



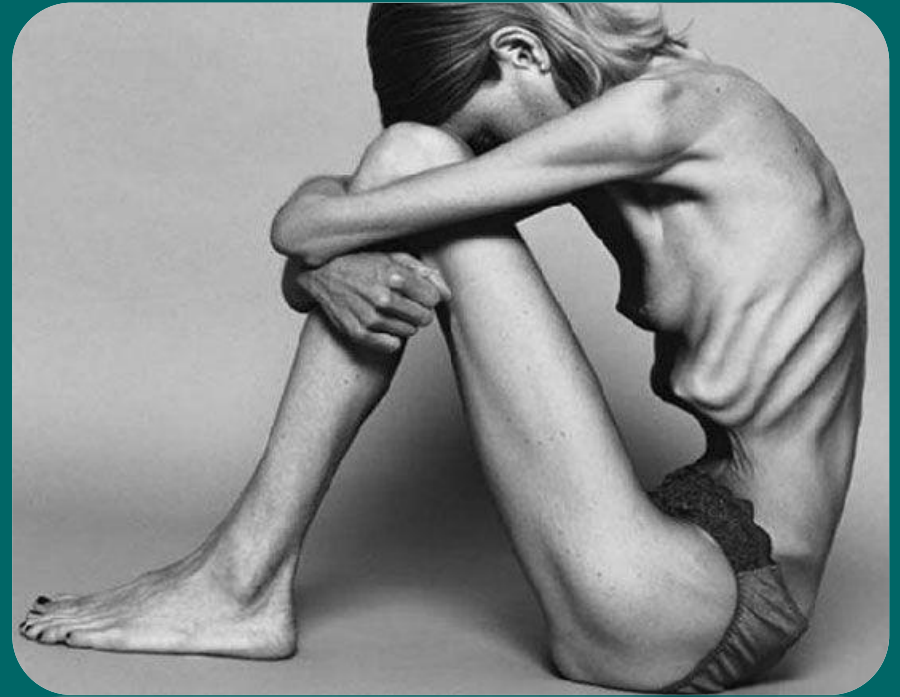
# “Con 8 basta...”

*Marina Garriga*

*Laura Samsó*

Residents de Psiquiatria del Hospital Universitari Mutua Terrassa

17 de novembre de 2010



# MOTIU DE CONSULTA A URGÈNCIES (Nov'09)

- Pacient dona de 28a que es portada per la família per **miàlgia a EEII**.
- Davant del quadre de **desnutrició severa (secundària a patologia psiquiàtrica de base)**, ingressa al Servei de Medicina Interna per estudi i estabilització clínica.

**IMC = 8.21  
(17Kg; 1.44cm)**



# PSICOBIOGRAFIA

- **ESTUDIS**: bon rendiment acadèmic (magisteri).
- **LABORAL**: Administrativa durant 1 any (18a).
- **FAMILIAR**: filla única, sense parella ni fills, alterna convivència amb àvia materna i Ps, relació de dependència amb els pares.
- **SOCIALS**: Escasses (2 amigues).
- **OCI**: feia dansa, sortir de compres, passejar amb Ps.
- **PERSONALITAT PREMÒRBIDA**: obsessiva, esquizoide i paranoide (influenciada per la malaltia psiquiàtrica d'inici prepúber).



# ANTECEDENTS SOMÀTICS i FAMILIARS

- No AMC, no hàbits tòxics, no tractament actual.
- No problemes durant embaràs, infància ni el desenvolupament.
- **PATOLOGIA SOMÀTICA** secundària a anorèxia nerviosa crònica (desnutrició severa):
  - **Hipotiroidisme** amb retard del creixement
  - **Amenorrea** primària
  - Antecedents de **candidiasis** orofaríngia i cutània (immunosupressió crònica)
  - **Hiponatrèmia** i alteració perfil **renal**
  - **Insuficiència venosa** superficial
- No AMQ ni psiquiàtric familiars d'interès

# ANTECEDENTS PSIQUIÀTRICS PERSONALS

## • Ingressos TCA



IMC = 11.11 – 14.49

No seguiment  
especialitzat per por a  
demandes >25kg

Dieta a base de  
productes d'herboristeria  
i suplement proteics

# MALALTIA ACTUAL

- Ingressa a Psiquiatria procedent de Medicina Interna, després de **2 mesos** ingressada per complicacions mèdiques secundàries a desnutrició severa, requerint alimentació enteral i **2 ingressos a UCI** (on es va instaurar nutrició parenteral)

IMC ingrés MI	<b>8.21 (17 Kg; 1.44m)</b>
IMC UCI	<b>7.97 (16.5 Kg)</b>
IMC ingrés a PSIQ	<b>9,42 (19 Kg)</b>



# EXPLORACIÓ PSICOPATOLÒGICA INGRÉS

- A destacar...

- Aspecte caquètic. Pell groguenca. Escàs cabell.
- Conscient i orientada, mantenint concentració i atenció.
- Ansietat cognitiva, labilitat emocional i cognicions anorèxiques persistents, reiteratives i resistents.
- Anticipació ansiosa davant d'ingrés a PSQ amb molta resistència als canvis relacionat amb l'↑ calòric.
- Actitud de desconfiança
- Hiperactivitat motora.
- Escassa consciència de malaltia.
- Idees sobrevalorades en relació a l'autoimatge i pes.

# AVALUACIÓ CLÍNICA (I)

ESCALES D'AVAUACIÓ CLÍNICA	
ESCALA AVALUACIÓ DEL CANVI	ACTA: Estadi d'acció= 26 Recaiguda= 25,7
ESCALES TCA	EAT-40= 50 (>20)* TCA EDI-2: Obsessió per estar prima= 8 (>14) Bulimia=0 Insatisfacció corporal=5 (>4)* BSQ=86 No ansietat al propi cos
ESCALES ANSIETAT I DEPRESSIÓ	STAI: Estat Pc=90* Tret Pc=60* BDI=24*





# AVALUACIÓ CLÍNICA (II)

## ○ EXPLORACIÓ DE PERSONALITAT:

### CONCLUSIÓ TCI

El perfil evidencia trets de personalitat esquizoides, paranoïdes i obsessius mostrant-se hermètica, rígida, ansiosa, desconfiada i socialment aïllada.

Personalitat molt influenciada, però, per la **malaltia psiquiàtrica d'inici prepúber**.

# AVALUACIÓ CLÍNICA (III)

## ○ EXPLORACIÓ NEUROPSICOLÒGICA

- El manteniment del nivell intel·lectual y mitjana-alta de la normalitat contrasta moderat en **velocitat del PI**, **memòria operativa** i rendiment deficitari en funcions executives que impliquen **planificació i organització visuo-espacial** així com **presa de decisions**.
- Perfil compatible amb moderada disfunció còrtico-subcortical amb predomini d'afectació d'estructures frontals.

Dèficits atencionals, visuo-constructius, visuo-espacials i en funcions executives

## ○ RM CRANEAL: Atrofia cortical global



# ORIENTACIÓ DIAGNÒSTICA

**Eix I: Anorèxia Nerviosa restrictiva greu**

**Eix III: Desnutrició severa**



# INTERVENCIÓ I

Intervenció conjunta PSQ /ψ i infermeria

**CONTRACTE TERAPÈUTIC** (revisat cada 2 setmanes)

- Arribar a 25 Kg. Pes segur enloc de sa. IMC 12.07.
- Vincular UTCA

- ❖ Pautes Nutrició: SNG/ ingesta oral/ suplementes
- ❖ Seguiment per Medicina Interna
- ❖ CLONACEPAM 1mg/d repartit 24H



# INTERVENCIÓ II

- ❖ Pautes de **modificació de conducta**:  
resistència per part de la pacient i família
- ❖ **Reforçament** acompliment de pautes
- ❖ **Autoresponsabilitat** en la malaltia
- ❖ **Consciència** de malaltia
- ❖ **Imatge corporal**
  - ❖ Exercici de siluetes
- ❖ **Projectes** de futur

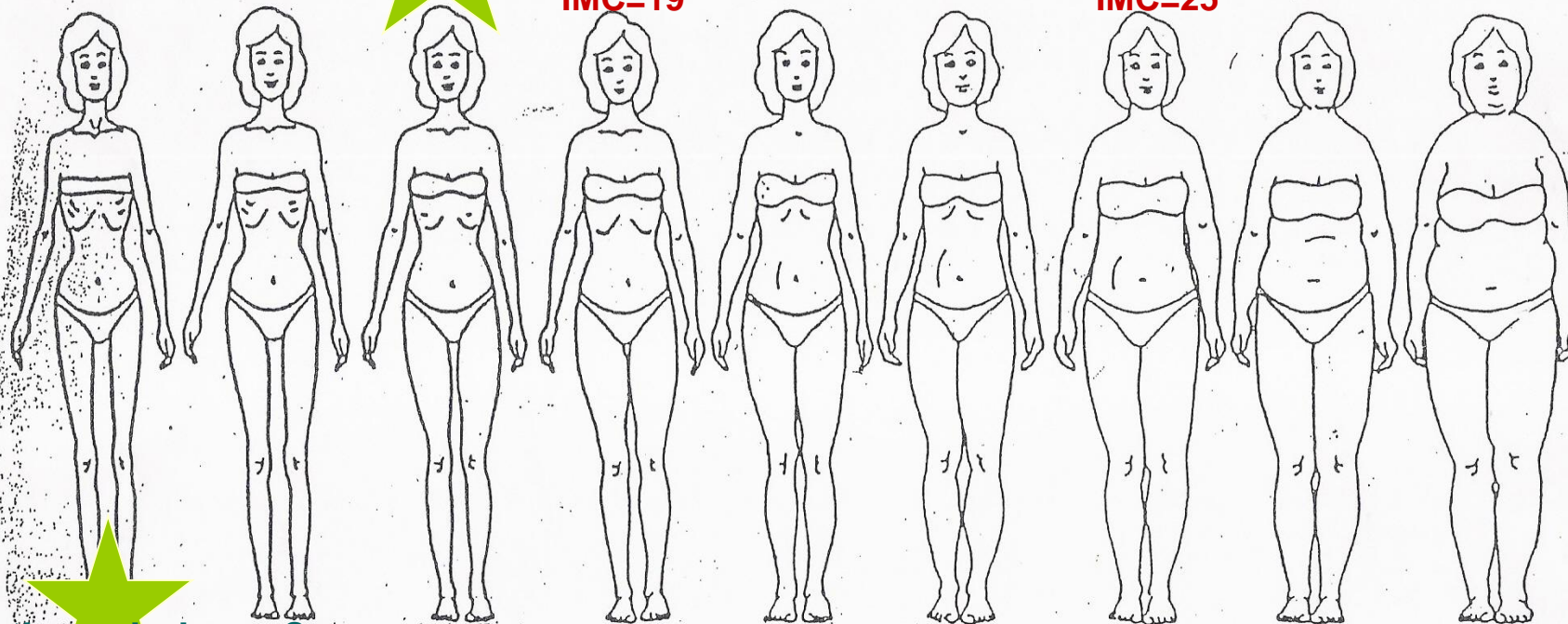
# Exercici de siluetes

? DC

Com et veus?

IMC=19

IMC=25



Com t'agradaria ser?

IC



# EVOLUCIÓ

- **NUTRICIÓ:** SNG fins als 23Kg >>> via oral (fins arribar a 25Kg).
  - Manipulació SNG.
  - Resistent a acabar-se àpats
- Pensament rumiatiu (25Kg a l'alta). Necessita confirmació contínua. Extinció.
- Més col·laboradora. Va complint pautes. Privilegis

25,5kg

IMC=12,31

- **PLA:** Mantenir estructura alimentària
  - Mantenir pes 25Kg
  - Suplements alimentaris diaris
  - Fer repòs
  - Seguiment ambulatori UTCA



# SEGUIMENT UTCA

- Acut a primera visita a la UTCA però ha **disminuït 1,8kg** de pes.
- Es confronta la pacient la qual minimitza la clínica i es realitza **CONTRACTE TERAPÈUTIC**.
- En les dues següents visites **acut la mare** sense la pacient, s'informa del risc vital de la pacient i de la necessitat de recuperar pes.
- En les darreres visites acut i **manté 25kg** de pes





# REVISIÓ SOBRE CRONICITAT EN AN

# CONSENS SOBRE CRONICITAT

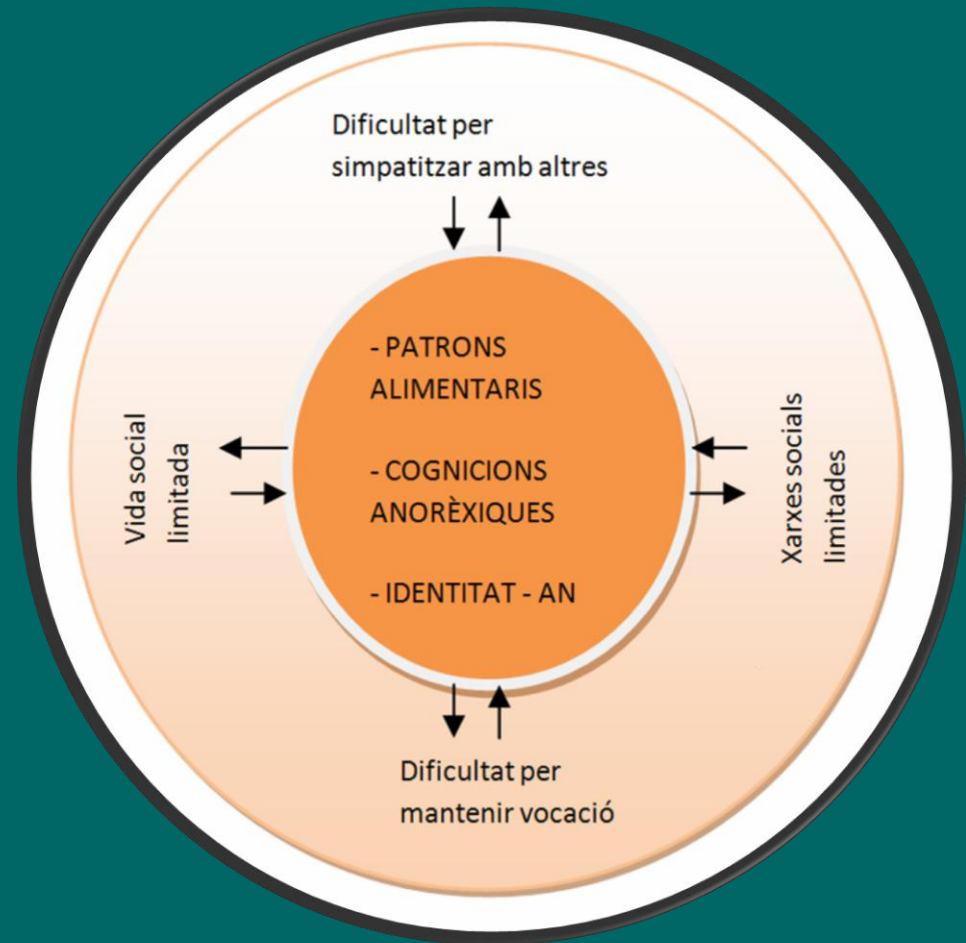
## CRITERIS DEFINITORIS DE AN CRÒNICA

<b>- ARRELATS PATRONS DE RESTRICCIÓ ALIMENTÀRIA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- No hi ha variacions en el patró alimentari</li><li>- Falta de motivació per canviar conductes</li><li>- Escassos moments d'ingesta saludable</li></ul>
<b>- ARRELADES COGNICIONS ANORÈXIQUES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pensament rígid sobre el pes, la silueta i el menjar</li><li>- Pensaments i sentiments anorèxics persistents, sovint amb rituals acompanyants</li><li>- Estil de pensament dicotòmic</li></ul>
<b>- IDENTITAT PERSONAL ENTRELLAÇADA AMB AN</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identitat oculta per la "ideologia anorèxica"</li><li>- Temor al canvi i a la vida "sense anorèxia"</li><li>- Anorèxia com únic valor en la pròpia identitat personal</li></ul>
<b>- IMC &lt; 17.5</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Manteniment d'un baix IMC des de l'adolescència fins la vida adulta</li><li>- IMC persistentment baix, no només &lt;17,5 sinó, en moltes ocasions &lt;16 o menys</li></ul>

# CONSENS SOBRE CRONICITAT

## ○ ON NO HI HA CONSENS?

- Funcionament social.
- Anys de malaltia.
- Tractaments previs:  
Nombre i durada.





# PRONÒSTIC EN TCA

- BAIX PES
- EDAT INICI MALALTIA
- DURADA MALALTIA
- Nº HOSPITALITZACIONS
- CONDUCTES PURGATIVES
- GRAU D'ADAPTACIÓ SOCIAL
- COMORBIDITAT PSIQUIÀTRICA I SOMÀTICA\*:  
Abús/dependència d'OH, simptomatologia  
depressiva, alteració del control d'impulsos i  
trastorns de personalitat

Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. Papadopoulos, FC. Br J Psychiatry. 2009 Jan;194(1):10-7.

Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders.  
Crow, J. Am J Psychiatry. 2009 Dec;166(12):1342-6.

# CONSENS SOBRE TT AN CRÒNICA

## FORT CONSENS

- ✓ Entorn terapèutic adequat: confiança i suport
- ✓ Escoltar al pacient
- ✓ Reconèixer assoliments
- ✓ Objectius realistes i acordats
- ✓ Motivació pel canvi
- ✓ Terapèutica individualitzada
- ✓ Bones relacions dins l'entorn
- ✓ Monitorització mèdica
- ✓ Si no motivació pel canvi
- ✓ Fer sentir P més integrats en la comunitat
- ✓ Separar la identitat i aspiracions del P respecte AN
- ✓ Política de portes obertes
- ✓ Evitar canvis de terapeutes (continuïtat)

## POBRE CONSENS

- ✓ Donar suport per establir relacions socials
- ✓ Derivar P abans possible per tractament intensiu
- ✓ Fer sentir P més integrats en la comunitat
- ✓ Teràpia general
- ✓ Habilitats socials

**TRACTAMENT  
REHABILITADOR**

## CONSENS

ors del passat



# CONCLUSIONS

- Falta de consens respecte...
  - Concepte de cronicitat
  - Tractament més adequat en la cronicitat
- Consideracions...
  - Moment adequat per canviar l'actitud terapèutica
  - Ètica: Beneficència Vs Autonomia (l'ligam terapèutic)
  - Tt actiu <> Tt rehabilitador <> Tt pal·liatiu



Moltes gràcies