

EL MEDICO

ENTREVISTA CLÍNICA A PROPÓSITO DE UN CASO

- Programa de formación en colaboración con la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
- Caso clínico basado en un planteamiento y discusión sobre la Entrevista Clínica en Atención Primaria.
- Actividad avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN
- Evaluación on-line
www.elmedicointeractivo.com/entrevistaclinica.htm

Anorexia nerviosa no reconocida por el paciente



Actividad Avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN con el nº 24/2009



SEAFORMEC
Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada

Actividad acreditada en base a la encomienda de gestión concedida por los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte y de Sanidad y Consumo al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos con **0,4 créditos equivalentes a 2 horas lectivas**



Nº Registro: 0330/03/2009

Anorexia nerviosa no reconocida por el paciente

AUTORES

Patricia Durán López

Residente de Medicina de Familia. C.S. Olaguibel –Vitoria. Comarca Araba

M^a Eugenia Ortega Horrillo

Médico de Familia. C.S. Olaguibel–Vitoria. Comarca Araba

Amaya Ruiz de Loizaga Arellano

Médico de Familia. C.S. Olaguibel–Vitoria. Comarca Araba

Alfonso A. Rodríguez Fernández

Médico de Familia. C.S. Olaguibel–Vitoria. Comarca Araba

COORDINADOR

Sergio Gimenez Basallote

Médico de Familia. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Centro de Salud del Limonar. Málaga

Introducción

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que supone una pérdida de peso derivada de la privación de la alimentación auto impuesta por el enfermo y secundaria a una percepción errónea del propio cuerpo, la cual le conduce a un estado de inanición.

Se caracteriza por el temor a aumentar de peso, y

por una percepción distorsionada y delirante del propio cuerpo que hace que el enfermo se vea obeso, aun cuando su peso se encuentra por debajo de lo recomendado. Por ello inicia una disminución progresiva de la ingesta de alimentos para lograr una reducción de su peso que logre mejorar su distorsionada imagen.

Normalmente comienzan con la eliminación de los hidratos de carbono. A continuación rechazan las grasas, las proteínas e incluso los líquidos, llegando a casos de deshidratación extrema.

A estas medidas se le suman otras conductas asociadas, como son la utilización de diuréticos, laxantes, purgas, vómitos provocados o exceso de ejercicio físico.

Esta enfermedad suele asociarse con alteraciones psicológicas graves que provocan cambios de comportamiento, de la conducta emocional y una estigmatización del cuerpo.

Aunque hay muchos factores socioculturales que pueden desencadenar la anorexia, es probable que una parte de la población tenga una mayor predisposición física a sufrir este trastorno, independiente de la presión que pueda ejercer el entorno. Es decir, existen factores generales que si se asocian a un factor desencadenante o cierta vulnerabilidad biológica, se precipite el desarrollo de la enfermedad.

La edad de inicio de la anorexia se sitúa en torno a los 12 años, si bien la población más afectada se encuentra entre los 14 y los 18 años. Es más frecuente en las clases sociales media y media-alta y en un 85% de los casos la anorexia afecta a mujeres jóvenes, aunque en estos últimos años ha incrementado el número de casos en hombres, mujeres adultas y en niños. También

existen colectivos más propensos a sufrir estos trastornos (gimnastas, bailarines, etc.).

En ocasiones, los padres desconocen la vida de sus hijos adolescentes, no saben nada de sus nuevas amistades y les resulta difícil sentarse a conversar con ellos. No obstante, la madre suele ser la primera persona en percibir que algo le está pasando a su hijo. Una preocupación desmedida por el peso o el aspecto físico, los cambios en los hábitos de comidas y las alteraciones del comportamiento son las señales habituales que alertan a sus progenitoras.

Según la bibliografía, las madres españolas detectan este problema 6 meses antes de que aparezca el cuadro incipiente de la enfermedad. Esto hecho se cree debido a que la población dispone de mucha información que facilita la detección precoz de estas patologías.

El tratamiento de la anorexia requiere un abordaje multidisciplinar, pero habitualmente al médico de familia es al que le corresponde la realización de la primera consulta.

Ante la sospecha de anorexia nerviosa, una correcta anamnesis (con evaluación psicológica y del entorno familiar), exploración física y pruebas complementarias son de obligado cumplimiento.

Entre los factores de buen pronóstico se encuentran el diagnóstico y tratamiento precoces, la ausencia de antecedentes psicopatológicos familiares, el incremento de peso al inicio del tratamiento, el reconocimiento de la existencia de la enfermedad y el buen apoyo familiar.

A continuación narramos un cuadro clínico de anorexia nerviosa y su abordaje desde una consulta de atención primaria.

Caso clínico

Catalina (42 años) se presenta puntual a la cita estipulada. Su motivo principal de consulta es la gran preocupación que le despiertan los cambios experimentados por su hija Cristina de 16 años, extraordinaria bailarina de ballet clásico en el conservatorio, y que hasta ahora,

siempre ha sacado muy buenas notas en el Instituto.

Catalina dice que está muy angustiada, viendo últimamente más delgada a su hija y con un comportamiento raro y extraño en ella (se ha vuelto contestona, busca cualquier pretexto para cenar sola, no acaba los deberes, suspende sus exámenes,...). Además, se ha hecho muy selectiva con los alimentos aduciendo que la profesora de ballet le ha marcado unas pautas muy estrictas de alimentación para mantener su peso más 3 horas de entrenamiento diario, con repaso en casa las coreografías.

Ya no quiere que le acerquen al Instituto o a las clases de ballet y prefiere ir en bici o andando, siendo el descenso de su rendimiento escolar alarmante.

Las discusiones con sus padres y hermanos son una constante diaria, alterando de forma importante la convivencia familiar.

Catalina nos comenta, que aprovechando que su hija presenta un leve proceso catarral, la ha convencido para solicitar una consulta en el último hueco de nuestra agenda. Nos pide, que por favor abordemos la problemática expuesta, pero sin decir que ha sido ella la que nos contado todo.

Catalina se va, pero antes de salir de la consulta dice que confía en nosotros para ayudar a su hija.

Transcurre la mañana..... y nuestro último paciente es Cristina, la hija de Catalina.

Cristina entra a la consulta y se sienta. Dice que lleva 2 días con tos y algo de moco, sin manifestar nada más. Hacía tiempo que no le la veía, pero la pérdida de peso desde entonces es llamativa.

Durante la exploración física presto especial atención al pelo, uñas y dentición, además aprovecho para medirle y pesarle. No me llama nada la atención salvo su IMC que es de 18.

Tras la exploración, le explico que presenta un cuadro catarral leve, pero que me ha sorprendido su escaso peso. Ante esta apreciación noto un cambio de actitud negativo es su comunicación no verbal.

Intento dar un giro sutil a la consulta. Le pregunto

qué tal le va en el ballet, cuántas horas entrena al día, a ver si es duro y si está a gusto. Me dice que el ballet es su pasión, y que sus profesores creen que tiene futuro, aunque debe cuidar su peso, no aumentar ni un gramo, y entrenar muchas horas, por ahora no tiene problemas para compaginar con los estudios, que sigue sacando buenas notas.

Me intereso por su entorno social, confirmándome que ya no sale con sus amigos de siempre, siendo sus nuevas amistades las compañeras de ballet (“a mí no me gusta ir a los sábados a merendar comida basura como hacen ellas, las de ballet son las que me entienden”). También relata que hasta ahora su familia siempre le había apoyado y animado para que siguiera con el ballet, pero últimamente no sentía ese respaldo. La relación con su madre se ha resquebrajado (“no sabe lo importante que es para mí el ballet”).

Llega el momento de indagar sus hábitos alimenticios (cuántas comidas diarias realiza, sus gustos y preferencias, si come con sus padres...). Aprecio un nuevo cambio de actitud, se pone a la defensiva, respondiendo rápido, con monosílabos y evitando la mirada directa.

Pese a todo consigo “extraerle” algunos datos más: No desayuna en casa (no le da tiempo), en el recreo sólo toma una pieza de fruta, come en el instituto un “taper” (de ensalada que ella prepara), no merienda porque está entrenando, y si tiene tiempo, cena en casa, pero muchas veces toma un vaso de leche en su cuarto mientras termina los deberes o ensaya. Reconoce prestar mucha atención a las calorías que ingiere (“no puedo pasarme, si comiendo esto, estoy así, si como más llegaré a los 70Kg”).

Cuando le pregunto cuál es la auto percepción de su imagen, me dice que no le gusta su físico (quiere tener unas piernas más delgadas, como otra compañera de baile, y bajar abdomen). Tal y como se ve, no llegará a ser profesional en ballet y mucho menos a tener éxito entre los chicos.

Cristina cada vez está más incómoda, así que decido finalizar esta 1ª entrevista, solicitando una analítica

completa y programando una nueva cita dentro de una semana.

A los 10 días, vuelve Cristina. La analítica está bien y el proceso catarral está superado. Retomo el tema de “su delgadez”. En estos 10 días ha bajado 800gramos. Se sorprende, pues refiere que esta semana ha comido un filete a la plancha. Pero ha entrenado más duro ya que se acerca el examen de ballet.

Le comento que tiene un peso por debajo de lo estimado para su edad, lo que encajaría con un cuadro de anorexia. Se asombra y rechaza la idea por completo, ella no hace nada diferente a las chicas que le rodean: si yo soy anoréxica, las demás....

Muestro mi interés por ayudarle, todavía es una fase temprana y hay solución, pero necesito que ella colabore. Le explico que si sigue comiendo poco y entrenando tan duro, dentro de unos meses no tendrá energía suficiente ni para llegar a la escuela de ballet.

Junto con unas hojas con recomendaciones dietéticas muy sencillas, le entrego un cuaderno-diario. Quiero que en él me apunte todo lo que come y las horas que entrena, los días del ciclo menstrual, si sale con los amigos, etc.

Intento llegar a un acuerdo, consistente en que todas las semanas acudirá a la consulta de enfermería para pesarse. La enfermera será la encargada de avisarme si algo le llama la atención.

Cristina acude periódicamente por la consulta, a veces sola y otras veces acompañada por su madre; y yo, “casualmente” aparezco por allí. Parece que mantiene un peso estable, así como la alimentación y hace un entrenamiento algo más suave.

Falla en la 6ª consulta. Le llamamos a casa por teléfono y alega falta de tiempo.

A la semana siguiente acude con su madre. La enfermera me informa de una pérdida de peso de 2kg. La recibo en mi consulta, y charlamos. Está triste. Ha vuelto a comer sólo fruta y ensalada y sólo si le obliga su madre. Es esta última quien me comenta que le ha oído vomitar tras las comidas, y cree que no ha tenido reglas desde

hace 2 meses (no concuerda con los registros del diario que le entregué). Cristina cabizbaja, asiente con la cabeza.

Les comento la necesidad de apoyo y seguimiento por parte de la Unidad de Trastornos de la Alimentación del Hospital Santiago, nuestro centro de referencia.

Cristina acepta, siguiendo actualmente controles periódicos por parte de Psicólogos, Psiquiatras y endocrinólogos de dicha unidad.

No ha precisado, de momento, ingreso hospitalario. Además, procuro una vez al mes citarla en mi consulta, para no perderle la pista y ver su evolución.

Discusión

Con la información recabada en la realización de su historia clínica, sospechamos un caso de Anorexia Restrictiva. La paciente no tiene conciencia de enfermedad, incluso le parece una actitud normal dentro de su entorno.

En esta entrevista clínica se ha intentado un primer y progresivo a la paciente. Es muy rentable desde el punto de vista terapéutico invertir un esfuerzo en establecer desde el comienzo una buena relación terapéutica.

Tras esta toma de contacto, hay que ir programando las próximas citas y los temas a tratar en cada una de ellas. Manejar este tipo de casos es complicado, por lo que aplicar un guión a nuestra actuación médica es de gran utilidad.

Una vez realizado lo descrito, la remisión a una unidad en trastornos de la conducta alimentaria es fundamental para el abordaje multidisciplinar indicado para este tipo de pacientes.

A continuación, se resumen los ítems, divididos en "habilidades" y "estrategias", que pueden ayudarnos a establecer un guión que seguir en la consulta:

a) Habilidades:

- **Anamnesis y exploración física dirigida.** Ante la sospecha de un trastorno de la conducta alimentaria, hay que buscar signos que confirmen nuestra hipótesis. En la 1ª consulta hay que tratar de ser sutil. Si el pacien-

te se encuentra "atacado o vigilado", puede que no aparezca más por la consulta.

- **Control analítico periódico.** Vigilar aparición de síntomas: deterioro del esmalte dental, caída de pelo, uñas quebradizas, retirada de reglas, aparición de lanugo,...
- **Control de peso,** siempre en ropa interior para evitar "trucos". Las primeras citas serán cercanas en el tiempo. Posteriormente, si la evolución es correcta, se podrá ir espaciando. Hay que pactar o acordar una ganancia ponderal en un cierto tiempo, es lo que nos va a marcar la evolución y el pronóstico de la paciente.
- **Escucha activa y análisis funcional** de cualquier situación conflictiva que desencadene esta conducta.
- **Empatía:** el paciente tiene que confiar en el sanitario, hay que evitar adoptar el rol del "médico que obliga a comer"
- **Evaluación de la personalidad del paciente.** Suelen ser personas perfeccionistas, incluso obsesivas, con tendencia a la frustración.
- **Grado de conciencia de enfermedad:** tendencia a la negar la enfermedad.
- **Valoración específica de la imagen corporal:** componente afectivo (satisfacción o insatisfacción) y componente perceptivo (distorsión) .
- **Actitud ante la comida** es lo que va a definir el grado de conflictividad que presenta en su relación diaria con la comida. Hay que detectar posible rituales alimenticios, uso de métodos laxantes, provocación del vómito.
- **Detección de conductas de autocontrol** de peso: exceso de actividad física, evitan medios de transporte y prefieren desplazarse andando o en bici.
- **Actitud de la familia ante la enfermedad.** Estudiar posibles patrones de alimentación alterados en la familia, así como su actitud antes el peso y la figura corporal. Una buena relación familiar facilita el abordaje y favorece el éxito terapéutico.
- **Repercusión en el entorno social y en las relaciones interpersonales:** posible tendencia al aislamiento, em-

Tabla 1 | Hábitos de la conducta alimentaria en adolescentes

Sexo..... EDAD..... Tu peso aproximado es..... Kg., y tu altura de..... m.

1 Aunque no estés a dieta, ¿procuras no comer alimentos que engorden? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A VECES	15 De las siguientes comidas, tacha la que realizas en compañía de algún familiar: Desayuno; Media mañana; Comida; Merienda; Cena
2 ¿Qué supone para ti comer? <input type="checkbox"/> PLACER <input type="checkbox"/> RUTINA <input type="checkbox"/> OBLIGACION	16 De las siguientes comidas, tacha la que tu misma preparas: Desayuno; Media mañana; Comida; Merienda; Cena
3 ¿Realizas siempre las 3 comidas principales del día? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A VECES	17 De las siguientes comidas, tacha la que realizas fuera de casa: Desayuno; Media mañana; Comida; Merienda; Cena
4 ¿Comer algo a media mañana? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A VECES	18 ¿Has realizado alguna vez ejercicio para perder peso? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5 ¿Meriendas todos los días? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A VECES	19 Cuando te miras en el espejo, con tu imagen te sientes, de una forma general: <input type="checkbox"/> Muy insatisfecha; <input type="checkbox"/> Insatisfecha; <input type="checkbox"/> Satisfecha; <input type="checkbox"/> Muy satisfecha
6 ¿Alguna vez has realizado dieta para perder peso? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A VECES	20 ¿Crees que a los chicos les gustan las chicas que pesan menos que tú? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
7 ¿Desayunas todos los días? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A VECES	21 ¿Te sentirías bien si te dijeran que has adelgazado un poco? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
8 En el desayuno, ¿tomas leche o algún alimento derivado de la leche? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A VECES	22 Si decides bajar un poco de peso en los próximos meses, ¿lo harías para mejorar tu imagen física? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
9 En el desayuno, ¿tomas cereales? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A VECES	23 Si te dijeran que has engordado un poco, ¿te sentirías mal? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
10 En el desayuno, ¿tomas algún embutido? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A VECES	24 Crees que los chicos de tu edad tienen: <input type="checkbox"/> El mismo peso que tú; <input type="checkbox"/> Más peso que tú ; <input type="checkbox"/> Menos peso que tú
11 En el desayuno, ¿tomas margarina, mantequilla o aceite de oliva? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A VECES	25 La amistad con tus amigos habituales la calificas de: <input type="checkbox"/> INTIMA-PROXIMA; <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL; <input type="checkbox"/> NO TENGO AMIGOS
12 En el desayuno, ¿tomas bollería? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A VECES	26 Consideras que “la presión” que tus padres ejercen sobre ti es: <input type="checkbox"/> NINGUNA <input type="checkbox"/> DE VEZ EN CUANDO <input type="checkbox"/> MUCHAS VECES
13 En el desayuno, ¿sueles tomar fruta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A VECES	
14 ¿Cuánto tiempo dedicas al desayuno? <input type="checkbox"/> Menos de 10 min. <input type="checkbox"/> 10-20 min. <input type="checkbox"/> Más de 20 min	

peoramiento en el rendimiento escolar o laboral.

b) Estrategias:

• **Cuestionarios y escalas.** Hay varios modelos. En la TABLA 1, se recoge un cuestionario que podemos utili-

zar tanto en la consulta, o mandárselo como “deberes para casa” para que nos traiga cumplimentado

• **Enfrentar al paciente a la realidad.** En una gráfica con percentiles, se registra el peso y la talla de la paciente y se le muestra dónde se encuentra con respecto al

resto de la población y lo que ello supone. Es una buena táctica en la fase de negación de enfermedad, y también para ver la evolución.

- **Técnica del espejo:** ¿cómo te ves? ¿te gustas? ¿puedes gustar a los demás? Estas preguntas pueden resultar útiles en las primeras entrevistas para conocer el grado de autoestima, su apreciación corporal, y al mismo tiempo, para evaluar los logros.
- **Fijar objetivos claros, cercanos en el tiempo y factibles.** Las metas lejanas, y casi imposible sólo sirven para desanimar al paciente. Ante logros, hay que felicitarle y recompensar de alguna manera
- **Auto-registros:** animar al paciente a anotar toda la comida y líquido ingerido, atracones, vómitos, abuso de laxantes y otras conductas para perder peso.

Resumen

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria enfermedad, frecuente y de inicio en la adolescencia, con repercusiones físicas y sociales.

Como Médicos de Atención Primaria debemos estar alerta para una rápida detección ya que estos pacientes no suelen acudir a nuestras consultas y además, el diagnóstico precoz favorece un pronóstico favorable.

Nuestro papel es muy importante. Nos corresponde el manejo inicial, tratando de conseguir un ambiente de confianza para el paciente y su entorno más cercano. Debemos tratar la enfermedad teniendo en cuenta no sólo la clínica, sino la esfera bio-psico-social del paciente, teniendo que hacer partícipes a los padres, o incluso familiares o amigos más cercanos de las decisiones terapéuticas que vayamos tomando. Es una forma de garantizar el cumplimiento de los objetivos fijados, y de controlar de algún modo al paciente fuera de nuestra consulta.

Recordar la gran importancia del abordaje multidisciplinar de esta patología, para no demorar el momento de remitir al paciente a un centro especializado en trastornos de la conducta alimentaria.

Bibliografía

- <http://www.dmedicina.com/ninos/la-anorexia-se-previene-desde-casa>
- <http://www.fisterra.com/fisterra/guias.asp?id-Guia=30>
- Varios autores. Campaña Educativa sobre la salud alimentaria. Salud@ la vida. Fundación Caja Vital Kutxa, Vitoria. 2002.
- <http://es.salut.conecta.it/pdf/gilcanalda1.pdf>
- Videoteca Médica. Trastornos de la conducta alimentaria. Asociación Mundial de Psiquiatría. Madrid. 2001.
- Acosta Estévez E, Dueso García C, Ceinos Arcones M. Anorexia y bulimia: necesidad de diferenciar la prevención primaria de la detección precoz en el contexto de la educación para la salud en los centros de enseñanza. Aten Primaria 2001; 27:271-274.
- Ferrer i Balsebre L, Castro Dono C. Las fronteras del enigma. Ensayo etiopatogénico sobre anorexia nerviosa. Vigo. 2003.
- Varios autores. "El diálogo, principal medida preventiva contra la anorexia". Campaña contra la Anorexia "Más Ke Amigas". 2004.
- García Rodríguez, F. Las adoradoras de la delgadez. Anorexia nerviosa. Ed. Díaz de Santos, Madrid. 1993.
- Gordon, R. A. Anorexia y Bulimia, Anatomía de una epidemia suicida. Ed. Ariel. Barcelona. 1994.
- Rosen, JC. Body image: development, deviance & changes. Ed. The Guilford Press. New York. 1990.
- Saldaña, C. Trastornos de comportamiento alimentario. Terapia de conducta y salud. Fundación Universidad-Empresa. Madrid. 1994.