

# **IMPATIENT PROTOCOLS FOR**

**UNIVERSITY IOWA HEALTH CENTER EATING  
DISORDERS UNIT  
(*Weight Adjustment and Maintenance*)**

***Traducción:***

**Joaquín Díaz Atienza  
Médico Psiquiatra  
Unidad de Trastornos Alimentarios y de Psiquiatría Infanto-juvenil  
HOSPITAL PROVINCIAL  
ALMERÍA**

## **PRINCIPIOS GENERALES:**

Los pacientes con T. A. Serán orientados a conseguir un peso normal para la talla correspondiente tan rápido como lo permita su estado físico. Los pacientes se protegen contra esta medida a través de conductas anormales, como elección anómala de alimentos, picoteo, purgas, o ejercicio excesivo conformen avanzan hacia un peso normal. Cuando alcanzan un peso normal suelen intentar mantenerse en su peso y mejora su capacidad para comer normalmente y pensar de forma sana acerca de su tamaño corporal y su figura. Tanto para el buen hacer del equipo como para la buena recuperación de su enfermedad, los pacientes necesitan un régimen de tratamiento que sea consistente con los objetivos que describimos detalladamente a continuación.

## **PROCEDIMIENTOS:**

### **A) Determinación del peso objetivo<sup>§</sup>**

#### 1. Con bajo peso:

- a) El peso objetivo se define como aquel que se encuentra en el rango de 2 Kg del peso ideal para una persona con una estructura ósea media, de la misma edad, sexo y estatura sin zapatos ni ropa.
- b) Sin embargo, este peso debe ser adaptado al hecho de si se han presentado reglas o no.

#### 2. Pacientes con sobrepeso.

⇒ los mismos objetivos que en el apartado anterior.

3. Los pacientes serán pesados durante el ingreso, a la mañana siguiente a la admisión y, en adelante, los lunes, miércoles y viernes, excepto en los casos que se indique otra cosa. Serán pesados durante la mañana después de ir al lavabo, antes de quitarse el pijama y de espaldas al peso.

4. Ni a los pacientes ni a sus familiares se les dará información sobre el peso por el personal de la unidad: rango objetivo, peso actual, aumento o pérdidas del mismo. A las pacientes se les informará cuando estén en el rango de peso objetivo por el enfermero/a y dentro de un plan organizado.

### **B) Rehabilitación nutricional:**

Observación: No se discutirá con el paciente información acerca de la ingesta calórica. No tendrán acceso a las pautas en donde se escriba información acerca de las calorías que ingieren.

#### 1. Patrón de comidas:

- a) Tres comidas al día.
- b) De ninguno a tres aperitivos.
- c) Las comidas tendrán un "estilo familiar" una vez a la semana.

---

<sup>§</sup> Hemos realizado una aproximación en Kg. De la versión original expresada en libras. 1 lb = 453,6 gr. Esta primera parte sobre el peso nos e ha traducido por tratarse de un aspecto que necesita adaptarse a nuestro contexto sociocultural.

## 2. Aspectos dietéticos:

### a) Consideraciones fisiológicas:

- 1) Los pacientes con alergias documentadas médicamente o intolerancia demostrada, no se les administrará los alimentos implicados.
- 2) Dieta pobre en sal, lactosa, en grasa durante los primeros 4-7 días.
- 3) Pobre en sal hasta que los edemas se resuelvan.
- 4) No se permitirán alimentos fuera de la dieta (chicles, bombones etc.)
- 5) Si se requieren suplementos dietéticos, deberán ser prescritos por el equipo de forma individualizada.

### b) Progresión calórica para pacientes con bajo peso.

- 1) 1500 cal/día durante los primeros cuatro días; incrementar 500 cal/día cada cuatro días hasta llegar a 3500 calorías/día al 16º día de la hospitalización.
- 2) Si el paciente está por debajo del 70% del peso objetivo al ingreso, se comienza con 1200 cal/día durante cuatro días para llegar progresivamente a las 1500 cal/día. Se requieren 20 días para llegar a las 3500 cal/día.
- 3) Cuando se llegue al peso objetivo, el equipo ajustará las calorías con objeto de mantener el peso en un rango medio.

### c) Progreso del peso con 3500 cal/día en pacientes con bajo peso.

- 1) Se espera una ganancia de 1500 gr./semana.
- 2) Si la ganancia es menor de 1kg. /semana:
  - a) Observar el paciente durante la comida
  - b) Observar si la movilización de edemas es la causa.
  - c) Incrementar el nivel de vigilancia por si existen conductas anormales.
- 3) Si después de una semana de observación estándar, continúa con una ganancia inferior a 1kg /semana:
  - a) Incrementar la ingesta de calorías a razón de 500 calorías cada cuatro días hasta conseguir que el peso conseguido sea al menos de 1 kg/semanal.
  - b) Incrementar la vigilancia durante las 24 horas si existe evidencia clara de conductas anormales.
- 4) (Describe los alimentos que no entrarían en la dieta por razones de religión y que habría que respetar. Ej. Cerdo en los musulmanes.).

## 3. Se permite a los pacientes:

### a) Elección de alimentos:

1. Selección de alimentos concretos. Suele ser lo primero que se permite y de la forma siguiente:
  - a) Para pacientes con anorexia nerviosa cuando la ganancia de peso sea consistente y se encuentre en el 90% del peso objetivo.
  - b) Para los pacientes con bulimia nerviosa de dos semanas.
  - c) Solamente cuando los pacientes se encuentren a gusto con el protocolo, los cambios se harán de acuerdo con el nutricionista y si no está contraindicado por el equipo.
2. Selección de varios alimentos de una lista. Se procede como sigue:
  - a) Cuando han seleccionado apropiadamente los alimentos aislados (después de una semana para la BN ) y cuando los pacientes con AN se encuentren en la mitad del rango de peso objetivo.

- b) Solamente se elegirán los alimentos permitidos por el nutricionista. El equipo vigilará todas las selecciones realizadas por los pacientes. Ningún alimento se dará con un fin dietético, excepto en los pacientes con BN que necesiten bajar peso.
- c) Planificación, compras y preparación de comidas.
  - 1. Los pacientes participarán en un grupo de terapia ocupacional en la elaboración de comidas y practicarán la comida en una cafetería o restaurante bajo la supervisión del staff de enfermería de la forma siguiente:
    - a) Cuando esté seleccionando alimentos de forma apropiada.
    - b) Si no está contraindicado por el equipo.
    - c) Con una frecuencia que dependerá del trabajo del equipo.
  - 2. Los pacientes practicarán las comidas en un restaurante o cafetería con la familia o amigos de la forma siguiente:
    - a) Para los pacientes con AN cuando estén en el rango de peso objetivo.
    - b) Cuando estén seleccionando los alimentos apropiadamente.
    - c) Si no se encuentra contraindicado por el equipo terapéutico.

### **C) Ejercicio:**

- 1. Los pacientes podrán realizar durante un tiempo relativo ejercicio cuando sus limitaciones físicas lo permitan durante 30 minutos cada día observadas por el staff, pueden caminar durante las actividades físicas del grupo, excepto se abusan de este privilegio.
- 2. Los pacientes que se encuentren en el 80% del peso objetivo, que ganen 1 Kg o más semanalmente que tenga la densitometría ósea normal o ligeramente alterada puede participar en actividad física de grupo y en grupos de aerobic durante todo el tiempo que continúe cogiendo el peso semanal y no haga un uso inapropiado del ejercicio.
- 3. Pacientes que se encuentren en el 80% del peso objetivo y ganen como mínimo 1 Kg semanalmente y que tengan la densitometría ósea entre moderada y severamente alterada, podrán participar en actividades de bajo impacto en actividades físicas de grupo y de aerobic siempre que continúen con la ganancia de peso semanal y no hagan un uso inapropiado.

### **D) Observación en Trastornos Alimentarios (OTA):**

**Observación:** Las posibilidades de OTA pueden ir de 24 horas a 8,00 -22,00 horas, 2 horas después de las comidas, una hora después de las comidas o solamente durante la comida. El OTA estándar es desde la 8,00 hasta la 22,00 horas.

- 1. **Estándar OTA durante la admisión:** Al menos durante la primera semana se realizará observación desde la 8.00 hasta la 22,00. Los pacientes podrán acudir a todas las actividades terapéuticas prescritas durante la OTA en la medida que su estado físico y psíquico lo permita y en las condiciones que el staff decida sobre las actividades que deben ser vigiladas durante todo el tiempo (vistas al baño etc...).
- 2. **Indicaciones para reducir la OTA a las comidas y dos horas después:**

- a) Si después de la semana aplicando la OTA estándar, los pacientes muestran capacidad de control para vencer las conductas alimentarias anormales.
  - b) Los pacientes ganan entre 1 y dos kg semanales in conductas anormales.
  - c) No existen otras contraindicaciones.
3. Indicaciones para reducir la OTA a las comidas y una hora después:
- a) Cuando los pacientes con AN han llegado al inicio del rango de peso objetivo o una semana desde el ingreso y se le anticipó la modificación.
  - b) En la BN cuando se cumplan las dos semanas de ingreso.
  - c) La reducción no está contraindicada.
4. Indicaciones para reducir la OTA a las comidas solamente:
- a) Cuando los pacientes realizan bien las comidas en una hora durante tres días.
  - b) La reducción no está contraindicada.
5. Indicaciones por realizar discontinuidad de la OTA:
- a) Pacientes que han realizado bien las comidas solamente durante tres días.
  - b) Que la reducción no se encuentre contraindicada.
6. Indicaciones para aumentar la OTA durante las comidas:
- a) Fluctuaciones inexplicadas del peso.
  - b) Fuertes impulsos en los para comportarse de forma inapropiada.
  - c) Sospechas en el staff de que el paciente actúa de forma inapropiada.
  - d) Anormal o aumento de la amilasemia.
7. Indicaciones para la OTA de 24 horas:
- a) Paciente no conocido con historia o sospecha de vómitos o abuso de ejercicio.
  - b) Las condiciones referidas en el punto 6.
8. Consecuencias debido a conductas inapropiadas durante la OTA: Se decidirán por el equipo, tras discusión.
9. Decisión acerca del nivel de OTA (inicial y siguientes): Se aplicará el protocolo excepto contraindicación.
10. Autorización para los cambios en la OTA:
- a) La iniciación o el aumento en horas requiere la orden de un médico, un psicólogo o enfermero/a.
  - b) La interrupción o reducción requiere la orden del médico o de un psicólogo.
11. La OTA durante las visitas de la familia o amigos:
- a) Un familiar o amigo de un paciente colaborador puede asumir el cumplimiento de la OTA tanto en la unidad como fuera de ella en el hospital, de acuerdo con el equipo terapéutico y ordenado por un médico o psicólogo.

- b) Los menores necesitan de un permiso escrito por los padres o tutor cuando sean un visitante no perteneciente a la familia.

12. OTA cuando los pacientes salen por el hospital o fuera de él con el staff para actividades terapéuticas:

- a) Los miembros de staff solo saldrán con el número de pacientes que les permitan mantener el nivel de OTA como si estuviera en la unidad.
- b) Los menores necesitarán el permiso por escrito de los padres o tutor para poder realizar estas actividades.

**E) Permisos Terapéuticos (PT):**

1. Los pacientes no pueden tener PT durante el tiempo de OTA excepto en situaciones muy especiales por razones de humanitarismo como la muerte o enfermedad grave de un familiar cercano. En estos casos:
  - a) Un/a enfermero/a enseñará al familiar que acompañe al paciente acerca de la OTA enfatizando la necesidad de vigilar al paciente durante todo el tiempo. Se le informará al familiar que comunique al personal encargado de aplicar la OTA la vuelta del paciente a la unidad.
  - b) Los menores necesitarán un permiso escrito por los padres cuando el PT se realice con persona que no sean ellos.
2. Discusión acerca del PT:
  - a) Los pacientes deben conocer que los permisos terapéuticos no pueden darse durante la aplicación de la OTA.
  - b) El paciente debe solicitar por escrito a la enfermera/o el permiso, incluyendo la fecha, horas y personas que le acompañarán.
  - c) Los pacientes deben discutir con enfermería el valor y los riesgos del PT.
  - d) Para evitar conflictos, la enfermería debe no dar una respuesta al paciente antes de discutirlo con el equipo terapéutico.
  - e) La enfermería debe dejar por escrito sus recomendaciones acerca del permiso y dejarlo en el libro de incidencias para ser discutido durante la mañana y dar el consentimiento el médico.

**F) Plan para el mantenimiento del peso objetivo:**

1. Mantenimiento del peso los lunes, miércoles y viernes hasta conseguir durante una semana el peso objetivo.
  2. Disminuir las calorías cuando se consiga el punto medio del rango del peso objetivo hasta que el peso sea estable en el rango objetivo.
  3. Reducir la OTA tan rápidamente como el paciente pueda tolerar la comida sin conductas anormales.
  4. Haber realizado el paciente al menos una de las siguientes actividades diariamente con objeto de incrementar su confianza y con comidas normales:
    - a) Comprar alimentos y preparar una comida bajo supervisión de enfermería.
    - b) Comer en un restaurante o cafetería.
    - c) Permiso terapéutico con resistencia frente a las conductas anormales y realizar comidas normales fuera del hospital.
-