

# Tr. De La Conducta Alimentari

*En psiquiatría de urgencias y enlace*



**DR. HERMAN FIGUEROA VARGAS. PSIQUIATRA  
ADULTOS**



# Conflicto de interés

---

¿O intereses sin conflictos?

1. Miembro de AITA VALPO:  
Atención Integral en Trastornos Alimentarios. **[www.aitavalpo.com](http://www.aitavalpo.com)**
2. Unidad de Salud Mental **Hospital Carlos Van Buren**, Valparaíso.
  - a. Tutor Clínico Internado de Psiquiatría Universidad de Valparaíso, y Universidad Andrés Bello.
  - b. Tutor Clínico Programa de Psiquiatría Infantojuvenil Universidad de Valparaíso.
3. Miembro de **Academy for Eating Disorders**.

# Hoja de ruta

---

**01**

**Importancia**

**02**

**Definiciones**

**03**

**Estrategias**

**04**

**Conclusiones**

---

**01**

# Importancia



---

[www.aitavalpo.com](http://www.aitavalpo.com)  
(material descargable)

# Hitos en Chile

## Dr. Dörr

Descripción de casos

1972



## Unidades TCA

Hospital Naval  
UTAL-UC

2000



## Dr. McColl

HEP-HCVB

2000



## SSVSA

Articulación en red

2023



*Síndrome de hiperfagia  
y vómito secundario*

# Importancia

---

## Aumento de los TCA en los últimos años.



Sobre todo desde la pandemia.  
Aumento en prevalencia y en **severidad**.



Los servicios clínicos han mostrado inadecuada capacidad de responder a estas necesidades.

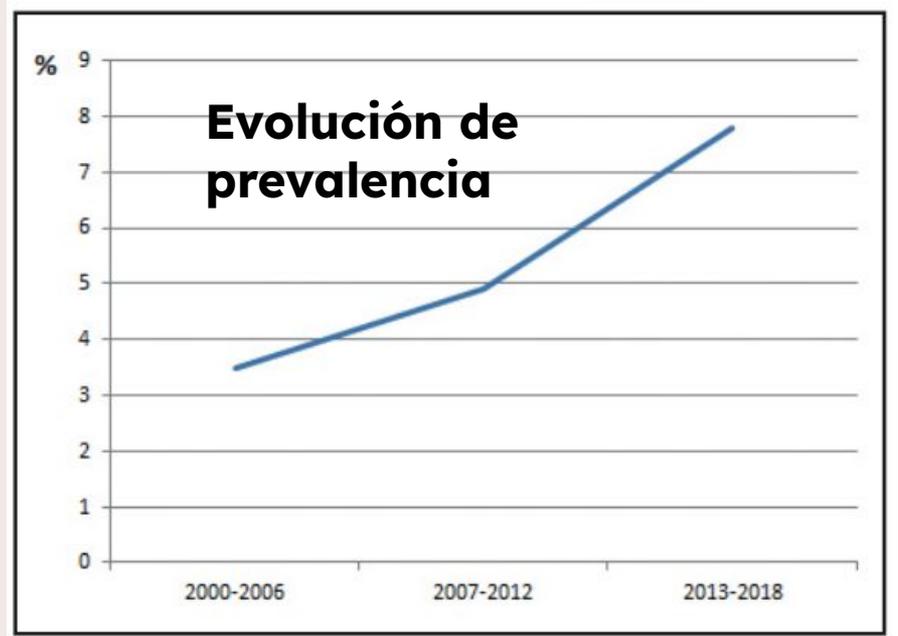


Oportunidad de salir de esta tormenta perfecta.



# Prevalencia

- AN: 0,5 a 2% Mortalidad 6%.
- BN: 0,9 a 3% Mortalidad 2%
- TA: 1.4% (estimación)



Biol Psychiatry. 2018 Sep 1;84(5):345-354

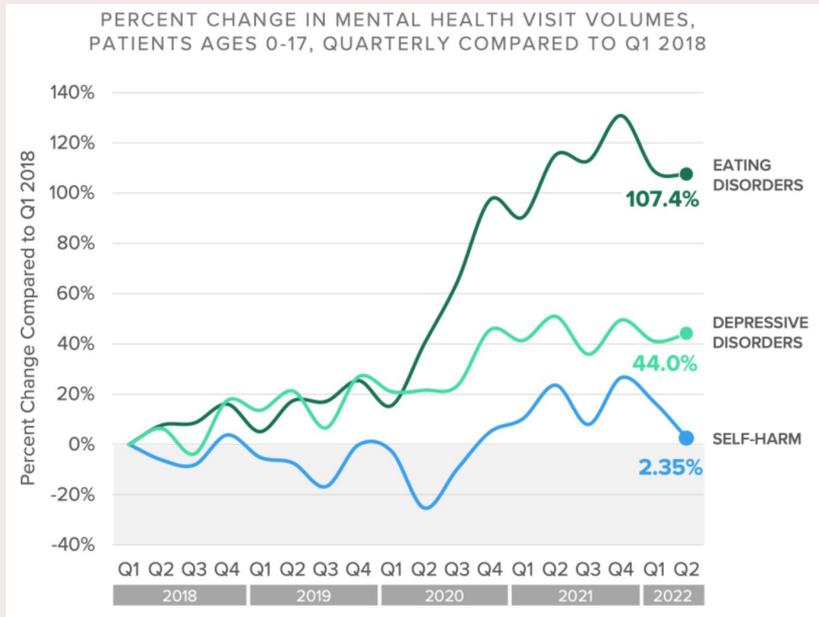
Med Clin North Am. 2019 Jul;103(4):669-680.

Lancet. 2020 Mar 14;395(10227):899-911

# Incidencia



## Aumento de consultas (EEUU)



### Perfil de pacientes:

- Más jóvenes
- Más severos
- Rápido empeoramiento de IMC, actividad física, síntomas relativos al cuerpo.
- Internalización de ansiedad y depresión.

### Más casos nuevos y mayor tasas de recaídas y complicaciones en personas con TCA.

#### Post covid-19

- Aumento de hasta un 66% en los ingresos hospitalarios en niños y adolescentes (Barrett y Richardson, 2021)

# ¿Cuál es nuestra actitud hacia las personas con TCA?



# Actitudes

---

Y estigmas:

- Los TCA son un estilo de vida. Son una fase.
- Hacer dieta es normal.
- TCA afectan solo mujeres, adolescentes blancas.
- Deben parecer de cierto tamaño para tener un TCA.
- No se mejoran.

**Y lo más importante:** Los estigmas conllevan juicios, culpabilizar y aislar la persona que experimenta un TCA. Se crea una barrera en el acceso a la atención.



# Barreras claves

---

“

Dificultad en reconocer la enfermedad a tiempo.

**Comunidad**

“

Dificultades de acceso a atenciones de salud.

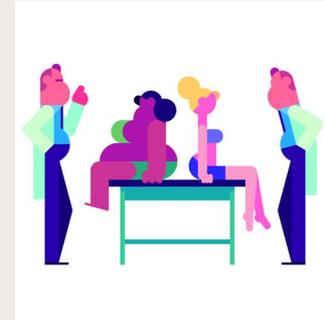
**Acceso**

“

Competencias y conocimientos inadecuados.

**Capacitaciones**

“



**Prejuicios**

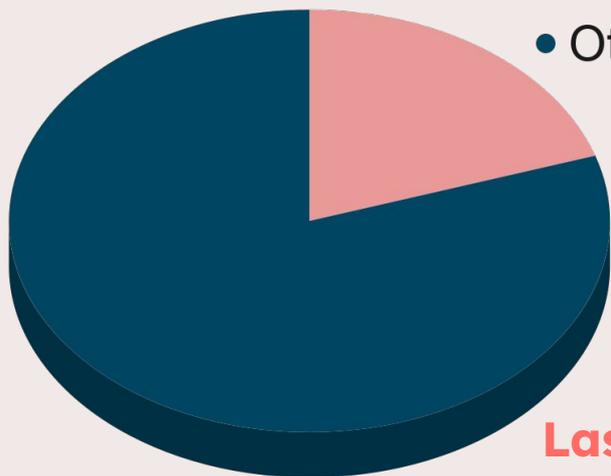
---



Estos trastornos pueden evolucionar hacia la cronicidad y presentar situaciones de elevada **gravedad psiquiátrica y somática**, pudiendo llegar a la muerte.

# Mortalidad

---



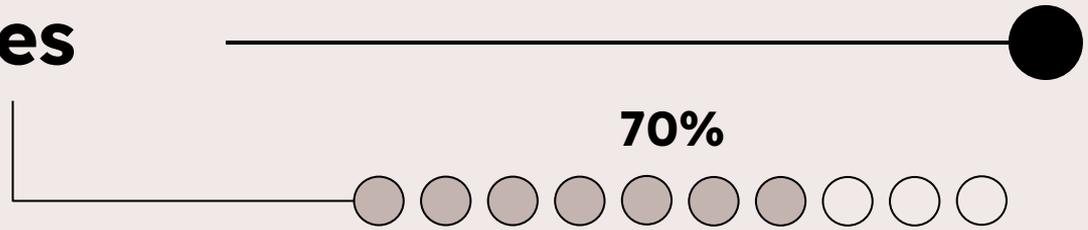
- Suicidio
- Otras

Tasa de mortalidad por 1000 habitantes

- AN: 5.1
- BN: 1.7
- TCANE: 3.3
- 2.5 EQZ
- 2.1 TAB
- 1.6 TDM

**Las tasas de mortalidad en TCA son más altas que en trastornos psicóticos y afectivos**

# Comorbilidades



**Tr. de personalidad**

53%



**Tr. de ansiedad**

>50%



**Tr. de ánimo**

40%



**Tr. Sustancias**

>10%

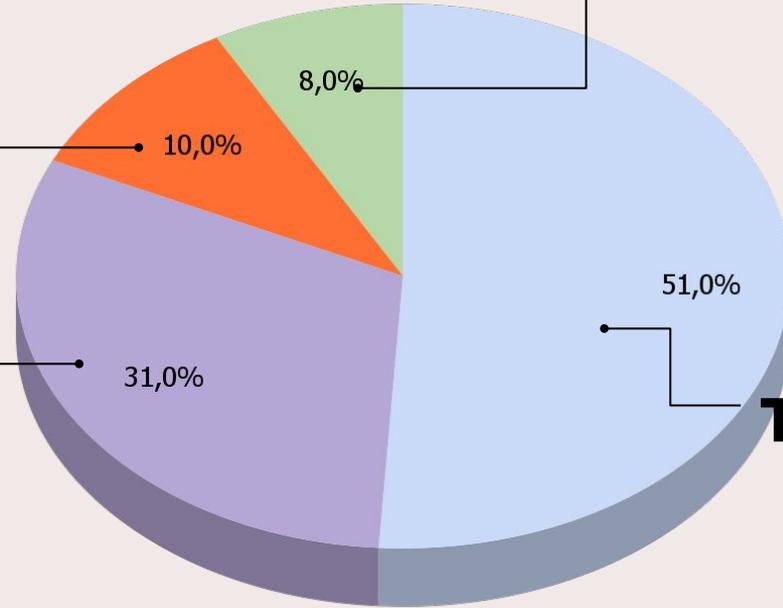


# Comorbilidades

60% Adolescente TCA

**Tr.  
Oposicionista  
desafiante**

**TDAH**



**TOC**

**Tr Ansioso**



02

## Definiciones

Si no ha entrado a  
[www.aitavalpo.com](http://www.aitavalpo.com)  
Hágalo ahora



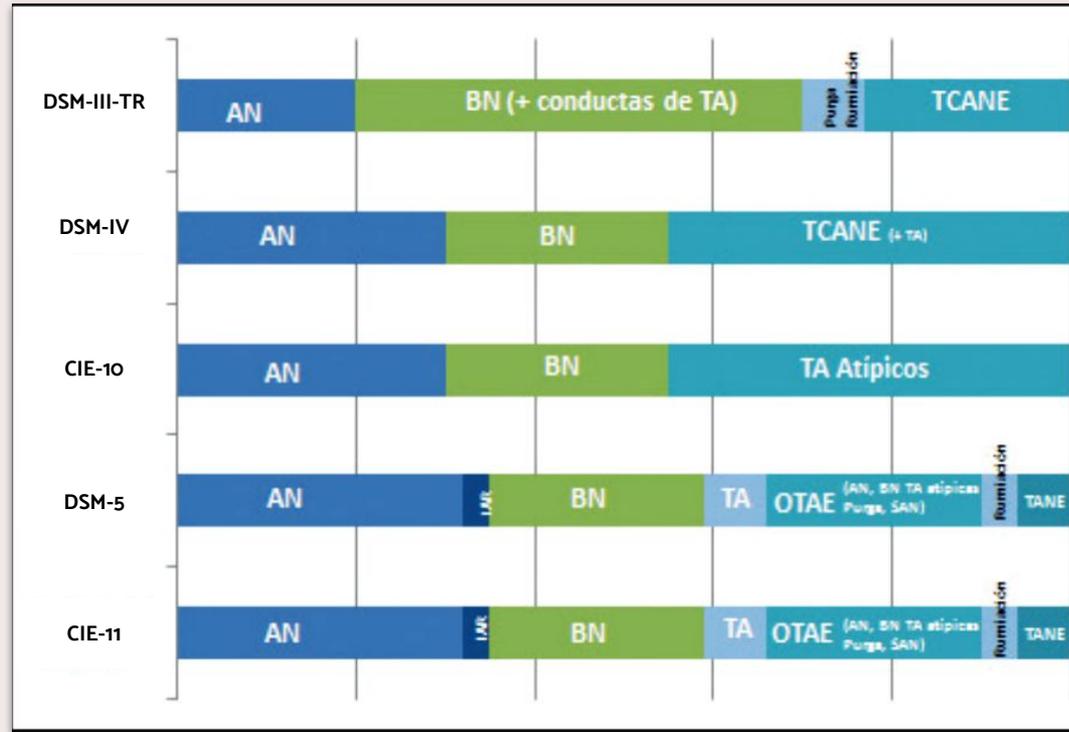
---

[www.aitavalpo.com](http://www.aitavalpo.com)  
(material descargable)

# Trastornos de la conducta alimentaria y sus características clínicas principales, según DSM 5

Diagnóstico	Características
Anorexia nerviosa	<ul style="list-style-type: none"><li>- Existencia de una ingesta oral reducida e inferior a los requerimientos a pesar de un bajo peso.</li><li>- Miedo intenso a ganar peso.</li><li>- Alteración de la percepción del peso corporal y del propio cuerpo.</li></ul>
Bulimia nerviosa	<ul style="list-style-type: none"><li>- Episodios recurrentes de atracones.</li><li>- Comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso: vómitos autoprovocados, uso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ejercicio excesivo.</li></ul>
Trastorno por atracones	<ul style="list-style-type: none"><li>- Episodios recurrentes de atracones.</li><li>- Conductas asociadas (tres o más): comer muy rápido hasta sentirse repleto, sin hambre, solo (por vergüenza), sentir disgusto, depresión, culpa o malestar asociado al comer.</li><li>- No está asociado a conductas compensatorias (vómito, ejercicio, ayunos).</li></ul>
Pica	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ingesta de sustancias no comestibles (tierra, tiza, etc.).</li></ul>
Rumiación	<ul style="list-style-type: none"><li>- Regurgitación de alimentos para masticarlos o escupirlos de manera repetida.</li></ul>
TERIA o ARFID	<ul style="list-style-type: none"><li>- Trastorno de evitación-restricción de la ingesta de alimentos o <i>avoidance/restrictive food intake disorder</i>.</li></ul>

# Tipos TCA



---

**03**

# Estrategias

Guía Clínica de  
Emergencias Médicas  
Medical Emergencies in  
Eating Disorders (MEED)



---

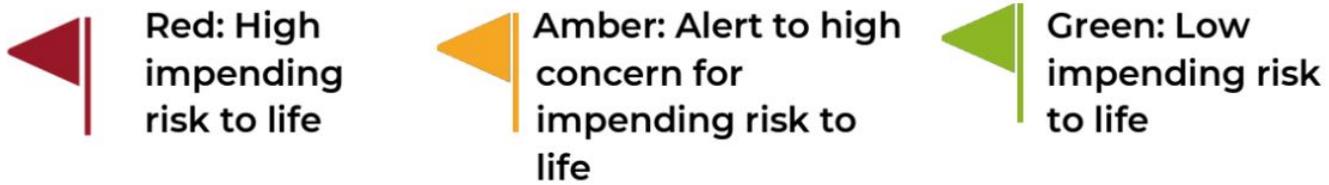
[www.aitavalpo.com](http://www.aitavalpo.com)  
(material descargable)



PHYSICAL HEALTH RISK RATING	HIGH IMPENDING RISK TO LIFE	ALERT TO HIGH CONCERN FOR IMPENDING RISK TO LIFE	LOW IMPENDING RISK TO LIFE
BMI	BMI < 13 (in >18 years) m/w/WH <70% (<18 years)	m/w/WH 70-80% (<18 years) Over 18 BMI 13-14.9	m/w/WH 90-85% (<18 years) Over 18 BMI >15
Weight change for last 2 weeks	Loss 1 kg or more/week	Loss 0.5kg - 1kg/week	Loss <0.5kg/week
Heart rate (change on standing)	<40 bpm	40-50 bpm	50-60 bpm
Syncope History	>30 rise (350pm in <16 years old)	10 - 30 rise	Normal postural change
BP	Recurrent syncope	Occasional syncope	No syncope
Postural drop	BP < 0.4th centile for age, Systolic < 90	<0.4th centile for age, <90 Systolic	Normal BP and pulse
ECG (not sinus arrhythmia)	>20 mmHg	Systolic 15 - 20 mmHg	Normal postural change
QTc (consider FH and medication)	Arrhythmia or evidence biochem abnormality		
Hydration Status	>460ms (girl) in <18 years >450 in >18 years	>460ms (girl) in <18 years >450 in >18 years	<460ms (girl) in <18 years <450 in >18 years
Temp (tympanic)	<460ms (boy) in <18 years <430 in >18 years	<450ms (boy) in <18 years <430 in >18 years	<450ms (boy) in <18 years <430 in >18 years
RW mmol/l	Fluid refusal Severe dehydration >10% reduced urine output, dry mouth, Reduced Skin Turgor, Sunken eyes	Fluid restriction, Moderate dehydration (5-10%)	Fluid restriction, May have dry mouth
	Reduced urine output, Dry mouth, Normal Skin Turgor	Reduced urine output, Dry mouth, Normal Skin Turgor	Mild dehydration <5%
	<35.5°C	<36°C	>36°C
	Haemorrhocidaemia	Haemorrhocidaemia	

Managing Emergencies in Eating Disorders (MEED) (Based on RCPsych Report CR 233), Pan-Age Physical and Psychiatric Risk Assessment Tool for Eating Disorder Patients

Table 1: Risk assessment framework for assessing impending risk to life



Activity and Exercise ( <i>Muscular Function</i> )	High levels of uncontrolled exercise in context of malnutrition (>2hours/day) SUSS Test (Score 0-1) Multiple daily episodes of vomiting and/or laxative	Moderate levels of uncontrolled exercise in context of malnutrition (>1 hours/day) SUSS Test (Score 2) Regular (>3x per week) vomiting and/or laxative abuse	Mild levels of uncontrolled exercise in context malnutrition (<1hour/day) SUSS Test (Score 3)
Purging Behaviour	Self-poisoning, suicidal ideas with moderate to high risk of completed suicide	Cutting or similar behaviours, suicidal ideas with low risk for completed suicide	
Self-harm/suicidality	Live threatening Physical condition: Confusion, Poor cognitive function, Diabetic Ketoacidosis, Haematemesis, Increased Alcohol consumption	Mild Hematemesis, Pressure Sores, Non-life threatening physical conditions.	Evidence of physical compromise, e.g. poor oc flexibility, poor concentration.
Other medical conditions	<b>!</b> Patient should be under Psychiatric care for treatment of ED	<b>!</b> Patient should be under Psychiatric care for treatment of ED	<b>!</b> Patient should be under Psychiatric care for treatment of ED

# Evaluación de riesgos

**Rojo: Riesgo elevado** **Ámbar: Riesgo moderado** **Verde: Bajo riesgo**

## 7 áreas a evaluar:

- Peso, BMI, Velocidad de cambio de peso
- Cardiovascular: ECG, pruebas de esfuerzo, ECG, ECC
- Temperaturas, hidratación
- Biorritmos y hemogramas
- Fisiología muscular
- Síndromas conductuales: motivación ejercicio, purgas
- Autoagresión y riesgo suicida

1

Evaluación clínica

2

Evaluación del compromiso con los planes

3

Determinar riesgo de complicaciones graves

4

Determinar riesgo de síndrome de realimentación



## Caja 1. Desafíos potenciales para una adecuada evaluación de riesgo

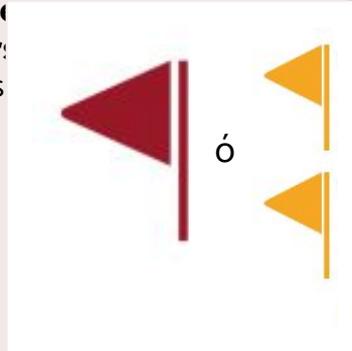
---

- El paciente puede parecer bien.
- Compulsión a ejercitar pueden verse activos hasta colapsar.
- Ideaciones y conductas suicidas son comunes.
- Exámenes de sangre a menudo normales.
- Asegurar al paciente que el riesgo es bajo puede provocar mayor restricción y purgas.
- El miedo a recuperación de peso puede reducir la capacidad del paciente de dar una historia confiable.



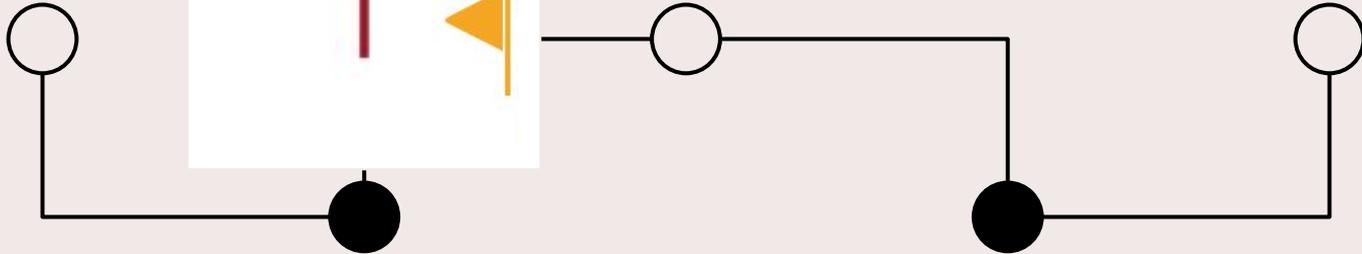
# MEED

**Medical Emergencies  
in Eating Disorders:**  
Emergencias Médicas  
en TCA



**Nivel de cuidados**  
UPC/UTA

**Alteraciones  
conductuales**



**Evaluación de riesgo**

**Realimentación segura**

Sd realimentación  
vs  
Hipoalimentación



# MEED

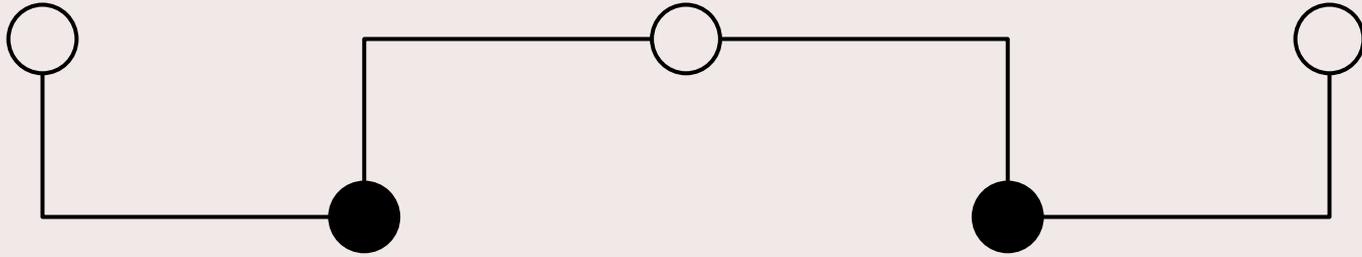


**Alteraciones  
conductuales**

**Procedimientos  
involuntarios**

**MEED CHECKLIST**

¿pregunté todo?



**Familiares y  
cuidadores**

**Diabetes Mellitus**



# Peso e IMC

---



**Menor 18 años**  
**IMC%<sub>m</sub>**

**< 70. 70-80% >80%**

**Adultos**  
**IMC VN 18.5 - 25**

## **Precaución**

Ingesta de líquidos  
falsea el peso

## **Valor absoluto**

**<13. 13-15. >15**

## **Última dos semanas**

**> 1 kg. 1/2-1. <1**

## **Descenso rápido**

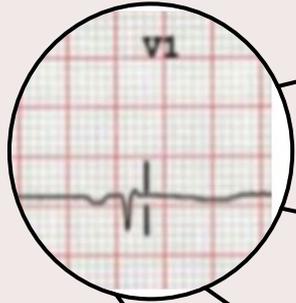
**Independiente  
del peso**



# Cardiovascular

## Temperatura

## Hidratación



FC

< 40 lpm

PA sistólica

< 90 mmHg

PA Caída postural

>20 mmHg

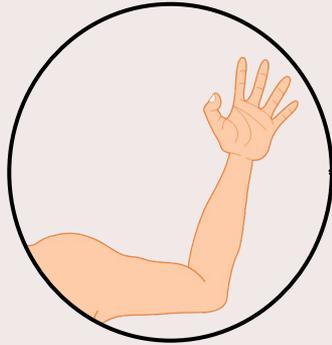
ECG

Cualquier  
anormalidad

### Precaución

Riesgo de muerte súbita

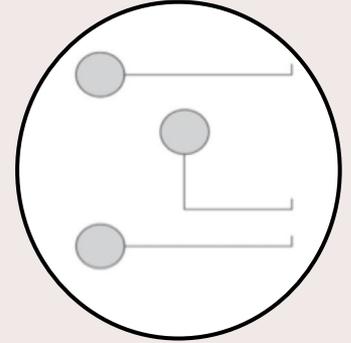
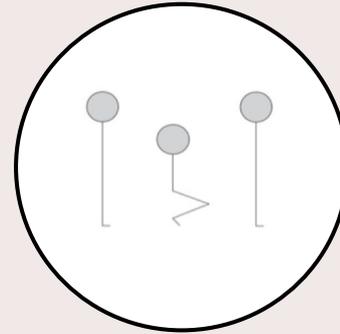
# Fuerza y función Muscular



**SUSS (Sentadilla.  
Levantarse desde  
el piso)**

**Perímetro  
braquial**

**< 18 cm.**



→ Sugiere un IMC < 13



# Aspecto conductuales

---



Rechazo a las  
indicaciones

Rechazo a la  
ingesta

Ejercicio disfuncional.  
Purgas (2 o más/día)

Riesgo suicida

## Precaución

Ingesta <500 cal en 48 h

---

# Bioquímica-Hematol.



**Glicemia**

**< 54 mg/dl**

**Potasio**

**< 3 meq/L**

**P. hepáticas**

**Elevadas 3x**

**Sodio**

**Fósforo**

**Cualquier  
disminución**

**Albúmina**

**Calcio**

## **Precaución**

DM1  
HbA1c > 10

# Nivel de cuidados

## SEDUs and SEDBs will normally be able to offer

Nasogastric tube feeding (insertions may be performed off-site)

Daily biochemical tests and ECG

Frequent nursing observations

Management of compensatory behaviours (water drinking, absconding, exercising, etc.)

Detection, prevention and management of refeeding syndrome

Sedation or restraint of a highly distressed patient

Use and management of mental health legislation and safeguarding frameworks

Treatment of pressure sores

Immediate cardiac resuscitation without presence of cardiac resuscitation ('crash') team

Access to advice from physicians/paediatricians and dietitians in a timely and flexibly responsive manner, ideally in the form of a MEED group

### Key:

ECG = electrocardiogram; MEED = Medical Emergencies in Eating Disorders (formerly MARSIPAN);

SEDB/U = specialist eating disorders bed/unit

## SEDUs and SEDBs will not usually offer

Intravenous infusion

Artificial ventilation

Cardiac monitoring

Central venous pressure lines

Total parenteral nutrition

Cardiac resuscitation ('crash') team

Treatment of serious medical complications

24-hour immediate medical availability

# Sd Realimentación

↓PO<sub>4</sub> ↓K ↓Mg



Edema periférico

Falla orgánica

**Puede ocurrir con cualquier IMC**

## Appendix 3: Medical emergencies in eating disorders risk checklist for clinicians

### Assessing

#### Does the patient have an eating disorder?

**Yes:** Anorexia nervosa- Bulimia nervosa- Other

**Not sure:** Request psychiatric review

#### Is the patient medically compromised?

- BMI <13 (adults); m%MBI <70% (under 18)?
- Recent loss of >1kg for 2 consecutive weeks?
- Acute food or fluid refusal/intake <400kcal per day?
- Pulse <40?
- BP low, BP postural drop >20mm, dizziness?
- Core temperature <35.5°C?
- Na <130mmol/L?
- K <3.0mmol/L?
- Raised transaminase?
- Glucose <3mmol/L?
- Raised urea or creatinine?
- Abnormal ECG?
- Suicidal thoughts, behaviours?

#### Is the patient consenting to treatment?

**Yes:**

**No:** Mental health assessment requested

### Refeeding

#### High risk for refeeding syndrome?

- Low initial electrolytes
- BMI <13 or m%BMI <70%
- Little or no intake for >4 days
- Low WBC
- Serious medical comorbidities, e.g. sepsis

#### High risk? Management:

- <20 kcal per kg per day
- Monitor electrolytes twice daily
- build up calories swiftly
- avoid underfeeding

#### Lower risk? Management:

- Start at 1,400–2,000kcal per day (50 kcal/kg/day) and build by 200 kcal/day, to 2,400kcal/day or more
- Aim for weight increase of 0.5–1kg/week
- Avoid underfeeding

#### Monitoring

- Electrolytes (especially P, K, glucose)
- ECG
- Vital signs
- BMI

### Managing

#### Are medical and psychiatric staff collaborating in care?

**Yes:**

**No:** Psych. consultation awaited

#### Are nurses trained in managing medical and psychiatric problems?

**Yes**

**No and appropriately skilled staff requested/training in place**

#### Are there behaviours increasing risk?

- Falsifying weight
- Disposing of feed
- Exercising
- Self-harm, suicidality
- Family to stress/anxiety
- Safeguarding concerns

**Mobilise psychiatric team to advise on management**

**Note:**

m%BMI = mean percentage BMI

Please do not use BMI as a single indicator of risk

# Manejo intrahospitalario



**Objetivos  
personalizados**

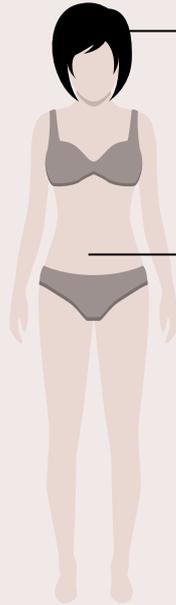
**En equipo  
multidisciplinario**

**Manejo conductual**

# Objetivos hosp.

---

Manejar comorb. psiq.



Prevenir complicaciones médicas

Realimentar de forma segura

## Trabajo con familiares



Lograr una adecuada conciencia de enfermedad no es un objetivo de la hospitalización

# Manejo conductual

01 **Reposo**

- En cama. Hasta cumplir con 24 h de pauta alimentaria.
- Cuidador 24 horas: vigila ingesta y riesgo suicida
- Sin baño 2 h post comidas.
- Uso supervisado
- Ducha después de medición de peso
- Ducha alejado del desayuno.

02 **Baño**

03 **Peso**

- En ayuno 2 veces por semana.
- Peso ciego

04 **Visitas**

- Acordadas, registradas, supeditadas al cumplimiento de la pauta.

05 **Salidas terapéuticas**

- Acordadas previamente, según recuperación.

---

# Realimentación

Tiempos de alimentación: 20 minutos.  
Si no: suplemento oral, 10 minutos adicionales.  
Si no, SNG puede ser necesario.



# Roles



**Guidance on  
Recognising and  
Managing Medical  
Emergencies in  
Eating Disorders**

(Replacing MARSIPAN and Junior MARSIPAN)

Annexe 1: Summary sheets for assessing  
and managing patients with severe eating  
disorders

May 2022

Summary sheet for:

1: psychiatrists.....	3
2: physicians.....	5
3: GPs.....	7
4. nurses.....	9
5: relatives and carers.....	11
6: people with eating disorders.....	13
7: paediatricians.....	15
8: liaison psychiatrists.....	17
9: dietitians.....	19
10: managers and commissioners coordinating care.....	21
11: psychologists and therapists.....	23
12: generic psychiatry teams.....	25
13: emergency department staff, on-call medical and paediatric staff.....	27
14: physiotherapists.....	30



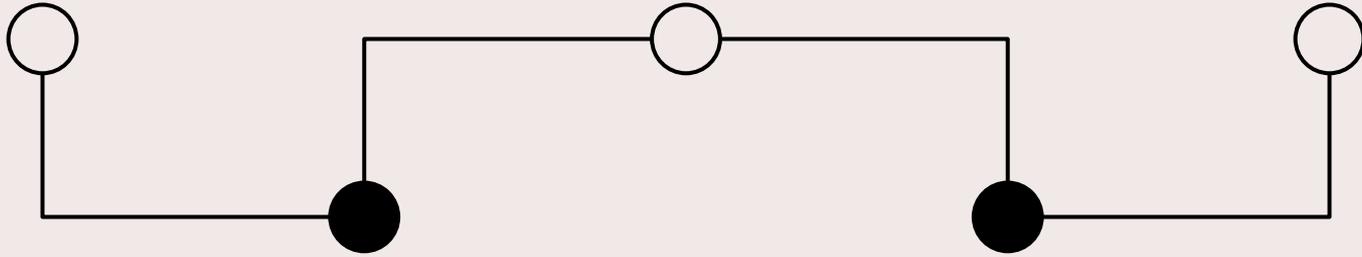
# MEED



**Medical Emergencies  
in Eating Disorders**  
Emergencias Médicas  
en TCA

**Nivel de cuidados**  
UPC/UTA

**Alteraciones  
conductuales**



**Evaluación de riesgo**

**Realimentación segura**

Sd realimentación  
vs  
Hipoalimentación



# MEED

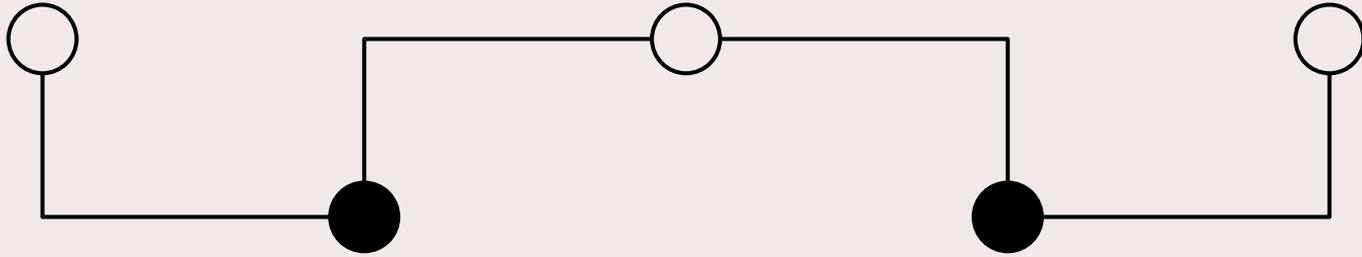


**Alteraciones  
conductuales**

**Procedimientos  
involuntarios**

**MEED CHECKLIST**

¿pregunté todo?



**Familiares y  
cuidadores**

**Diabetes Mellitus**



# Enfermería

---

## Evaluación de riesgo

Informar si detecta una bandera roja o dos ámbar no encontradas previamente

## Lugar de hospitalización

Consultar (luchar) disponibilidad cama adecuada.

## Realimentación segura

Asegurar ingesta (vigilancia 1:1).

Instalación de invasivos.

Prevenir subalimentación y sd realimentación





## **Manejo alt. conductuales**

Esconder comida, microejercicio, falsificar peso  
Registro de ingesta. Apoyo empático.

## **Cuidadores y familia**

Entrega de información práctica.

## **Proced. Involuntarios**

Prevenir abandonos voluntarios

# Psicología

---

## Evaluación de riesgo

Revisar con paciente condiciones de riesgo actualizadas. Transmitir preocupaciones.

## Lugar de hospitalización

Asegurar de que personal supervisor esté al alcance para revisar preocupaciones.

## Realimentación segura

Tener claridad del proceso en que se encuentra y riesgos en la realimentación





---

## **Manejo alt. conductuales**

Conocer si la evolución no es la esperada y Revisarlo en terapia.

## **Cuidadores y familia**

Disminuir ansiedad. Compartir las situaciones de riesgo y su manejo. Participar de la terapia individual.

## **Proced. Involuntarios**

Manejo de aspectos contradictorios





04

## Conclusiones

Elevadas tasas de mortalidad y pobres resultados en los TCA, especialmente AN, son en su mayoría prevenibles y requieren una acción urgente.

Una estrategia nacional para direccionar esto debería incluir: la prevención, detección temprana, acceso oportuno a tratamientos médicos y psicológicos integrados, manejo seguro en emergencias, prevención del suicidio, e invertir en entretamiento, servicios e investigación.



## Dudas y consultas

[drfigueroavargas@mental.cl](mailto:drfigueroavargas@mental.cl)

[www.aitavalpo.com](http://www.aitavalpo.com)

Atención Integral en  
Trastornos Alimentarios  
Valparaíso