓN

En este estudio se han obtenido buenos resultados con las **pautas clásicas progresivas**, que fueron aceptadas y toleradas por los pacientes, **sin que se observaran complicaciones**. Este enfoque permitió que se estableciera un acuerdo entre los pacientes y el equipo médico en relación con los objetivos terapéuticos. Como recientemente se ha reivindicado por parte de un grupo de expertos europeos, existe una necesidad urgente de **mejorar las bases de la evidencia disponible**, dando como resultado pautas en la toma de decisiones en el **manejo** de los adolescentes, la **realimentación** y la **rehabilitación nutricional** de anorexia nerviosa.