

# REVISIÓN



Gac Med Bilbao. 2019;116(3):116-128

## Tratamendu nutrizionalaren garrantzia elikadura jokabidearen nahasteen unitate ezberdinetan

Basterra-de-Santos Alazne<sup>a</sup>, Telletxea-Artzamendi Saioa<sup>a</sup>

(a) *Euskal Herriko Unibertsitatea, Euskadi, Espainia*

2018ko uztailaren 4an jasota; 2018ko irailaren 4an onartuta

### GILTZA-HITZAK

Elikadura jokabidearen nahasteak.  
Elikadura jokabidearen nahasteen unitateak.  
Anorexia nerbiosoa.  
Bulimia nerbiosoa.  
Tratamendu nutrizionala.  
Dietista- nutrizionista.  
Berrelikaduraren sindromea.

### Laburpena:

Elikadura Jokabidearen Nahasteak buruko gaixotasunak diren arren, elikaduraren bidez adierazten dira batez ere. Azken urteotan, anorexia nerbiosoa eta bulimia nerbiosoa bezalako elikadura jokabidearen nahasteak nolabaiteko kezka piztu duten osasun arazoak direnez, eta haur eta nerabeetan osasunerako dakartzaten arriskuen ondorioz, lehenetsuzko gaixotasun bezala sailkatu ditu Munduko Osasun Erakundeak. Gaixotasun hauen tratamendua koordinatutako disziplina anitzeko taldeen parte-hartze egokian oinarritzen da, non dietista-nutrizionista batek aurrera eramandako tratamendu nutrizionalak berebiziko garrantzia duen. Tratamendu hau hiru unitate ezberdinetan burutzen da: kanpo kontsulta, eguneko ospitalea eta ospitalizazioa. Gaixoaren egoeraren arabera izango da tratamendua unitate batean edo bestean burutzea. Baraualdi egoeran dauden edo desnutrizio larria duten pazienteak berrelikaduraren sindromea garatzeko arriskuan daude, eta beraz, dietista-nutrizionistak paziente hauek ezagutu eta arreta bereziaz tratatu beharko ditu. Dietetika eta nutrizioan adituak diren profesionalak unibertsitatetik gaixotasun hauen tratamenduan hezitzeak paziente hauen bizi-kalitatea eta etorkizuna hobetzea ahalbideratu dezake.

© 2019 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

### PALABRAS CLAVE

Trastornos de la conducta alimentaria.  
Unidades de los trastornos de la conducta alimentaria.  
Anorexia nerviosa.  
Bulimia nerviosa.

### La importancia del tratamiento nutricional en las diferentes unidades de los trastornos de la conducta alimentaria

### Resumen:

Los trastornos de la conducta alimentaria aunque son problemas mentales, se manifiestan sobre todo a través de la alimentación. Los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, son problemas de salud que han promovido cierta alarma e inquietud en nuestra sociedad en los últimos años, por lo que la Organización Mundial de la Salud ha ubicado a los trastornos de la conducta alimentaria entre las enfermedades mentales de prioridad dado el riesgo para la salud que implican.

El tratamiento de estas enfermedades se basa en la participación coordinada de equipos multidisciplinares, en el cual el tratamiento nutricional llevado a cabo por el dietista-nutricionista desempeña un papel importante. Este tratamiento se lleva a cabo en tres unidades diferentes: consulta externa, hospital de día y hospitalización. Dependiendo de la condición del paciente, el tratamiento se llevará a cabo en una unidad u otra. Los pacientes que padecen malnutrición o desnutrición severa corren el riesgo de desarrollar un síndrome de realimentación, por lo que el dietista-nutricionista debe tratar a estos pacientes con atención especial. La educación desde la universidad a los profesionales de dietética y nutrición en el tratamiento de estas enfermedades, puede mejorar la calidad de vida y el futuro de estos pacientes.

© 2019 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Tratamiento nutricional.  
Dietista-nutricionista.  
Síndrome de realimentación.

### The importance of nutritional treatment in the different units of eating disorders

#### Abstract:

The Eating Disorders they are mental problems, they are manifested mainly through food. Eating disorders such as Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa are health problems that have caused some alarm and concern in our society in recent years, which is why the World Health Organization has placed the Eating Disorders among mental illnesses of priority given the health risk they imply. The treatment of these diseases is based on the coordinated participation of multidisciplinary teams, in which the nutritional treatment carried out by the dietitian-nutritionist plays an important role. This treatment is carried out in three different units: outpatient, day hospital and hospitalization. Depending on the condition of the patient, the treatment will be carried out in one unit or another. Patients suffering from malnutrition or severe malnutrition are at risk of developing refeeding syndrome, so the dietitian-nutritionist should treat these patients with special attention. Education from the university to dietetics and nutrition professionals in the treatment of these diseases can improve the quality of life and the future of these patients.

© 2019 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

#### KEYWORDS

Eating disorders.  
Units of eating disorders.  
Anorexia nervosa.  
Bulimia nervosa.  
Nutritional treatment.  
Nutritional treatment.  
Dietitian-nutritionist.  
Refeeding syndrome.

### 1. Sarrera

Azken urteotan gizarte garatuetan jasandako bizi estilo aldaketa azkarren ondorioz, paradoxikoak diren egoerak sortu dira; hala nola, edertasun perfektuaren kanona gorpuzkera zeharo argala. Ondorioz, gaur egungo gizartean, irudi pertsonala arrakasta sozial bezala erabili ohi da. Nerabeetako asko, neskak bereziki, beraien gorputz irudia onartzen ez dutela diote, lodi ikusten dira eta murriztaileak diren argaltzeko dietak egiten dituzte; hortaz, desegokiak diren elikadura jokaerak barneratzen joaten dira, zeintzuek nerabe hauen egoera nutrizionala arriskuan jartzen duten<sup>1</sup>.

Elikadura Jokabidearen Nahasteak (EJN), Anorexia Nerbiosoa (AN) eta Bulimia Nerbiosoa (BN) batez ere, azken urteotan nolabaiteko kezka piztu duten osasun arazoak dira. EJNen intzidentzia eta prebalentzia handituz joan da azken 50 urteetan, nerabeen artean hirugarren gaixotasun ohikoena izanik, asma eta obesitatearen ondoren; baita emakume gazteen artean gaixotasun psikiatriko ohikoena ere. Gaixotasun hauen maiztasuna emakumezkoetan gizezkoetan baino handiagoa da (9:1 erlazioa), baita 15 eta 25 urte bitarteko adinetan ere, nahiz eta egun, adin goiztiar (7 eta 12 urte bitartean) eta berantiarretan (25 urtetik aurrera) ere agertu<sup>2</sup>.

Pérez-Gaspar M, et al.<sup>3</sup> 2000 urtean Nafarroan burututako ikerketan oinarrituz, 12 eta 21 urte bitarteko

emakumezkoek %4,15eko prebalentzia aurkeztu zuten EJNendako, zeintzuetatik %0,31 ANari dagozkio, %0,77 BNari eta %3,07 Elikadura Jokabidearen Nahaste Zehaztu Gabeei (EJNZG). 2008an Reus-en (Espainia), 12 eta 21 urte bitarteko emakumezkoetan Olesti M, et al.<sup>4</sup> burututako ikerketan oinarrituz, %0,9eko prebalentzia lortu zuten ANarentzat, %2,9 BNarentzat eta %5,3 EJNZGentzat. Guztira, %9,1eko prebalentziari buruz hitz egiten ariko ginatke. Nahiz eta gizonezkoen ia ikerketarik ez egon, Peláez MA, et al.<sup>5</sup> Madrilen 12 eta 21 urte bitarteko gizon eta emakumezkoak ikertu ziren, zeintzuek %0-0,33ko prebalentzia lortu zuten ANarentzat, %0-2,29 BNarentzat eta %0,48-2,72 EJNZGentzat.

### 2. Helburuak

Segidan, lan honekin batera lortu nahi diren helburuak azaltzen dira.

- Elikadura jokabidearen nahasteak ezagutu eta diagnostikatzen jakin.
- Elikadura jokabidearen nahasteen tratamendurako unitate ezberdinak azaldu eta unitate hauetan dietista-nutrizionistak eta tratamendu nutrizionalak duen garrantzia azaldu.
- Berrelikadura desegokiaren ondorioz eman daite-

keen berrelkaduraren sindromea ezagutu eta honek dituen arriskuak aztertu.

### 3. Garapena

#### 3.1. Zer dira elikadura jokabidearen nahasteak?

EJNak gaixotasun psikiatrikoen multzoa dira. Gaixotasun hauen ezaugarri nagusienak, gaixok duten elikadura ohituren alterazioa eta beren gorpuzkerari eta pisuari buruzko pertzepzio okerrak dira, zeintzuek pazientearen heriotzera eramane dezaketen. Oso gaixotasun konplexu eta etiologia anitzekoak dira, nerabe eta emakume gazteei eragiten dietenak batez ere. EJNen artean ezagunak edo entzunenak AN eta BN dira.

EJNen tratamenduan koordinatutako disziplina anitzeko taldeen parte-hartze egokia ezinbestekoa da, zeinetan psikiatreek, psikologoek, endokrinologia eta nutrizioan espezializatuak, dietista-nutrizionistek eta erizainek parte hartzen duten. Aurreko guztiaz gain, esan beharra dago parte-hartze eta aholku nutrizionala gaixotasun hauen tratamenduan oinarritzko alderdiak direla. Dena den, tratamendu nutrizionala osasun mentalaren taldearekin (psikiatra eta psikologo) batera ezartzea ezinbestekotzat hartzen da<sup>1</sup>. Hortaz, profesional ezberdinez osatutako disziplina anitzeko taldea ezinbestekoa izango da, gaixotasun hauen tratamendua zeharo konplexua baita.

#### 3.2. Elikadura jokabidearen nahasteen sailkapena eta diagnostikoa

##### 3.2.1. Elikadura jokabidearen nahasteen sailkapena

EJNen sailkapena eta diagnosi irizpideak hurrengo bi gidaliburu hauetan aurkitu daitezke: Buru Asalduren Diagnosi eta Estatistika Eskuliburua edo DSM-V<sup>6</sup>, American Psychiatric Association edo APAk<sup>7</sup> argitaratua 2013an, eta Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapena edo GNS-10<sup>8</sup>, Munduko Osasun Erakundeak edo MOEk<sup>9</sup> 1992an argitaratua. DSM-ko gaixotasun sailkapena, GNS-ko gaixotasun sailkapenarekin bat datorren arren, DSM-V-eko gaixotasun sailkapena 2018ko maiatzean argitaratuko den GNS-11-ko gaixotasunekin bat dator. Gaur egun indarrean dagoen edizioa DSM-V denez, bertako sailkapena jarraituko da.

Orain arte azaldutako DSM-V-a, 1994an argitaratutako DSM-IV<sup>10</sup> eskuliburuaren eguneratutako edizioa da.

DSM-IV eskuliburuaren "Trastornos de la conducta alimentaria" atalean AN, BN eta EJNZGak barne hartzen ditu. EJNZGak, EJNen irizpide guztiak betetzen ez dituen kategoriari dagokio. Azken multzo honen (EJNZG) prebalentzia oso altua zenez, DSM eskuliburuaren azken edizio honetan kategoria hau hedatu egin da (I. taula).

##### 3.2.2. Diagnostiko goiztiarra (behaketarako tresnak)

Haur eta nerabeetan osasunerako dakartzaten arriskua ondoz, EJNak lehentasunezko gaixotasun bezala sailkatu ditu MOEk. Izan ere, EJNekin batera zailtasun mediku eta psikologiko oso konplexuak agertu daitezke. Gaixotasun hauen kronifikazioa ekiditeko tratamendu

### I. Taula

#### Elikadura Jokabidearen Nahasteen sailkapena: DSM-IV eta DSM-V (elaborazio propioa)

DSM-IV	DSM-V
<b>Anorexia Nerbiosoa (AN)</b>	<b>Anorexia Nerbiosoa (AN)</b>
- Murriztailea	- Murriztailea
- Purgatzailea edo betekada bidezkoa	- Purgatzailea edo betekada bidezkoa
<b>Bulimia Nerbiosoa (BN)</b>	<b>Bulimia Nerbiosoa (BN)</b>
- Purgatzailea edo betekada bidezkoa	
- Ez purgatzailea edo betekada bidezkoa	
<b>Elikadura Jokabidearen Nahaste Zehaztu Gabeak (EJNZG)</b>	<b>Betekada bidezko nahastea</b>
	<b>Pika</b>
	- Haurrak
	- Helduak
	<b>Hausnarketa</b>
	<b>Janaria saihestearren / mugatzearen nahastea</b>
	<b>Beste Elikadura Jokabidearen Nahaste espezifiko batzuk</b>
	- Anorexia Nerbioso Atipikoa
	- Bulimia Nerbioso Atipikoa (maiztasun baxukoa edo/eta iraupen laburrekoa)
	- Betekada bidezko nahasmendua (maiztasun baxukoa edo/eta iraupen laburrekoa)
	- Purgatze nahasmendua
	- Gaueko ingestaren sindromea
	<b>Beste Elikadura Jokabidearen Nahaste Zehaztu Gabeak (EJNZG)</b>

goiztiar baten beharra ezinbestekoa izaten da; horretarako, diagnostiko goiztiarra eta momentu egokienean talde espezializatu batera deribatzea beharrezkoa da. Gaixotasun hauen diagnostikoa lehenengo hiru urteetan egiten bada, hauen pronostikoa asko hobetu daiteke. Beraz, diagnostiko goiztiarra funtsezkoa da EJNen pronostikoa hobetu eta kronizitatea saihesteko<sup>11</sup>. Horregatik, oso garrantzitsua da gai honetan espezializatuta ez dauden profesionalak diagnostiko goiztiarra egiteko tresna guztiak izatea eta une egokienean jokatzeko talde espezializatu batera deribazio arrakastatsua lortzeko.

Gaixotasun hauetan susmoak eta diagnostiko goiztiarrak duten garrantzia ikusita, hainbat galdeketa garatu dira behaketarako tresna moduan: SCOFF (edo Sick, Control, One, Fat and Food questionnaire), Eating Attitude Test 26 edo EAT-26 (EAT-40 galdetegiaren bertsio laburra), ChEAT 8 eta 12 urte bitarteko umeentzat, Eating Disorder Inventory edo EDI-2, Bulimia Test edo BULIT...<sup>12</sup>.

EAT-26 galdeketa (1. irudia) fidagarritasun eta sentibiltate bikaina duten baloreez osatuta dagoen galdeketa laburra da, baita balore espezifiko egokiak dituena ere. Behaketarako tresna hau arrisku egoeran dauden populazioan EJNak detektatzeko aproposa da, baita arreta primarioko emakume gazteetan antzemate goiztiarra egiteko ere.

### 3.2.3. Elikadura jokabidearen nahasteen diagnostikorako irizpideak

Nahiz eta profesionala ohartarazi dezaketen sintoma klinikoek diagnostiko goiztiarra egitea lagundu, gaixotasun hauen diagnostikoa DSM-V eskuliburuan agertzen diren irizpideekin bat etorri behar da. Aurretik azaldu den moduan, EJN ezagunenak edo entzunetak AN eta BN dira, eta beraz, lan hau bi nahaste hauetara bideratuta egongo da.

#### Anorexia Nerbiosoa (AN)

ANren ezaugarri nagusiak honako hauek dira: nork bere pisua minimo normal batean mantentzeko uko, pisua irabazi eta lodi bihurtzeko beldur handia, eta gorputzaren forma edo tamainaren pertzepzioaren alterazio handia<sup>6</sup>. Emakume hauetako askok amenorrea edo hilerokoaren falta izan ohi dute. DSMren azken bertsio honetan amenorrea irizpideetatik kanpo gelditu da; izan ere, geroz eta ume, emakume postmenopausiko, antisorgailuekin tratamenduan daudenak eta gizon gehiago dira AN dutenak<sup>6</sup>.

Pisua galtzeko erabiltzen den teknikaren arabera bi AN mota bereizten dira: mota murriztailea (dietak, baraualdiak eta gorputz ariketa intentsuak erabiltzen dituzte) eta mota purgagarria (erregulari tripakadak eta purgak erabiltzen dituzte).

#### Bulimia Nerbiosoa (BN)

BNren ezaugarri nagusiak honako hauek dira: tripakadak kontrol falta sententzioarekin (tripakada bat, denbora epe laburrean egoera berdinean legokeen beste edonork jango lukeena baina askoz janari gehiago jatea bezala ulertu behar da), pisua irabaztea galarazteko me-

#### EAT-26 galdeketa euskaraz

1. Oso lodi egoteak estutu egiten nau.
2. Gosea dudanean jatea ekiditen dut.
3. Janaria da nire ohiko kezka.
4. Betekada krisiak izan ditut zeintzuetan jateari utzi ezin nuela sentitzen nuen.
5. Nire janaria zati txikietan zatitzen dut.
6. Jaten ditudan elikagaien kaloria kantitatea ezaguna da.
7. Karbohidratoak dituzten elikagaiak (ogia, arroza, patatak, etab.) jatea ekiditen dut.
8. Gainontzekoek nik gehiago jatea nahi dutelaren sententzioa daukat.
9. Jan ondoren oka egiten dut.
10. Jan ondoren errudun sentitzen naiz.
11. Ezin dut burutik kendu argalago egotearen nahia.
12. Kirola egiten dudanean kaloriak erretzean pentsatzen dut, batez ere.
13. Gainontzekoek oso argal nagoela pentsatzen dute.
14. Nire gorputzeko ataletako batzuk lodi egoteak edo/eta zelulitisa izateak arduratu egiten nau.
15. Gainontzekoek baino denbora gehiago behar izaten dut jateko.
16. Azukrea duten elikagaiak jatea ekiditen dut.
17. Elikagai dietetikoak hartzen ditut.
18. Nire bizitzak elikagaien inguruan biratzen duelaren sententzioa daukat.
19. Elikagaien gain autokontrol ona daukat.
20. Gainontzekoak gehiago jatera derrigortzen didatela pentsatzen dut.
21. Denbora asko pasatzen dut elikagaien inguruan pentsatzen.
22. Elikagai gozoak jan ostean ez naiz ondo sentitzen.
23. Dieta egiten ari naiz.
24. Urdaila hutsik izatea atsegin dut.
25. Plater berriak eta zapoetsuak dastatzea gustuko dut, baita kaloria asko dituzten platerak dastatzea ere.
26. Otorduen ondoren oka egiteko gogoa izan ohi dut.

Erantzun posibleak:

Beti / Oso maiz / Askotan / Batzuetan / Gutxitan / Inoiz

**1. irudia.** Eating Attitude Test 26 o EAT-26 galdeketa euskaraz (Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2007, moldatua)<sup>12</sup>.

todo konpentsatzaile desegokien erabilera eta nork bere buruari buruzko auto-ebaluaketan pisuak eta gorputz irudiaren gehiegizko garrantzia<sup>6</sup>. DSM eskuliburuaren aurreko bertsioari dagokionez, DSM-V eskuliburuan betekaden maiztasuna murriztu da, azken hiru hilabeteetan 2 betekada/aste izatetik 1 betekada/aste izatera aldatu da<sup>6</sup>. Gainera, mota purgatzaila eta ez purgatzaila ezabatu egin dira eskuliburuaren azken bertsio honetan<sup>6</sup>.

### 3.3. Tratamendu nutrizionalaren garrantzia

EJNak arazo mentalak diren arren, elikaduraren bidez azalerazten dira batez ere. Aurretik azaldu den bezala, gaixotasun hauen tratamenduan koordinatutako disziplina anitzeko taldeen parte-hartze egokia ezinbestekoa da. Talde honetan dietista-nutrizionistaren parte-hartzea oso garrantzitsua da, paziente hauen aholkularitza eta tratamenduan bere jakintzak eta esperientzia eskeintzen dituelako<sup>1, 13</sup>. APAk EJNak dituzten gaixoen arretarako gida argiratu zuen: Practice Guidelines for Eating Disorders, zeinetan gaixotasun hauen tratamenduan dietista-nutrizionisten beharra nabarmentzen duen<sup>12, 14</sup>.

Profesional askok ANan eta BNan parte-hartze nutrizionala beharrezkoa ez dela diote, elikadura alterazioa sintoma psikologikoekin batera desagertzen dela uste baitute. Aldiz, gaixotasunean zehar ongi antolatutako nutrizio-hezkuntza batek tratamenduaren osteko berretortzeak eta elikadura portaerak hobetu ditzake<sup>13</sup>.

Tratamendu nutrizionala oso garrantzitsua da paziente mota guztietan, baita pisu normal edo Gorputz Masa Indizea (GMI) normala duten pazienteetan ere (BNan bezala); izan ere, pisu edo GMI normala edukitzeak ez du esan nahi elikadura osasuntsu, egoki eta nahikoa egiten duenik<sup>14</sup>. Pisu egokia duten paziente hauetan tratamendu nutrizionalaren helburua elikagai bariatatea handitzea eta elikagaien murrizketa txikitzea dira.

#### 3.3.1. Tratamendu nutrizionalaren helburuak

APAk tratamendu nutrizionala EJNen tratamenduaren lehen helburu bezala zehazten du<sup>13</sup>.

Tratamendu nutrizionalaren helburuak honako hauek dira: gaixoaren egoera nutrizionala normaldu, elikadura jokabideen alterazioak murriztu eta elikadura-ohiturak berreskuratu<sup>1, 2, 11, 13</sup>. Otorduak, ordutegiak, kantitateak eta oreka nutrizionala gutxinaka-gutxinaka berreskuratzea komeni da, nutriente ekarpen egoki baten bidez gomendatutako ingesta betetzea lortzeko.

Tratamendu nutrizionalaren beste helburuetako bat (eta ez garrantzia gutxiagokoa) pisua berreskuratzea da, egunez egun kontsultan adosten joango dena<sup>13</sup>.

Ezinbestekoa da pazienteak beraien tratamenduan parte-hartu eta laguntzea.

#### 3.3.2. Dietista-nutrizionistaren betebeharrak

EJNen tratamendu nutrizionala, formakuntza espezifikoak behar dituen arloa da. Dietista-nutrizionista guztiak, EJN hauetan adierazgarriak diren zeinu eta sintomak hauteman eta ezagutzeko gai izan beharko

dira, paziente hauek gaixotasun hauetan adituak diren profesionaleri deribatzen.

Oso garrantzitsua da dietista-nutrizionistak "informazioa ateratzeko" gaitasuna izatea; izan ere, antsietatea edo lotsa bezalako sentimenduak sortu diezaietke beraien elikaduraren alderdietako batzuk aitortzea<sup>1, 13</sup>.

Aurreko guztiaz gain, dietista-nutrizionistak bestelako ezaugarri batzuk bete beharko ditu, zeintzuek EJNak dituzten pazienteak zaintzeko gaitasuna ematen dioten, hala nola: malgua izatea, elikadura eta pisua irabaztearen beldurrak ulertzea, prozesuaren iraupenaz jabetzea, itxaropen errealistak ezartzea, pazientearen iruzkinetikiko sentikorra izatea, pazientzia handikoa izatea, adeitsua izatea eta ez epaitzea, oso zorrotza ez izatea, eta errekuuperazioarekiko baikorra izatea<sup>13</sup>.

Orokorrean, EJNen tratamenduaren eraginkortasuna oso baxua izan ohi da, paziente hauek errekuuperatzeko duten motibazioa oso baxua baita (BN duten pazienteen motibazioa handiagoa izan daiteke)<sup>13</sup>. Pazientearen aldetik, jokaera nutrizionalak aldatzeko funtsezko elementuak motibazioa eta pazientearen aldeko aldaketa dira. Pazientearen motibazioa areagotzeko eta bere arazoa onartzen laguntzeko, Motibazio Elkarrizketa (ME) erabiltzea oso lagungarria izan daiteke<sup>11, 13, 15, 16</sup>. ME pazientean oinarritutako elkarrizketa-mota da, non gaixoaren zalantzak eta iritziak kontutan hartuz, bere erremintak eta pausoak errespetatuz, osasun-ohitura bat aldatzeko konpromisoa bilatzen den<sup>15</sup>. Esku hartze eredu honekin, pertsonak beren aldaketa prozesuaren benetako protagonistak bihurtzen dira, bere mantentzearen ardura barneratuz; kontrola eta erantzunkidetasun sentsazio izatera pasatuz. Ohitura-aldaketak ez dira batere errazak. Nahiz eta pazienteak izan bere ohitura aldatu behar dutenak, profesionalak komunikazio-gaitasun ezberdinez baliatu daitezke egoera errazteko eta pazientearen motibazioa lantzeko: enpatia (bestearen lekuan jartzea), disonantzia kognitiboa garatzea (gaixoak dituen iritzi eta jokaera ezberdintasunak bere begien aurrean jartzea), paziente eta bere erabakiak errespetatzea eta, autoeraginkortasuna bultzatzea edo autoefikazia indartzea (bere ahaleginak kontuan hartuak edota zorionduak izan behar dira)<sup>11, 15</sup>. Guzti honez gain, paziente eta profesionalaren arteko harreman terapeutiko ona entzumen eta mintzamen gaitasun egokiak erabiliz sortzen da. Horretarako, jarraian idatzitako oinarritzko teknika hauek erabili daitezke, komunikazioa ohitura-aldaketan alde jartzeko: galdera irekiak, entzute erreflexiboa, laburpenak egitea, birmoldaketa positiboa (pazientearekin batera, aldaketaren alde positiboa bilatu) eta autobaieztapena erraztea (aldaketa sortzeko pazienteak bere burua aldaketa egiten ikusi behar du). EJNen tratamenduan estrategia motibazionalak erabiltzeak atxikimendua handiagotu eta jokaera purgatzaila murriztea eragin dezakete<sup>11, 15</sup>.

#### 3.3.3. Dietista-nutrizionistaren eginkizunak

Dietista-nutrizionistaren xedea ez da soilik gaixoa elikatzea, jaten irakastea baizik. Tratamendu nutrizionala pazientearekin komunikatzean oinarritzen da, eta beraz, errurik bota gabe bere beharrak entzun eta erantzuten jakin behar da.



Gaixotasun hauetan dietista-nutrizionistak bete behar dituen egikizunen artean honako hauek ditugu: nutrizio egoeraren balorazioa egin, esku-hartze dietetiko-nutrizionala burutu (zeinetan nutrizio hezkuntzarako programak aurkitu ditzazkegun), eta pazientearen kontrol, jarraipen eta ebaluazioaz arduratu<sup>13,16</sup>.

Esku-hartze dietetiko-nutrizionala, eta pazientearen kontrol, jarraipen eta ebaluazioa unitate bakoitzean aldatuz doa, eta beraz, aurrerago zehaztuko dira "Tratamendu nutrizionala elikadura jokabidearen nahasteen unitate ezberdinetan" atalean. Nutrizio egoeraren balorazioa EJNen unitate guztientzako komuna denez, atal honetan sakonduko da.

**Nutrizio egoeraren balorazioa**

Nutrizio egoeraren balorazioa, gaizki elikatutako edo "malnutrizioa" duten pertsonak hautemateko eta desnutrizioaren larritasuna baloratzeko erabili ohi da, kasu batzuetan ospitalizazioa behar izaten delako<sup>1</sup>. Nutrizio egoeraren balorazioa egiterako orduan, diagnostiko nutrizional bat ezarri ahal izateko beharrezko informazioa ematen duten pazientearen datu ezberdinak kontuan hartu beharko dira (2. irudia), hala nola: anamnesia edo historia klinikoko datuak, miaketa fisikoa eta datu biokimikoak<sup>1, 16, 17, 18, 19</sup>.

**I. Historia klinikoa**

Historia klinikoa, dietista-nutrizionistak pazienteari edo honen inguruko norbaiti egindako elkarrizketa da. Balorazioa egiterako orduan ezinbestekoa izango da datu kliniko, datu sozialeta historia dietetikoari buruzko datuak jasotzea. Informazio honen bidez<sup>18</sup> gaixotasunaren sintomak antzematen saiatuko da.

**Datu klinikoak**

Datu klinikoen artean duela gutxiko pisu galera, egoera mentala (depresioa, kognizio galera, etab.), elikaduran eragin dezaketen gaixotasunak (minbizia, hesteetako iskemioa, etab.), alkoholismoa edo/eta drogen erabilera, farmako anorexigenikoak, etab.<sup>1, 17</sup> dauzkagu. Guzti honez gain, sabel hustearen ohiturak, gernu egitearen ohiturak eta ingesta hidrikoa ere kontuan hartu beharreko alderdiak dira, baita sabel husteko eta gernu egiteko produktuen (laxante edo diuretikoak) erabileraren ebaluazioa ere. Oso garrantzitsua da gaixotasuna agertu den momentua zein izan den galdetzea, baita honen sintoma eta faktore abiarazleak ere.

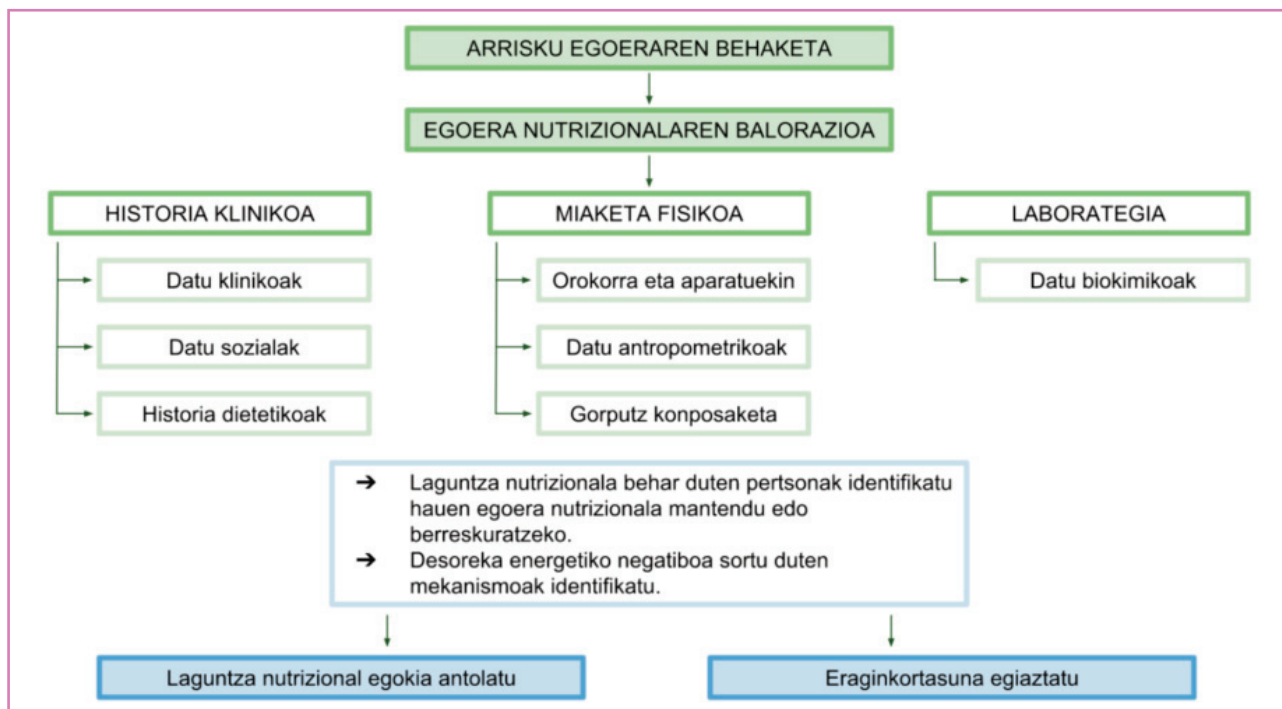
**Datu sozialak**

Oso garrantzitsua da familiaren eta bere ingurugiro sozialaren (errenta maila, ikasketa maila, jarduera fisikoa, lan jarduera, ohiturak, bakardadea, etab.) inguruko informazioa jasotzea<sup>17</sup>. Informazio honen bidez, pazientearen batzbesteko gastu energetikoa kalkulatu daiteke.

**Historia dietetikoak**

Dietista-nutrizionistak EJNei bideratutako historia dietetiko bat burutu beharko du. Pertsona baten ingesta eta elikadura ohituren ebaluazioa, pertsona hori hobeto ezagutzeko egiten da, tratamendu pertsonalizatu eta eraginkor bat ezarri ahal izateko<sup>19</sup>.

Ezinbestekoa da elikadura ohitura familiar eta pertsonalak ezagutzeko (zer jaten duen, non, noiz eta zeinek), elikagai gustokoenak, onartzen ez dituen elikagaiak, ukatu edo beldurra dien elikagaiak zeintzuk diren eta arrazoiak, baita pisua galtzeko erabilitako teknika konpentsatzaileak ezagutzeko ere. Guzti honez gain,



**2. irudia.** Nutrizio egoeraren balorazioa egiteko parametroen laburpena (Martínez Olmos MA. et al., 2010, moldatua)<sup>18</sup>.

## II. Taula

### Pisu galeraren portzentaiak (Martínez Olmos MA, et al., 2010, moldatua)

Denbora	Pisu galera esanguratsua	Pisu galera larria	Desnutrizio maila
Aste 1	1 - 2 %	> 2 %	Balio normala
Hilabete 1	0.05	> 5 %	Arina
3 hilabete	0.075	> 7,5 %	Neurritzkoa
6 hilabete	0.1	> 10 %	Larria

elikadurari buruzko jakintzak, usteak, jarduera fisiko maila, etab. oso datu garrantzitsuak dira<sup>13, 19, 20</sup>.

Paziente baten ingesta dietetikoak baloratzeko, metodo ezberdinak erabili daitezke. Oso erabilgarria izan ohi da maiztasun galdeketa eta erregistro dietetikoak erabiltzea<sup>16, 17</sup>. BNren kasuan, 24 orduko oroitzapena ez da teknika baliagarria, betekadak direla eta, egun batetik bestera aldakortasun handia baitago<sup>16</sup>. Ingesta energetikoa baloratzeko, aste batean zeharreko elikagaien kontsumoaren erregistroa erabilgarria izan daiteke, eta bereziki, betekadak dauden egunen erregistroa<sup>13, 19, 20</sup>.

EJNak dituzten gaixoei elikagaiak edo elikagai taldeak guztiz "ontzat" edo guztiz "txartzat" hartzen dituzte<sup>16, 21</sup>. 2009an Jáuregui Lobera I. eta Bolaños Ríos P.<sup>22</sup> egindako ikerketan lortutako emaitzak honako hauek izan ziren: AN zuten pazienteek ogi, zereal, haragi, hestebete, gozoki eta gantz gutxiago, eta barazki gehiago kontsumitzen zituzten.

Pazienteek jatean duten jarrera zein den jakitea garrantzitsua da, honek emango bait du elikagaien aurrean aurkezten duten jarreraren inguruko informazioa. Otorduen arteko denbora eta otorduetan jateko eskaintzen den denbora ezagutu beharreko datuak dira. AN duten pazienteetako askok oso poliki jaten dute, askotan, elikagaiak txiki-txiki eginez eta beraiekin jolastuz<sup>16</sup>. Bestalde, BN duten gaixoei askok azkar jaten dute, asetasunaren seinaleen aurrean dauzkaten zailtasunak isladatuz. Gainera, betekadak izatea bultzatzen dieten elikagaiak zeintzuk diren identifikatzea ezinbestekoa izango da egoera honi bira emateko. Nahiz eta pazienteak elikagai hauek saihestu nahi izan, kontrolatutako kantitateetan eta tarteka ematea erabilgarria izan daiteke<sup>1</sup>.

## II. Miaketa fisikoa

### Miaketa orokorra eta aparatuen bidezkoa

Desnutrizioa duten pazienteetan honako ezaugarri hauek nabarmentzen dira: ehun adipotsuaren galera, muskulu masaren galera, larruzal zurbila, gorputz-adar hotzak, ile hauskorra, lanugo (gantz masaren gabeziagatik sortzen den ile oso fina), amenorrea, idorreria, hotzarekiko jasanezintasuna, sabeleko mina, etab.<sup>1, 6, 19</sup>. Bihotz-hotsei, norik bere burua zauritzearen frogei edo okadak eragitearen arrastoei (behatz edo eskuaren atzealdeko lesioak) arretea berezia eskeini beharko zaie<sup>19</sup>.

Aparatuen bidezko miaketa egitean honako parametro hauek neurtu daitezke: presio arteriala, bihotz maiztasuna, oxigenoaren asetasuna eta tenperatura<sup>19</sup>.

### Datu antropometrikoak

Antropometria merkea, ez inbasiboa eta aurrera eramateko erraza den teknika bat da, zeinetan pisua eta altuera nabarmentzen diren, balorazio nutrizionala egiterako orduan. Pisua, gehien kontrolatzen den parametroa den arren, EJNak dituzten pazienteei ez zaie pisuari buruz jakinarazten. Ohiko pisua eta denboran zehar honek duen eboluzioa zein den jakitea oso garrantzitsua den datu bat da; izan ere, hilabete batean %5etik gorako pisu galerak, edo 6 hilabetetan %10etik gorako pisu galerak konpliazioak izateko arriskua areagotzen du (II. taula)<sup>17, 18, 19</sup>. Pazienteetako askok taktika ezberdinak (ur asko edan, pisutsuak diren objektuak gorde, edo pixa eta gorotzak eutsi) erabiltzen dituzte dietista- nutrizionistari iruzur egin eta baskulan norberak nahi duen pisua lortzeko<sup>16</sup>.

GMI oso erabilgarria izan ohi da malnutrizio mailak sailkatzeko. ANaren kasuan, adibidez, oso erabilgarria da pazienteetako askok desnutrizioa aurkezten dutelako.

Besoko zirkunferentzia eta tolesdura trizipitala, gorputzeko gantz masa eta muskulu masa neurtzeko erabili ohi dira. Bi parametro hauek erreferentziazko populazioarekin egiaztatu beharko dira; Espainia mailan, gehien erabiltzen diren taulak Alastrué eta Esquiusenak dira<sup>17</sup>.

Gorputz konposaketa neurtzeko, bioinpedantzia elektrikoa egiten da, gantz masa, ihar masa eta ur kantitateari buruzko datuak emango dituenak<sup>16</sup>. Pazientearen gorputz konposaketaren eboluzioa aztertzeko erabili ohi da.

## III. Datu biokimikoak

Paziente batetik bestera balioak aldatu daitezkeen arren, honako hauek dira ANan aurkitu daitezkeen aldaketak: proteina total eta albumina maila normalak, hiperkolesterolemia, anemia, leukopenia eta %10eko tronbozopenia<sup>1, 6, 19</sup>. Noizbehinka, hipomagnesemia, hipozinkemia, hipofosfatemia eta hiperamilasemia behatu daitezke<sup>6</sup>. Okadak eragiteak hipokloremia eta hipopotasemia eragin ditzake<sup>6</sup>. BNari dagokionez, odol analisisetan lortutako aldaketak okadak eragitearen ondoriozkoak izan ohi dira (hipopotasemia, hipokloremia, hiponatremia eta hiperamilasemia)<sup>6</sup>.

### 3.4. Tratamendu nutrizionala elikadura jokabidearen nahasteen unitate ezberdinetan

Tratamendu nutrizionala, gaixotasun hauetan ezinbestekoa da. EJNen jatorria psikogenoa den arren, dietista-nutrizionistaren esku-hartzea paziente hauen tratamenduan funtsezkoa izango da.

Gaixotasun hauen tratamendua egokitzeko zegoen behar eta eskakizunaren ondorioz, duela urte batzuk hasi ziren Espainian EJNen unitateak ezartzen. Unitate hauetan nutrizioan espezializatuak diren profesionalak behar-beharrezkoak egin dira, zeintzuek disziplina anitzeko taldeetan parte-hartu behar duten<sup>1</sup>. Hona hemen EJNen unitate ezberdinak:

- Kanpo kontsulta.
- Eguneko ospitalea.
- Ospitaleratzea.

Gaixoaren egoeraren arabera izango da unitate batean edo bestean sartzea, eta azken erabakia mediku eta psikiatraren artean hartuko dute<sup>1</sup>. Hala ere, pazientearen egoera fisikoa, nutrizionala eta psikologikoa egokia denean, hobe izango da tratamendua kanpo kontsultan egitea; pazientea bere ingurune sozial eta familiarrean dagoenez, errekupezioa hobetu dezakeelako<sup>9, 16, 19</sup>. Orokorrean, AN duten pazienteetan, unitatearen aukeraketa pazientearen egoeraren arabera izango da. Batzuetan, tratamendua ospitalean hasiko da eta apurka-apurka behera egingo du (pisua irabaztearekin batera) ez hain trinkoak diren mailetara. Beste kasu batzuetan, tratamendua kanpoko kontsultan hasten den arren, pisu irabazia desegokia bada, tratamendua trinkoagoa den maila batera igoko da. BNaren kasuan, oso ohikoa izaten da tratamendua kanpoko kontsultan hasi eta amaitzea. Batzuetan, BN duten pazienteetako batzuk eguneko ospitalean hasi ohi dute tratamendua. Ospitaleratzea oso arraroa izaten da BN duten gaixoetan; kasu honetan ospitaleko egonaldia oso laburra izaten da<sup>16</sup>.

Hiru unitate hauetako batean sartu den momentutik, pazientea dietista-nutrizionista baten gainbegiratzean eta tratamenduan egon beharko da, gaixoaren egoera nutrizionala baloratzeaz arduratuko dena; izan ere, malnutrizioa egonez gero, tratamendu psikologikoa ezin izango da era egokian burutu<sup>1,11</sup>.

#### 3.4.1. Kanpo kontsulta

Gehienetan kanpoko kontsultan jarri ohi dira kontaktuan lehenengo aldiz dietista-nutrizionista eta pazienteak. Pazientearen egoera nutrizional eta psikikoak aukera ematen baldin badu, hobe izango da tratamendua kanpo kontsultan bertan gauzatzea; modu honetan, pazienteak bere ohiko ingurunean mantenduko da eta bere bizitza soziala, eskolarra edo profesionala, eta familiarra egoera normal batean mantenduko ditu<sup>1</sup>. Hala ere, tratamendua kanpoko kontsultan egiten bada, kontuan hartu beharko da oso prozesu luzea izango dela eta ezinbestekoa dela pazientearen eta familiarren aldetik motibazioa eta parte-hartzea.

Kanpoko kontsultan izan ohi da, arrazoi justifikagarririk gabe pisua galtzera joaten diren pazienteetan EJNak hautematen diren lekua. AN duten pazienteetan,

ingestaren inguruko galdeketak egitean, elikagai batzuen balio energetikoarekin eta "loditzen duten elikagaiekin" duten obsesioa agerian jartzen da. Ariketa fisiko asko egiteko joera duten pazienteak ere antzeman daitezke. BNari dagokionez, dietista-nutrizionistak gainpisa edo obesitatea duten eta argaltzeko joaten diren pazienteen susmoa izan beharko du. Honek ez du esan nahi pertsona hauek EJN dutenik, hala ere, behaketa tresna egokiak erabiliz datu gehiago eskuratu daitezke, eta gaixotasuna duela egiaztatzean, pazienteak aditu bategana eraman beharko da<sup>13</sup>.

#### Kanpo kontsultaren helburuak

Honako hauek dira kanpo kontsultan lortu nahi diren helburuak<sup>19</sup>:

- Pisu onargarria eta egonkorra (pisu idealaren %90a edo GMI > 18,5 kg/m<sup>2</sup>) izatea baimentzen duen elikadura lortzea.
- Gaixotasunarekin erlazionatutako arazo kronikoak (amenorrea, osteopenia, etab.) diagnostikatu eta tratatu.
- Portaera purgatzailak edo betekadak ezabatu edo murriztu.
- Nutrizio-hezkuntza erraztu.

Ez da arraroa gaixotasuna kroniko bihurtzea eta kanpo kontsultan tratamendua urteetan zehar behar izatea. Hala eta guztiz ere, gaixo batzuk sendatzea lortzen dute, eta beraz, kanpo kontsultan ezarritako heburuak gutxienez bi urtez betetzen badituzte, alta hartu dezakete<sup>19</sup>.

#### Esku-hartze dietetiko-nutrizionala

Diagnostiko nutrizional bat ezartzeko ezinbestekoa izango da egoera nutrizionalaren balorazioa egitea. Lehenengo kontsultan, 72 orduko erregistro eta maiztasun galdetegi entregatuko dira pazientearen ingesta baloratu ahal izateko. Modu honetan, esku-hartze nutrizionala askoz ere pertsonalizatuagoa izatea lortuko da<sup>19</sup>.

Hasiera batean, oinarrizko pautak batzuk emango dira, gehiegizko aldaketarik gabe, pazienteak ez estutu eta aholkuak erraz bete ahal izateko. Aldez aurretik ezarritako dietak, kalkulu kalorikoak eta itxitako menuak ahalik eta gehien saihestu beharko dira<sup>19</sup>. Lehenik eta behin, pazientearen elikadura egituratu beharko da, bere otordu nagusiak egituratu eta hauen ordutegiak ezarri; ondoren, elikagaien barietatea eta aukeraketa landuko da; eta azkenik, elikagaien kantitatearekin lan egingo da<sup>1,2</sup>. Zenbait kasutan, elikagaien ingesta nahikoa ez denean, Ahozko Elikadura Osagarriak (AEO) agindu behar izaten dira<sup>1,16,19</sup>.

#### Hezkuntza-nutrizionalaren programa

Dietista-nutrizionistaren eginkizun garrantzitsuenetako bat hezkuntza-nutrizional ona eskaintzea da. Pazienteak bere helburuak lortzeko (ingesta egonkorra, ohitura eta janariarekiko jarrera osasungarriak, eta beldurrak eta sinesmenak alde batera uztea) eta iradokizunak emateko profesional aproposena da, guzti honen bidez pazientearen egoera nutrizionala berreskuratu ahal izateko.



Hezkuntza-nutrizionalaren programa baten edukien artean honako hauek aurkitu ditzazkegu: elikagai taldeak, errazioaren kontzeptua, elikagaien banaketa egunean zehar, elikagaiak sukaldatzeko modua, erosketa, usteak eta sinesmenak, AEO, pisua galtzeko erabilitako teknika konpentsatzaileak, jarduera fisikoa, elikagaien etiketatua, otordu sozial eta festiboak, etab.<sup>1,16</sup>

Loria Kohen V. et al.<sup>23</sup> Madrilen burututako ikerketan, dietista-nutrizionistek aurrera eramandako hezkuntza-nutrizionalaren programek tratamendu nutrizionalaren eraginkortasuna areagotzen dutela frogatu zuten. Ikerketa hau 4-6 hilabetez burutu zen, eta 89 pazienteek (%5 gizonezkoak) parte hartu zuten. Honako hauek izan ziren ikerketan lortutako emaitzak: EAT-26 galdetegiaren emaitzak murriztu ziren, oka kopurua (batazbestekoa 7,2 okada/aste izatetik 1,8 okada/aste izatera igaro zen) eta betekada kopurua (batazbestekoa 8 betekada/aste izatetik 2,2 betekada/aste izatera igaro zen) murriztu ziren, ingesta energetikoa areagotu zen, elikagai talde ezberdinak (zerealak, haragia, olioak, etab.) pazienteen elikaduran sartu ziren, eta gaixoen egoera nutrizionala hobetu zen (GMI, besoko zirkunferentzia, tolesdura trizipitala, etab.).

### **Kontrol, jarraipen eta ebaluazioa**

Kanpo kontsultan egiten diren berrikusteak, 1-3 hilabeteetako maiztasunarekin egitea gomendatzen da<sup>19</sup>.

#### **3.4.2. Eguneko ospitalea**

Eguneko ospitaleak, ospitalizazio eta kanpo kontsulten arteko euskarria eskeintzen du. Zenbait kasutan, ospitalizazioaren ondoren, pazienteak eguneko ospitalean sartzen da.

#### **Eguneko ospitalean sartzeko irizpideak**

EJNak dituzten paziente guztiak ez dira eguneko ospitalean sartzeko hautagaiak izango. Honako hauek dira unitate honetan sartu ahal izateko irizpideak<sup>19</sup>:

- Etengabeko arrakastarik gabeko tratamendua kanpo kontsultan.
- Aldez aurreko ospitalizazioak.
- $GMI > 16,5 \text{ kg/m}^2$ .
- Gaixotasunarekin erlazionatutako arazo larririk ez izatea.
- Portaera konpentsatzaileen gabezia (eragindako 2 okada/egun baino gutxiago).
- Pazientearen eta familiaren aldetik motibazio handia.
- Toxikoen kontsumo eza edo nork bere buruaz beste egiteko arriskurik ez izatea.

Pisu irabazia 1 kg baino baxuagoa bada 3 astetan, aste bat baino gehiagoz eragindako 2 okada/egun baino gehiago ematen badira, edo nork bere buruaz beste egiteko arriskua badago, ospitaleratzea behar izaten da<sup>1</sup>.

#### **Eguneko ospitalearen helburuak**

Eguneko ospitalearen helburu nagusia, disziplina anitzeko tratamendu trinko bat lortzea da, zeinen bidez pazienteak bere ingurugiro sozialean eta familiarrean

mantentzen den<sup>1</sup>. Aurreko unitatean azaldutako helburuez gain, eguneko ospitalean honako helburu hauek lortu nahi dira<sup>19</sup>:

- Elikagai ingestaren eguneroko erregistroa.
- Elikadura aholkuen betetze maila gainbegiratzea.
- Taldeetan hezkuntza-nutrizionala eta otorduak egitea.
- Pazientea sukaldaritza prozesu eta otorduen presaketatik banatzea.
- Atsedean eta jarduera aldiak gainbegiratzea.
- Pazientearekin zehaztutako pisua lortu eta mantentzea (pazienteek iruzur-egin eta baskulan norberak nahi duen pisua lortzeko taktika ezberdinak (ur asko edan, pisutsuak diren objektuak gorde, edo pixa eta gorotzak eutsi) erabiltzen dituztenez, astero zoriz pisatzea egokia izan daiteke, goizeko lehen orduan eta ahalik eta arropa gutxienarekin).

#### **Esku-hartze dietetiko-nutrizionala**

Hezkuntza-nutrizionalaren programak eguneko ospitale bakoitzean ezarritako aldizkakotasunarekin egingo dira (astean behin egitea egokia izanik). Astero burutzen diren programa hauetan, pazienteei eguneroko elikagaien erregistroa eskatzen zaie, saio bakoitzean eztabaidatuko direnak. Gainera, gainontzeko pazienteekin, otorduetan izaten dituzten zailtasunak partekatu ahal izango dituzte<sup>19</sup>.

Eguneko ospitaleko orduetan zehar, pazienteei dagozkien otorduak eskeintzen zaizkie, zeintzuek dietista-nutrizionista eta psikiatriako erizaina arduratuko diren otordu hauek gainbegiratzeaz.

#### **Kontrol, jarraipen eta ebaluazioa**

Pazienteak ordu batzuetan zehar joaten dira eguneko ospitalera (normalean goizez), egunero edo asteko egun batzuk<sup>1,19</sup>.

#### **3.4.3. Ospitaleratzea**

Ospitalean sartzen diren pazienteetako asko, diagnostikatutako EJN duten eta desnutrizioa duten pazienteak dira, pisua irabazi eta tratamendu psikologiko egokia behar izan ohi dutenak. Dietista-nutrizionistaren helburu nagusia paziente hauek elikatzea da, ahoz, bide enteralez edo bide parenteralez<sup>1,13</sup>.

#### **Ospitalean sartzeko irizpideak**

Honako hauek dira ospitalean sartzeko irizpideak<sup>11,19</sup>:

- Etengabeko arrakastarik gabeko tratamendua kanpo kontsultan edo eguneko ospitalean.
- Ezegonkortasun hemodinamikoa (frekuentzia kardiakoa, presio arteriala, tenperatura, etab.).
- Aldaketa hidroeletrikoak (hipopotasemia, hiponatremia, hipofosfatemia, etab.).
- Desnutrizioak sortutako konplikazioak izatea (konbultsioak, bihotz gutxiegitana, pankreatitisa, etab.).
- Nork bere buruaz beste egiteko arriskua.

#### **Ospitaleratzearen helburuak**

Ospitaleratzean lortu nahi den helburu nagusia, esku-hartze dietetiko-nutrizionalaren bitartez egonkortasun

mediku eta hemodinamiko berreskuratzea da. Honako hauek dira ospitaleratzearen gainontzeko helburuak<sup>19</sup>:

- Elikadurarekin duen portaera berrantolatzea.
- Pazientearekin zehaztutako pisu minimoa lortzea.
- Portaera konpentsatzaileak kontrolatzea.
- Gaixotasunarekin erlazionatutako arazo akutuak konpontzea.

### Esku-hartze dietetiko-nutrizionala

Seguruagoa, fisiologikoki hobea, terapeutikoagoa eta hain inbasiboa ez den metodoa denez, posible den guztietan berrelikadura ahotik hasiko da<sup>1, 16, 19, 24</sup>. Elikadura mota honek elikadura osasuntsua lortzeko beharrezkoak diren elikagai talde guztiak barnebiltzen ditu. Ezinbestekoa izango da otorduak banatzea, otordu bakoitzaren iraupena zehaztea, eta pazientearekin batera eguneko ur ingesta ezartzea. Dietaren osaketa ez da negoziagarria izango. Nahitaezkoa izango da otorduen osteko 30 minutuetan solairuko langileek gaixoak gainbegiratzea<sup>19</sup>.

Kasu batzuetan, eguneko energia beharrak eta pisua irabazteko beharrezkoak diren aparteko kilokaloriak lortzeko AEO agintzea beharrezkoa izaten da. Normalean, egun osoan zehar banatutako 2 edo 3 unitate nahikoa izaten dira<sup>1</sup>. Ospitaleratuta dauden pazienteetako askotan, 0,5-1 kg/asteko pisu irabazia helburu terapeutiko segurua izan daiteke<sup>16, 19, 21</sup>.

Aho bidezko berrelikadura ezinezkoa denean, elikadura artifizialera (hodi nasogastrikoaren bidezko elikadura enterala, edo elikadura parenterala) jo behar izango da<sup>1, 19, 25</sup>. Hodi nasogastrikoaren bidezko elikadura enterala (3-6 hilabete baino gehiagoko iraupena aurreikusten bada)<sup>19</sup> izango da aukerazko bidea; hala ere, pazienteak hodia behin eta berriz kentzen badu, gastrostomia bidezko elikadura enterala erabiliko da. Ahal izanez gero, elikadura artifiziala aho bidezko elikadurarekin batera egingo da.

Oso kasu gutxitan behar izaten da elikadura parenteralaz baliatzea, oso egoera larri edo digestio aparatuko elikadura ezinezkoa den (orokorrean, egoera hau okadak dauden kasuetan ematen da) edo porrot egin duen kasuetarako gordetzen baita<sup>1</sup>. Sarbide benoso zentrala jartzea beharrezkoa izaten denez, konplikazioak (metabolikoak, infekziosoak edo mekanikoak) agertzeko arriskua handiagoa da<sup>19</sup>.

### Monitorizazioa

Pazientea berrelikatzen hasten den momentutik, ezinbestekoa izango da monitorizazio egoki bat egitea berrelikadurak sor ditzakeen konplikazioak saihesteko (berrelikaduraren sindromea, adibidez)<sup>1, 19, 24, 25</sup>. Horretarako, miaketa fisiko eta proba osagarri ezberdinak behar izango dira<sup>19</sup>:

- Bizi konstanteen (presio arteriala, tenperatura, etab.) eguneroko neurketa.
- Aparatu eta sistemen bidezko eguneroko miaketa fisikoa.
- Ospitalera sartzen den egunean datu antropometriko guztien neurketa (pisua, altuera, GMI, tolesdura trizipitala eta zirkunferentzia brakiala). Pisu egunero edo bi egunetik behin neurtuko da.

- Odol analisisien kontrola.
- Elektrokardiograma ospitalera sartzen den momentuan.
- Bestelako proba osagarriak: irudien bidezko probak (elektrokardiograma, abdomeneko ekografia edo toraxeko erradiografia).

### Ospitaleko alta

Elikadura artifiziala kentzen denean eta pazientea aho bidezko elikaduraren bidez elikatzen denean (AEOekin edo gabe), oso garrantzitsua izango da pazientea egun batzuk gehiagoz ospitalean mantentzea eboluzio onuragarria izaten jarraitzen duela ikusteko<sup>1</sup>.

Behin betiko alta eman aurretik, ospitaleko irteerak ezarri daitezke, ospitaletik kanpo pazientea era egokian egokitzen den ala ez ikusi ahal izateko. Irteerak asteko arratsalde batzuetan edo asteburuan zehar egin daitezke<sup>1, 19</sup>.

### 3.5. Berrelikaduraren sindromea

Berrelikaduraren Sindromea (BS), berrelikadura azkar baten ondoren ematen den aldaketa hidroelektrikoen multzoari (bitamina eskasia, ur eta sodio erretentzioa, hipopotasemia, hipomagnesemia, etab.) deritzo<sup>1, 19, 24, 25, 26, 27</sup>.

Desnutrizio edo baraualdi egoera batean, gure organismoak egoera berri horretara egokitzeko, mekanismo berriak martxan jartzen ditu (baraualdiaren hasierako aldi, glukogeno erreserbak erabiltzen dira energia iturri moduan; erreserba hauek amaitzean, proteolisia martxan jartzen da; baraualdiaren 72 ordu ondoren, lipolisia martxan jartzen da), zeintzuen helburua energia aurreztu eta ingesta oso urriarekin pazientea hilabeteetan zehar bizirik mantentzea den<sup>1, 25, 26, 28</sup>.

Egokitze egoera horretan zehar, aldaketa hormonak ematen dira; horien artean, intsulinaren balioa murriztea eta glukagoiaren balioa handitzea dira garrantzitsuenak<sup>28, 29</sup>. Berrelikadura azkar eta bortitza burutzen bada, karbohidrato kopuru arrunt edo gehiegizko batekin, intsulinaren jaria eta estimulatzen da eta honek, glukosa ez ezik, glukosaren anabolismoa burutzeko ezinbestekoak diren ura eta elektrolitoak (fosforoa, potasioa eta magnesioa) zelula barnera sartzea eragingo du<sup>28, 29</sup>. Guzti honek, organo eta sistema ezberdinetan konplikazioak sortu ditzake, hala nola, sistema kardio-baskularra (gutxiegitasun kardiakoa, arritmia, bradikardia, etab.), garnu aparatua (glukosa galera, nekrosi tubularra, etab.), arnas aparatua (arnas gutxiegitasuna, biriketako edema, etab.), digestio sistema (okadak, gorakoak, idorreria, sabeleko mina, etab.), sistema neuromuskularra (disfuntzio neuromuskularra, Wernickeren entzefalopatia, nahastea, etab.) eta zirkulazio aparatua (anemia, hemorragia, etab.), zeintzuek morbiditate eta mortalitate arriskuak areagotzen dituzten<sup>24, 25</sup>.

Desnutrizio larria pairatzen duten gaixoek (AN duten pazienteetan) BS garatzeko arrisku gehiago dute<sup>24, 25, 26</sup>. Sindrome hau aho bidez, bide enteraletik edo bide parenteraletik burutzen den berrelikaduraren hasierako faseetan agertu ohi da. BS izateko arriskua pisu galerekiko proportzionala da; hau da, zenbat eta pisu galera

### III. Taula

#### Berrelikadura sindromearen prebentziorako aholku orokorrak (Miján de la Torre A., 2004, moldatua)<sup>1</sup>

Aholku orokorrak	
Berrelikaduraren sindromea gogoan izan	Berrelikadura egiten den lehen astean monitorizazio klinikoa egin
Berrelikaduraren sindromea garatzeko arriskua duten pazienteak ezagutu	Berrelikadura hasi baino lehen eta ondorengo astean odol eta gernuko elektrolito mailak monitorizatu
Berrelikaduraren sindromea garatu dezaketen faktore eta egoerak ezagutu	Berrelikadura hasten den momentutik bitamina gehigarriak erabili
Berrelikaduraren hasierako 72 orduetan zehar nutrienteak modu zentzudun eta etengabe eman	Behar izanez gero mineral gehigarriak erabili

handiagoa eta orduan eta BS izateko arrisku handiagoa dago<sup>19</sup>. Lehen esan bezala, AN duten gaixoak dira BS garatzeko arrisku handiena duten pazienteak; izan ere, AN duten pazienteetan desnutrizio kasu gehiago egon ohi dira. Ondorioz, AN eta 15 kg/m<sup>2</sup> baino GMI baxuagoa duten pazienteak kontu handiagoz tratatu beharko dira berrelikadura egiten den bitartean<sup>24,28</sup>.

Dietista-nutrizionistaren funtzioa gaizki elikatutako edo desnutrizioa duten eta BS pairatzeko arriskua duten pazienteak ezagutzea izango da<sup>30</sup>.

Laburtzeko, esan beharra dago prebentzioa ezinbesteko tresna dela BS garatzea ekiditeko.

III. taulan BSaren prebentziorako aholku orokor batzuk eskeintzen dira<sup>1,26</sup>.

#### 3.6. Elikadura jokabidearen nahasteen pronostikoa

EJNen sendatze-tasa oso baxua izateaz gainera, kontuan hartu beharreko kronifikazio- eta mortalitate-tasak izan ohi dituzte<sup>2</sup>.

AN duten pazienteen %40-50 sendatu egiten da, %20-30 hobetu, %10-20 kronifikatu edo BNan bilakatzen dira, eta AN duten pazienteen %5 hil egiten dira<sup>2,12</sup>. Gaixotasun honen kezka nagusia nork bere buruaz beste egiteko arriskua da, hau baita AN duten pazienteen heriotzaren kausa nagusienetako bat. AN duten gaixoen %50ak nork bere buruaz beste egitea pentsatzen du, eta %3-7a bere buruaz beste egitea lortzen du<sup>19</sup>.

BNari dagokionez, pazienteen %50-70 sendatu egiten da, %20-30 hobetu eta pazienteen %10-20 kronifikatu egiten dira<sup>2</sup>. BN duten gaixoetan desnutrizio-tasak AN duten pazienteenak baino baxuagoak direnez eta gaixotasunaren ondorioz agertzen diren konplikazioak hain larriak ez direnez, BN duten pazienteetan heriotzatasak baxuagoa da.

#### 4. Ondorioak

Lan honi amaiera eman aurretik, esan beharra dago arlo honen inguruko ezagutza areagotzea bultzatu duen arrazoi nagusia, EJNen Unitateetan tratamendu nutrizionala era egokian burutzeko dagoen beharra izan dela. Gaixotasun hauetan tratamendu nutrizionalari ez zaio

eman behar zaion garrantzia ematen, eta lan honetan zehar azaldu den bezala tratamendu nutrizionalak gaixotasun hauen disziplina anitzeko tratamenduaren barnean garrantzia handia dauka. Orokorrean, gaixotasun hauen unitateetan ez dago tratamendu nutrizionala egin dezakeen dietista-nutrizionistarik, eta beraz, tratamendu nutrizionala ez da era egoki batean egiten. Beraz, nahiz eta dietista-nutrizionistaren figura guztiz onartuta ez egon, gaixotasun hauetan profesional honen figura ezinbestekoa da, ondo planifikatutako tratamendu nutrizional batek paziente hauen tratamenduaren arrakasta handitu dezakeelako.

Lan honen helburu nagusiak hiru izan dira. Lehen, EJNak ezagutu eta diagnostikatzen jakitea izan da; horretarako, argi izan behar da gaixotasun hau izateko arriskua duten pertsonengan ezinbestekoa dela diagnostiko goiztiarra egitea, horretarako beharrezkoak diren tresnak erabiliz. Honela, ahalik eta azkarren arlo honetan espezializatuak diren profesionalengana deribazio arrakastatsua egitea lortuko da. Izan ere, "itxaron eta ikusteak" beharrezkoak ez diren arriskuak izatera eraman zaitzake, gaixotasunaren prozesuan negatiboki eraginez<sup>2</sup>.

Bigarrena, EJNen tratamendurako unitate ezberdinak azaldu eta unitate hauetan dietista-nutrizionistak eta tratamendu nutrizionalak duen garrantzia azaltzea izan da. Lan honetan zehar azaldu den moduan, gaixotasun hauen tratamendua hiru unitate ezberdinetan egin daiteke. Gaixoaren egoera fisiko, psikologiko eta nutrizionalak baimenduz gero, aukera aproposena tratamendua kanpo kontsultan burutzeko izango litzateke. Hala ere, kontuan hartu beharko da unitate honetan burutzen den tratamenduak urteak iraun ditzakeela.

Honek, pazientearen aldetik esfortzu eta motibazio handia suposatzen duenez, ezinbestekoa izango da nekatuz gero, atsedean hartzen ikastea, baina inoiz ez uko egiten ikastea; izan ere, sortzeko denbora behar duenak, sendatzeko denbora behar du<sup>1</sup>.

Hirugarrena, berrelikadura desegokiaren ondorioz gerta daitekeen berrelikaduraren sindromea ezagutu eta honek dituen arriskuak aztertzea izan da. Honen harira,

garrantzitsua da Miján de la Torre A.k esaldi honekin dioena: “Un poco de alimentación es adecuado y demasiada puede ser mortal”<sup>1</sup>. Izan ere, desnutrizio edo baraualdi egoeren ondoren, berrelikadura azkar eta bortitza bat egitea oso arriskutsua izan daiteke, muturreko kasuetan pazientearen heriotza eraginez.

Amaitzeko, oso interesgarria izan daiteke dietetika eta nutrizioan adituak diren profesionalak unibertsitateetik gaixotasun hauen tratamenduan hezitzea; izan ere, honek, paziente hauen bizi-kalitatea eta etorkizuna hobetzea ahalbideratu dezake. Gainera, gai hau gure egunerokotasunean ikusi daiteke, kasu franko daude, eta asko hitz egiten da honi buruz, baina soilik morboa sortzen duen aldetik. Jende askoren ahotan dauden gaixotasunak diren arren, ez dirudi gaur egungo gizarteak ondo ezagutzen dituenik; jendeak oso erraz komentatzen du hau edo beste anorexikoa dela, baina gero errealtateari ezikusia egiten zaio. Beraz, gaixotasun hauen inguruko informazioa banatzea eta hitzaldiak ematea aukera egokia izan daiteke guztion artean gaixo hauen etorkizuna hobetu eta errealtateari aurre egiteko.

Lan hau, etorkizun hurbilean gaixotasun hauen inguruko formakuntza zabalago bat izatea nahi duten profesionalentzat oso baliagarria izan daiteke. Gaixo hauekin lan egiteak arlo profesional zein pertsonalean alderdi positibo ugari eskeintzen ditu; izan ere, beharra duen jendea lagundu ahal izateak gogobete egiten du norbera.

## 5. Finantziarioa

Finantziario gabea.

## 6. Interes gatazkarik

Ez da interes gatazkarik.

## 7. Bibliografia

- Miján de la Torre, A. Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Editorial Glosa, 2004.
- Mories Álvarez MT, Delgado Gómez M, Sanchez Marcos AI. Trastornos del comportamiento alimentario. En: Ballesteros, Romar MD, Corcoy Plá R, Riobó Serván P, Salvador Rodríguez J, Cano Rodríguez I. Manual del Residente de endocrinología y nutrición. Madrid: Ed. SEEN, 2009; 1373-1392.
- Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med Clin (Barc)*. 2000; 114(13):481-6.
- Olesti M, Piñol JL, Martín N, De la Fuente M, Riera A, Bofarull JM, et al. Prevalencia de la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *An Pediatr (Barc)*. 2008; 68(1): 18-23.
- Peláez Fernández MA, Labrador FJ, Raich RM. Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *J Psychosom Res*. 2007; 62(6): 90-681.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos de la conducta alimentaria. Non: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-V, 5. edizioa. Washington: American Psychiatric Association; 2014. p. 329-360.
- American Psychiatric Association (APA) [Internet]. Washington: APA. [2018; Azken errebisioa 2018ko martxoaren 27an]. Eskuragarri: <https://www.psychiatry.org>.
- OMS. CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico, Madrid. Ed. Méditor. 1992.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Suiza: OMS. [2018; Azken errebisioa 2018ko martxoaren 27an]. Eskuragarri: <http://www.who.int/es/>.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos de la conducta alimentaria. Non: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV, 4. edizioa. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000. p. 553-564.
- López C, Treasure J. Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2011; 22(1): 85-97.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009.
- Padró Massaguer L, Pi Martínez M, Rigolfas Torras R. El papel del dietista en el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario. *Nutrición y Obesidad* 2001; 4: 37-42.
- American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 3. edizioa. American Psychiatric Association. 2006.
- Chapman Novakofski. Educación y asesoramiento: cambio de comportamiento. En: Mahan, L.K., Escott-Stump, S., Raymond, JL. Krause: dietoterapia 13. edizioa. Barcelona: Ed. Elsevier, 2013; 325-337.
- Janet E. La nutrición en los trastornos de la conducta alimentaria. En: Mahan, L.K., Escott-Stump, S., Raymond, JL. Krause: dietoterapia 13. edizioa. Barcelona: Elsevier, 2013; 489-506.
- Martínez Olmos MA, Bellido Guerrero D, Soto González A. Valoración del estado nutricional. En: Ballesteros, Romar MD, Corcoy Plá R, Riobó Serván P, Salvador Rodríguez J, Cano Rodríguez I. Manual del Residente de endocrinología y nutrición. Madrid: Ed. SEEN, 2009; 1003-1014.
- Martínez Olmos MA, Villar Taibo R, Rodríguez Iglesias MJ, Bellido D. Valoración Nutricional. En: Luis Román DA, Bellido Guerrero D, García Luna PP. Dietoterapia, Nutrición Clínica y Metabolismo. España: Ed. Díaz de Santos, 2010; 69-78.

- 19 Gómez Candela C, Pelegrina Cortés B, Palma Milla S. Nutrición en los trastornos de la conducta alimentaria. En: Gil A. Tratado de Nutrición. Tomo V. Nutrición y enfermedad. Madrid: Ed. Panamericana, 2010; 567-586.
- 20 Díaz Camacho V. Establecimiento de una dieta adecuada en trastornos de la conducta alimentaria. Metodología. 2014; 20: 2172-2197.
- 21 Marzola E, Nasser JA, Hashim SA, Betty Shih P, Kaye WH. Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: review of the literature and implications for treatment. BMC Psychiatry. 2013, 13: 290.
- 22 Jáuregui Lobera I, Bolaños Ríos P. Choice of diet in patients with anorexia nervosa. Nutr Hosp. 2009; 24(6): 682-687.
- 23 Loria Kohen V, Gómez Candela C, Lourenço Nogueira T, Pérez Torres A, Castillo Rabaneda R, Villarino Marin M, Bermejo López L, Zurita L. Evaluación de la utilidad de un Programa de Educación Nutricional en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Nutr Hosp. 2009; 24(5): 558-567.
- 24 Miranda Sánchez S. Anorexia nerviosa: Manejo nutricional en pediatría. Bol Med Hosp Infant Mex 2010; 67: 4-18.
- 25 Jáuregui Lobera I, Bolaños Ríos P. Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nerviosa. Rev Med Chile 2012; 140: 98-107.
- 26 Mehanna HM, Moledina J, Travis J. Refeeding syndrome: what is, and how to prevent and treat it. BMJ 2008; 336: 1495-8.
- 27 Marugán de Miguelsanz JM, Torres Hinojal MC, Geijo Uribe MS, Redondo del Río MP, Mongil López B, de Brito García-Sousa I, Caballero Sanz I, Eiros Bouza JM. Nutritional approach of inpatients with anorexia nervosa. Nutr Hosp 2016;33:540-543.
- 28 Guerrero Vázquez R, Olivares Gamero J, Pereira Cunnill JL, Soto Moreno A, García Luna PP. Nutrición en anorexia nerviosa. Endocrinol Nutr. 2006; 53(2): 113-23.
- 29 Delgado Guisado L, Fernández Soriano M, García Cabrera S, Padilla Casares MC, Rivero Fernández L. Revisión sobre tratamiento dietético-nutricional en anorexia nerviosa. Prevención del síndrome de realimentación. 2014; 19: 2115-2134
- 30 Hearing S. Refeeding syndrome: Is underdiagnosed and undertreated, but treatable. BMJ 2004; 328: 908-9.