

Asistencia de Enfermería al adolescente con anorexia nerviosa

Jesús Fleta Zaragozano (*); Gonzalo Oliván Gonzalvo (**); Antonio Sarriá Chueca (***)

(*) *Prof. Titular de Enfermería Infantil. EUE. Zaragoza.*

(**) *Médico colaborador.*

(***) *Prof. Titular de Pediatría. Facultad de Medicina. Zaragoza.*

Introducción

Se entiende por anorexia nerviosa un trastorno psicossomático complejo en el que se manifiestan cambios físicos, emocionales y conductuales, que se da preferentemente en niñas adolescentes que presentan particular aversión por los alimentos y ganancia de peso.

Bajo el punto de vista clínico se trata de un cuadro de malnutrición que incluso puede evolucionar hacia la muerte por inanición en el 5% de los casos. Es un proceso particularmente importante ya que la incidencia de la anorexia nerviosa ha aumentado notoriamente, constatando además un aumento progresivo en el sexo masculino y una disminución en la edad de presentación del cuadro (1).

Por todo ello, la enfermera debe conocer la metodología de una asistencia correcta en estos casos, no sólo bajo el punto de vista nutricional, sino también de apoyo psicológico y emocional.

Características de la enfermedad

La enfermedad presenta una prevalencia que, referida a población escolar, puede cifrarse en 1/250, con mayor afectación

en niñas que en niños en una proporción aproximada de 1/10 (2). Su causa es desconocida, barajándose múltiples factores que pueden influir en su aparición. Destaca el factor psicógeno, apoyado en una distorsión de la propia imagen corporal y fobia al alimento, por lo que el paciente se niega a ingerir alimentos y experimenta un horror a engordar e incluso a adquirir algunos de los caracteres que por su sexo le corresponden.

Estas alteraciones han sido atribuidas, por algunos autores, a una crisis de maduración en el seno de personalidades no preparadas psicológicamente. Por otra parte, también puede influir en la aparición de la enfermedad, la personalidad de la madre y ciertos desequilibrios familiares.

Clínicamente la enfermedad cursa con trastornos psíquicos, destacando sobre todo cambio de carácter, irritabilidad y alteración de su esquema de vida. Todo ello condiciona un cambio en su conducta alimentaria.

El fenómeno que más llama la atención, no obstante, es el adelgazamiento intenso, llegando a perder hasta el 50% de peso corporal. Además presenta anorexia intensa, vómitos provocados, estreñimiento y dolor abdominal, entre otros síntomas. En niñas adolescentes se produce amenorrea secundaria que suele persistir meses o

años, incluso tras la recuperación de su peso. También se han evidenciado alteraciones bioquímicas y hormonales que se normalizan cuando se alcanza el peso normal (3) (Figura 1).

La evolución de la enfermedad se ve agravada si la aparición de la anorexia es tardía, si ésta se prolonga durante mucho tiempo, si la paciente necesita hospitalizaciones, si existen preocupaciones obsesivas, amenorrea muy prolongada, clase social baja, disturbios familiares y si se trata de varones.

El tratamiento deberá ser instaurado cuanto antes. Deberá ser adaptado a cada paciente y mantenido hasta que desaparezcan las alteraciones psicopatológicas. El objetivo fundamental será mejorar el estado nutritivo y motivar al paciente con la colaboración estrecha del psiquiatra, que se apoyará con frecuencia en la utilización de psicofármacos (4).

Papel del diplomado en enfermería en la asistencia al niño con anorexia nerviosa

El equipo que debe tratar al niño y al adolescente con anorexia nerviosa debe ser multidisciplinario: pediatra, enfermera

DATA -EC 89078875

Palabras clave: Adolescencia, Anorexia Nerviosa, Psiquiatría, Pediatría.

pediátrica, psiquiatra infantil, psicólogo y dietista, e incluso los propios padres.

Para la recuperación de la paciente, se necesita una excelente coordinación entre médico y enfermera; ésta, debe estar familiarizada con las manifestaciones de la enfermedad y comprender los conflictos interiores que experimenta cada paciente.

La asistencia de la enfermera al paciente con anorexia nerviosa ingresado en el hospital, se sustentará en los siguientes puntos:

1. Asistencia emocional y apoyo psicológico al paciente.

La llave del éxito está en que se establezca una relación de confianza entre el paciente y las enfermeras que le atiende. El enfermo ha de darse cuenta de que la enfermera comprende sus problemas (temor a engordar, comportamientos compulsivos, fobias, etc.) por lo que ésta se ha de mostrar siempre disponible y dispuesta a ocuparse de las decisiones que resultan difíciles para el enfermo.

Conviene que la enfermera supervise las actividades del paciente, en especial las comidas, tratando de convencerle de que coma todo el alimento de su plato. Si sospecha que guarda comida o laxantes, registrará su habitación siempre en su presencia, diciéndole que no desconfía de ella, pero que sabe que debido a su enfermedad puede verse tentada a usar tretas en su alimentación. Por otra parte, el apoyo psicológico prestado ha de servir de estímulo para comer y relacionarse con el ambiente.

2 Controles

Toma de constantes, fundamentalmente de pulso, tensión arterial; número de respiraciones y temperatura, inicialmente cada ocho horas. Además, registro del volumen de líquido administrado, diuresis, tolerancia del enfermo, estado de hidratación y situación emocional. Todo ello se reflejará en gráficas correspondientes. Por otra parte, la enfermera se responsabilizará de la correcta administración en cada caso. Para ello es conveniente que inicialmente, el paciente tome la medicación en su presencia.

3. Valoración de su estado nutricional

Se practicará al ingreso del paciente.

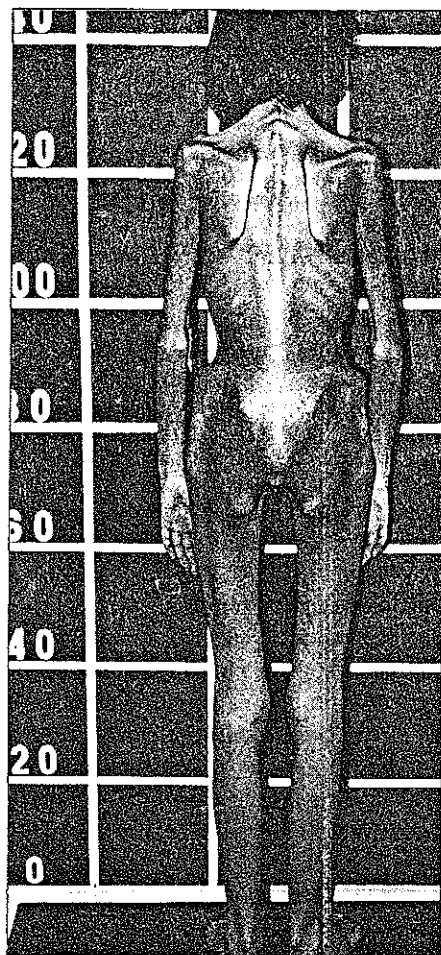


Figura 1. Aspecto de una niña paciente de 12 años de edad afectada de anorexia nerviosa.

Fundamentalmente se estimarán las siguientes medidas:

- Peso, considerado parámetro fundamental que marcará el progreso de la enfermedad. Inicialmente será estimado a diario. Deberá servir para motivar al paciente mostrándole la curva ascendente de ganancia.

- Talla, que se modificará negativamente si se prolonga la enfermedad. Se valorará cada mes.

- Índices pondoestaturales, derivados de peso y talla, como por ejemplo: peso/talla, peso/talla², etc., que pueden indicar las variaciones acaecidas en cuanto a la composición corporal, a lo largo de la enfermedad. Inicialmente, estos índices son bajos. Su valoración se hará cada mes.

- Perímetro del brazo izquierdo, que es una medida sencilla de tomar y es un

excelente indicador del estado nutricional. Se estimará cada semana.

- Pliegues cutáneos, preferentemente medidos a nivel de bíceps, tríceps, subescapular y supraíliaco. Estas medidas permiten calcular la grasa corporal con bastante aproximación y conocer así, si la ganancia de peso de la paciente es a expensas del tejido magro o tejido adiposo. Por otra parte, puede conocerse la velocidad de recuperación de cada uno de los compartimentos corporales. Sus mediciones se realizarán cada semana.

4. Alimentación por boca.

Habitualmente al paciente ingresado se le administra inicialmente alimentación por vía oral. Si no vomita y si existe la garantía de que toma todo lo indicado seguirá el curso de tratamiento con este tipo de alimentación. Normalmente puede administrarse una dieta equilibrada de principios inmediatos aunque ligeramente hipocalórica. Posteriormente si las condiciones lo permiten, el paciente podrá colaborar en la elaboración de su propio menú. Si a pesar de ello, se observa escasa ganancia de peso o evolución desfavorable durante tres o cuatro días, estará indicada la alimentación por sonda.

5. Alimentación por sonda

- Tipos de sondas nasogástricas.

Actualmente se utilizan sondas de poliuretano y de silicona, que son materiales flexibles, tienen menor grosor por lo que son mejor toleradas y además mayor calibre interior. Su longitud debe ser de 90 a 110 cm. y su diámetro interno de 1.2 a 2.0 mm. Normalmente una sonda tipo Levin de 12 F suele ser suficiente para la mayoría de los pacientes (5). Figura 2.

- Procedimiento para el sondaje.

La vía de entrada es uno de los orificios nasales, desde donde se hará progresar la sonda hasta la cavidad gástrica. Al paciente se le explicará previamente la técnica de introducción de la sonda. Tras marcar en ella una señal de referencia, que puede ser la distancia entre oreja-nariz-epigastrio, se lubricarán los 15 cm. distales con material hidrosoluble y se introducirá estando el paciente sentado, hasta que llegue a la pared posterior de la faringe. A continuación se sigue introduciendo manualmente invitándole a beber pequeños sorbos de

agua o deglutir saliva, para agilizar el descenso de la sonda, a la vez que se impide su paso a vías respiratorias. Una vez que se ha llegado a la longitud prevista se fija la sonda a la zona malar mediante esparadrapo antialérgico. Para asegurar la presencia del extremo distal en el estómago, se inyecta aire a través de la sonda con una jeringa, al mismo tiempo que se ausculta en epigastrio; si la posición es la correcta se percibe un ruido de gorgoteo característico. También puede aspirarse jugo a través de la sonda para confirmar una posición correcta; un pH superior a 7 (alcalino) indica que se encuentra en intestino. También puede practicarse una radiografía toracoabdominal para observar la posición de la sonda, si ésta es radiopaca.

- Plan de alimentación y tipos de alimentos a administrar por sonda.

La dieta en la cual se basará un plan correcto debe ser, inicialmente, hipocalórica, hiperprotéica, con suficientes minerales (sobre todo hierro y zinc) y vitaminas (A,D,C,K, ácido fólico y complejo B), de poco volumen, semilíquida y muy fluida. Excepcionalmente y en ocasiones extremas puede hacerse necesaria alimentación intravenosa.

El objetivo debe ser conseguir una ganancia de peso de al menos 200 gramos al día.

Las características físicas de los alimentos para administrar por sonda deben permitir su paso por la misma con facilidad. Para ello es necesario que la mezcla nutritiva sea fluida y el tamaño de sus partículas menor que el diámetro interior de la sonda.

El elemento base de la dieta por sonda es el agua; en ella los alimentos pueden quedar en solución o suspensión, siendo aptos para circular a través de su luz. Los alimentos naturales líquidos a usar son: agua, leche, zumos de fruta, caldos y agua de arroz. Como fuentes de hidratos de carbono: azúcar, harinas dextrinomalteadas y oligosacáridos; éstos están formados por cadenas de 8-10 moléculas de glucosa y tienen la ventaja sobre las dextrinomaltosas de que no espesan el líquido que los contiene. Los lípidos proviene fundamen-

CONTENIDO CALORICO, DE PRINCIPIOS INMEDIATOS Y DE FIBRA DE TARROS DE ALIMENTOS INFANTILES

| PREPARADO (130 gr) | Calorías | Proteínas | Lípidos | Glúcidos | Fibra |
|---------------------------|----------|-----------|---------|----------|-------|
| Carne con verduras | 91 | 6,6 | 2,9 | 9,5 | 0,4 |
| Frutas variadas | 176 | 0,5 | 0,2 | 42,9 | 0,4 |
| Jamón, Pollo y Verduras | 125 | 6,6 | 6,4 | 9,9 | 0,1 |
| Pera, mandarina y miel | 141 | 0,5 | 0,4 | 33,6 | 1,7 |
| PREPARADO (200 gr) | | | | | |
| Merluza con arroz | 108 | 6,7 | 2,3 | 14,9 | 0,1 |
| Solomillo de ternera | 148 | 19,2 | 4,3 | 7,8 | 0,0 |
| Compota de manzana | 180 | 0,3 | 0,3 | 43,6 | 1,0 |
| Cordero con verduras | 126 | 6,5 | 2,3 | 18,7 | 0,8 |
| PREPARADO (250 gr) | | | | | |
| Pollo con arroz | 177 | 9,2 | 8,2 | 16,3 | 0,1 |
| Postre de frutas | 338 | 1,0 | 0,4 | 82,5 | 1,2 |
| Merluza en bechamel | 147 | 6,8 | 4,3 | 20,5 | 0,1 |
| Jamón con Puré | 255 | 13,2 | 13,8 | 19,3 | 0,5 |

Tabla I

talmente de los aceites. Como fuentes de proteínas: carnes y pescados homogeneizados, tal como se encuentran en los tarritos de alimentación infantil, además de huevo, leche y yogur. También puede utilizarse caseína en polvo. Otros alimentos y nutrientes adecuados son preparados de frutas y verduras homogeneizadas, vitaminas, sal y otras sales minerales.

Las carnes, pescados y purés, no suelen ser alimentos apropiados ya que sus partículas y filamentos obstruyen las sondas de menor calibre. No obstante pueden emplearse con sondas de luz más amplia.

En Tabla I se expone la composición del contenido de tarros de alimentación infantil.

Existe también alimentos purificados que son preparados obtenidos a través del procesado tecnológico de otros, de los que se aíslan los nutrientes apropiados y dejan muy poco residuo. Como fuente glucídica se utilizan sacarosa, lactosa y oligosacáridos. Los lípidos proceden de uno o más aceites, con lo que el resultado final es una mezcla de ácidos grasos de cadena larga (LCT), de cadena media (MCT) y

esenciales (AGE). Como fuente protéica se utilizan caseína, lactalbúmina y, a veces, purificados de proteína cárnica. Algunos preparados llevan en su composición aminoácidos esenciales con objeto de enriquecer el valor biológico de la proteína resultante.

También pueden utilizarse las llamadas dietas elementales que no tienen residuo y son de absorción fácil. Se componen de oligosacáridos, MCT, mínima cantidad de AGE y una mezcla de oligopéptido. Suelen ser de una gran tolerancia (6).

- Características de la fórmula ideal.

La fórmula ideal a administrar por sonda debe requerir las siguientes características (7):

- Bajo costo.

- Garantía bacteriológica.

- Osmolaridad relativamente baja.

- Densidad calórica equivalente a una caloría por ml.

- Volumen adecuado pero no excesivo en nutrientes.

- Composición balanceada de elementos nutritivo, incluyendo electrolitos y aminoácidos.

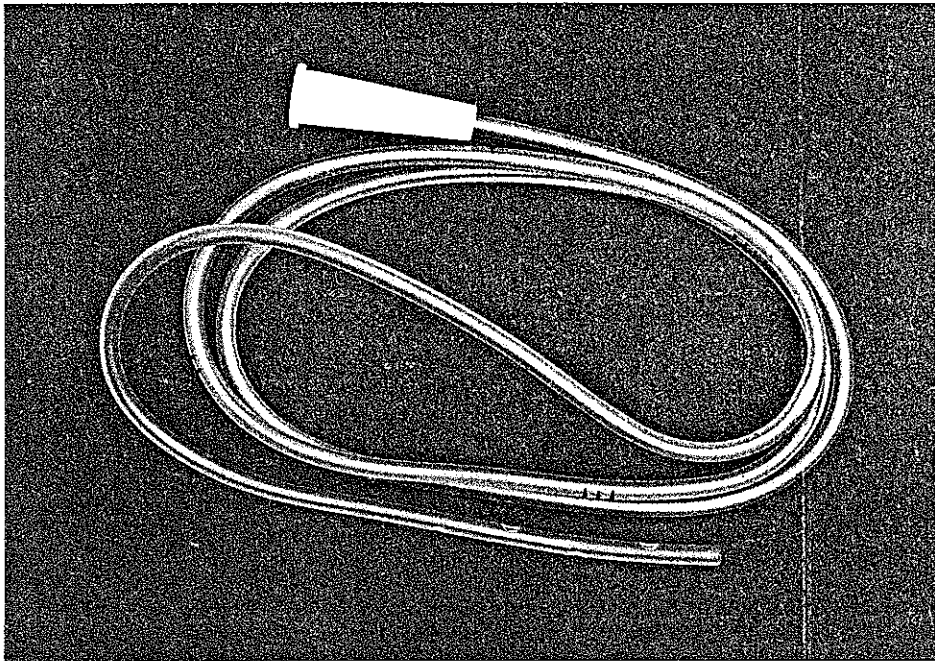


Figura 2. Sonda tipo Levin de 12 F.

- Capacidad nutricional adecuada para uso a corto plazo y en ocasiones para largo plazo.

- Viscosidad y homogeneización adecuados.
- Facilidad de administración.
- Preparación y administración de las dietas por sonda.

Una vez colocada la sonda de alimentación y decidido el tipo de mezcla nutritiva que se utilizará, conviene calcular la energía, proteínas, agua, sodio y resto de elementos nutricionales de cada paciente para 24 horas.

Preparación. Puede prepararse el alimento para todo el día, pero siempre tomando medidas extremas de higiene, ya que las mezclas nutritivas son un excelente caldo de cultivo. Los recipientes se mantendrán cerrados y a una temperatura de 0° a 3° C.

Administración. Generalmente se lleva a cabo mediante bolo y rara vez requiere débito continuo. Se efectúa infundiendo un volumen determinado a intervalos programados con una jeringa de 50 ml. que se cambiará en cada toma. El volumen y concentraciones a administrar será creciente. El primero y segundo día se puede proporcionar 1000 ml. a una concentra-

ción nutricional de 50%, cada tres o cuatro horas; el tercero a una concentración de 2/3. A partir de cuarto o quinto día podrá prepararse dieta completa de unas 1500 ml./día a una concentración normal, que suele ser de 1 Kcal. por ml. y una osmolaridad de unos 300-450 mOs/l. El volumen a administrar cada día se repartirá en unas cinco tomas iguales, que se pasarán por la sonda durante 15 o 30 minutos (6).

La progresión del contenido calórico de la dieta será individual para cada paciente. Generalmente se acepta que debe aumentarse 250 kcal. por semana en las primeras fases del tratamiento. Superadas estas, se puede invitar a los pacientes a elaborar su propio menú (8).

Otras recomendaciones. No olvidar que el extremo proximal de la sonda debe permanecer cerrado. Antes de la administración de las tomas se aspirará el contenido gástrico que no deberá ser superior, si no existe retención, a la mitad de lo administrado en la toma anterior. El alimento estará a temperatura ambiental y tras su perfusión, se pasarán unos 30 ml. de agua para limpiar y permeabilizar la sonda. Además puede administrarse agua entre las tomas regulares. También hay que tener en cuenta que las sondas de silicona

GASTO ENERGETICO DE ALGUNAS ACTIVIDADES

| Actividad | Kcal/kg. peso10 min. |
|---------------------|----------------------|
| Permanecer en cama | 0.17 |
| Leer sentado | 0.17 |
| Comer sentado | 0.20 |
| Conversación | 0.26 |
| Escribir | 0.26 |
| Higiene personal | 0.27 |
| Estar de pié | 0.35 |
| Vertirse | 0.46 |
| Ducharse | 0.46 |
| Caminar a 3,6 Km/h. | 0.51 |
| Barrer | 0.53 |
| Hacer la cama | 0.57 |
| Planchar ropa | 0.62 |
| Bajar escaleras | 0.97 |
| Subir escaleras | 2.54 |
| Carrera | 5.51 |

Tabla II

pueden tolerarse perfectamente durante mas de dos meses, tras los cuales deberán ser cambiadas.

- Complicaciones de la alimentación por sonda.

En la anorexia nerviosa las complicaciones se deben fundamentalmente a problemas de tipo mecánico (debido a la sonda), de tipo digestivo, metabólicos e infecciones (6, 7, 8). Destacaremos las siguientes:

• **Mecánicas:**

- Irritación local con formación de úlceras en ala de la nariz, faringe, esófago y estómago.

- Obstrucción de la sonda por el propio alimento o cuidado deficiente de la misma.

- Aspiración bronquial tras regurgitación o vómitos.

• **Digestivas:**

- Dolor abdominal.

- Vómitos.

- Diarrea. Es la más frecuente y puede estar producida por excesiva osmolaridad del preparado, intolerancia a la lactosa, excesiva velocidad de perfusión o volumen por toma, contaminación del preparado y problemas psicológicos, entre otros.

ESCALA DE RECOMPENSAS

1. Levantarse de la cama
2. Leer y escuchar la radio
3. Participar en juegos
4. Salir de la habitación
5. Escribir cartas
6. Ver la televisión
7. Hablar por teléfono
8. Elegir menú
9. Recibir visitas de no familiares
10. Recibir visitas de familiares
11. Salida de "fin de semana"
12. Alta hospitalaria

Tabla III

- Metabólicas:
 - Deshidratación.
 - Hiperhidratación.
 - Alteraciones electrolíticas, sobre todo del Na y K.
 - Hiperglucemia.
- Infecciones:

6. Garantizar reposo.

Inicialmente deberá ser absoluto y el paciente se irá incorporando paulatinamente. Con ello se lograrán dos objetivos; por una parte, se disminuyen el gasto energético y por otra, puede ser vigilada con mas efectividad para que no vomite. En cualquier caso, siempre se debe de aconsejar reposo tras las comidas.

En Tabla II se muestra el gasto calórico producido según la actividad, que desarrolla el paciente.

7. Escala de recompensas.

Al ingreso de cada paciente es necesario motivarle para que colabore con efectividad en el tratamiento. En este sentido, se le pueden conceder ciertos privilegios si se observa que la curva de peso es ascendente o aparecen otros indicios de recuperación. La concesión de estos privilegios o recompensas, adaptados a cada paciente y al hospital donde se realiza el tratamiento, se efectuará lentamente y con un orden lógico, de manera que el último de ellos puede ser el alta hospitalaria al alcanzar el peso meta (Tabla III).

RESUMEN DE LA ATENCION DE ENFERMERIA ANTE UN NIÑO O ADOLESCENTE CON ANOREXIA NERVIOSA

| Objetivos | Responsabilidades |
|--|---|
| Identificar la anorexia nerviosa | Observar si existe desnutrición, alteraciones de la conducta y cambios hormonales. Hacer anamnesis completa e indagar si existe alteración de la imagen corporal. |
| Normalizar el estado nutricional | Aplicación de la dieta prescrita. Explicar el plan nutricional al paciente y a sus familiares. Ayudar al paciente a llevar un diario alimentario y mantener y vigilar el régimen de alimentación nasogástrica si está prescrito. |
| Modificación de la conducta. | Asegurarse de que el paciente y su familia comprendan el plan de tratamiento y hacer que el paciente participe en los planes. Evitar técnicas coercitivas, comentar el progreso del plan de tratamiento. |
| Reducir el gasto de energía | Vigilar la actividad física y supervisar la realización de actividades. Atención a los signos de ejercicio físico clandestino. |
| Prevenir recaídas | Ser constante en la aplicación del plan terapéutico. Vigila el vómito inducido, el guardar o desechar los alimentos y ocultar objetos pesados dentro de la ropa para simular aumento de peso. Estar atentos a los signos de depresión y tomar medidas psicoterapéuticas si procede. |
| Vigilar el progreso | Tener información de referencia. Observar y registrar el estado emocional y las interacciones con los familiares y amigos. |
| Apoyar al paciente | Tener una comunicación abierta con el paciente. Mostrar actitud de interés y protección hacia él mismo. No transmitir una actitud de intromisión. |
| Resolver los trastornos en la interacción familiar. | Observar la interacción y la actitud de cada uno de los familiares. Tomar medidas para modificar los trastornos de la vida familiar y encuazar a la familia hacia grupos que faciliten los objetivos terapéuticos. * |

* Por ejemplo:
 - National Anorexic Aid Society, Box 29461, Columbus, OH 43229
 - National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders, Box, Highland Park, IL 60035.

Modificado de WHALEY Y WONG (9) y del Departamento de Enfermería del Hospital de Niños Enfermos de Toronto (10).

Tabla IV

En síntesis, en Tabla IV viene resumida la atención de enfermería en la anorexia nerviosa (9, 10).

BIBLIOGRAFIA

1. WOLFISH MG: Anorexia nerviosa. *MTA-Pediatría*, 1983, 4: 283-291.
2. CASTELLS P: Anorexia nerviosa. *MDP. Monografías de Pediatría*, 1985; 27: 56-63.
3. VALBUENA A, SOPELANA P, PICO A: Revisión clínica y bibliográfica de la anorexia nerviosa. *JANO*, 1985, 667: 2021-2023.
4. MARTINEZ A, BUENO A: Anorexia nerviosa en la adolescencia. *An Esp. Pediatr*, 1983; 19: 145-151.
5. NURSING PHOTOBOOK: *Gastroenterología: actividades de enfermería*. (ed. esp). Doy ma, Barcelona, 1987.
6. CERVERA P, CLARES F, RIGOLFAS R: *Diets por sonda y nutrición enteral*. En *Alimentación y dioterapia*. McGraw-Hill, Interamericana. Madrid, 1987.
7. BRUNNER LS, SUDDARTH DS: Intubación gastrointestinal y tratamiento nutricional especial. En *Manual de Enfermería Medicoquirúrgica*. (Ed. esp). Vol. 2. Interamericana. México, 1985.
8. DEPARTAMENTO DE DIETETICA DE LA CLINICA MAYO, HOSPITAL METODISTA DE ROCHESTER Y HOSPITAL ST. MARY DE ROCHESTER: Control dietético de la anorexia nerviosa. En *Manual de dietética de la Clínica Mayo*, (ed. esp). Medici S.A. Barcelona, 1986.
9. WHALEY LF, WONG DL: *Tratado de Enfermería Pediátrica*. (ed. esp). Interamericana. McGraw-Hill. México, 1988.
10. DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NIÑOS ENFERMOS DE TORONTO: Anorexia nerviosa. En *Manual de Enfermería pediátrica*. Protocolos de asistencia (ed. esp.) Salvat, S.A. Barcelona, 1988.