Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):17

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/3473 - ¡Dedica el tiempo que necesites a tus pacientes!

D. López Fernández[a], D. Fernández Torre[b], A. Robles Amieva[c], C. de León Rivas[d], R. Hernando Fernández[d], A. González San Emeterio[d], M. Montes Pérez[e], P. López Tens[f], J. Villar Ramos[c] y A. Blanco García[a]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. [b]Médico Residente. Centro de Salud Centro. Santander. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Camargo. [f]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 20 años con múltiples consultas de urgencias (cefalea, mareo, astenia) en el último año. Acude a nuestra consulta por intento autolítico (cortes superficiales en muñecas). Entrevista clínica: estudia informática con buenas notas. Vive sola, refiere “cierto desapego”. Nerviosa y perfeccionista. Escasas relaciones sociales. Practica deporte diariamente. Control excesivo de su peso “me siento obesa”, restricción de alimentos, conductas purgativas todas las semanas en número variable y sobre todo después de compromisos familiares. Insomnio por despertar precoz, rumiaciones excesivas “mi hermano consume porros”. Amenorrea de 6 meses. Astenia y pérdida de cabello.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada persona, tiempo y lugar. TA 105/60 mm/Hg; FC 105 lpm; peso 49 kg; talla 169 cm; IMC 17,1. Exploración física a destacar: Encías eritematosas; erosiones en esmalte dental. Fragilidad capilar y ungueal. Exploración psicopatológica: discurso plano, embotamiento afectivo. Pensamiento inflexible. Juicio de realidad preservado. No sintomatología psicótica ni patología afectiva mayor. Niega ideación autolítica en este momento. Parcial conciencia de enfermedad. Analítica a destacar: colesterol total 115 mg/dL; vitamina B12 165 pg/mL; hemoglobina 11,4 g/dL; hierro 40 µg/dL; LH 3,6 mUI/ml; FSH 3 mUI/ml. Sin alteraciones en iones ni hormonas tiroideas. Interconsulta: consensuamos con la paciente remitir a consulta de trastornos de conducta alimentaria (TCA) del Hospital Marqués de Valdecilla para completar un abordaje cognitivo conductual en charlas individuales y grupales.

Juicio clínico: TCA (anorexia nerviosa).

Diagnóstico diferencial: Ansiedad. Somatizaciones. TCA (anorexia y bulimia).

Comentario final: La anorexia nerviosa se caracteriza por un peso anormalmente bajo, miedo intenso a ganar peso, una percepción distorsionada de peso y forma corporales y amenorrea. En España existen datos publicados para la población de mayor riesgo (mujeres de edad de 12 a 21 años) en los que se ha visto una prevalencia del 0,14% al 0,9%. Es importante desde Atención Primaria realizar una identificación e intervención precoz a pesar del tiempo escaso entre pacientes,

antes de que desarrollen graves estados de desnutrición. Los grupos diana deberían incluir jóvenes con un índice de masa corporal (IMC) bajo según edad, personas que consultan por problemas de peso, mujeres con trastornos menstruales o amenorrea, pacientes con síntomas gastrointestinales, y disconfort somático.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

Palabras clave: *Anorexia. Intento autolítico. Entrevista psiquiátrica.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.