

BMJ Best Practice

Anorexia nervosa

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Classificação	5
Prevenção	7
Prevenção primária	7
Rastreamento	7
Prevenção secundária	7
Diagnóstico	8
Caso clínico	8
Abordagem passo a passo do diagnóstico	8
Fatores de risco	11
Anamnese e exame físico	12
Exames diagnóstico	14
Diagnóstico diferencial	16
Critérios de diagnóstico	18
Tratamento	20
Abordagem passo a passo do tratamento	20
Visão geral do tratamento	26
Opções de tratamento	27
Novidades	37
Acompanhamento	38
Recomendações	38
Complicações	38
Prognóstico	43
Diretrizes	44
Diretrizes de diagnóstico	44
Diretrizes de tratamento	44
Recursos online	46
Referências	47
Imagens	53
Aviso legal	54

Resumo

- ◇ Normalmente, os pacientes com anorexia nervosa (AN) têm peso corporal baixo, medo intenso de ganhar peso e distorção da imagem corporal.
- ◇ Embora mais frequentemente detectados em mulheres, casos de anorexia nervosa em homens jovens podem estar sub-representados.
- ◇ A restauração do peso com técnicas de realimentação é essencial para a prevenção de sequelas, como insuficiência cardíaca, problemas de fertilidade e osteoporose.
- ◇ Pacientes com anorexia nervosa muitas vezes são identificados por encaminhamento familiar e pelas queixas físicas do paciente.
- ◇ A intervenção precoce é essencial para evitar as complicações psiquiátricas e físicas da anorexia nervosa em longo prazo.
- ◇ Entre as doenças psiquiátricas, a anorexia nervosa apresenta uma das maiores taxas de mortalidade prematura (com risco de morte prematura aproximadamente 5 vezes maior que o de pares).

Definição

A anorexia nervosa (AN) é um transtorno alimentar caracterizado por restrição da ingestão calórica com consequente baixo peso corporal, pelo medo intenso de ganhar peso e por distorção da imagem corporal.

Epidemiologia

De acordo com critérios de diagnóstico rigorosos,[3] aproximadamente 0.3% das pessoas nos países ocidentalizados, sendo cerca de 0.5% a 1% de mulheres em idade universitária, são afetadas.[4] Um levantamento nacional de comorbidade realizado em milhares de domicílios nos EUA encontrou estimativas da taxa de prevalência de anorexia nervosa (AN) ao longo da vida de 0.9% em indivíduos do sexo feminino e 0.3% em indivíduos do sexo masculino.[5] Estima-se que 3 em cada 10 pacientes sejam do sexo masculino, mas muitos deles podem não procurar tratamento; portanto, aproximadamente 90% dos pacientes diagnosticados são do sexo feminino.[6]

Alguns relatos sugerem que a prevalência relativa de anorexia nervosa entre meninos pré-adolescentes é bastante alta, com uma razão de meninos para meninas de 1:4.[7] É possivelmente menos provável diagnosticar indivíduos do sexo masculino devido ao nível mais baixo de suspeita; portanto, a incidência real pode ser mais alta que a normalmente identificada.[8]

O risco do início é maior no final da adolescência, sendo que 40% dos novos casos ocorrem em pacientes entre os 15 e 19 anos de idade. O risco de desenvolver anorexia nervosa diminui significativamente depois dos 21 anos.[3] Somente um terço busca cuidados clínicos.[9] É difícil obter dados epidemiológicos precisos, mas as melhores informações disponíveis indicam que a incidência de anorexia nervosa (número de novos casos por ano) não mudou substancialmente nas últimas três décadas.[10]

Mulheres brancas têm maior probabilidade de ser diagnosticadas com anorexia nervosa do que mulheres pertencentes a minorias étnicas. Em qualquer grupo, os casos podem permanecer indetectados se os médicos omitirem perguntas específicas sobre alimentação, histórico de peso e cognições associadas. Além disso, os pacientes podem não revelar sintomas de doença. Embora o comportamento alimentar não cause diretamente a anorexia nervosa na maioria dos indivíduos (pois, a maioria dos indivíduos que fazem dieta não desenvolve anorexia nervosa), a doença ocorre em ambientes onde se valoriza a busca da magreza.

A anorexia nervosa é mais estudada nos países ocidentais, onde o transtorno é mais comum.[11] [12] Estudos transculturais têm vinculado o aumento dos transtornos alimentares à exposição à mídia e aos ideais ocidentais,[13] e há evidências de que atitudes que podem aumentar o risco de transtornos alimentares estejam aumentando nos países não ocidentais.[14]

Etiologia

Ainda não foi identificada nenhuma etiologia para a anorexia nervosa. Provavelmente, vários fatores biológicos, psicológicos e sociais contribuem para o desenvolvimento e a persistência da anorexia nervosa.

As evidências sugerem que fatores genéticos sejam importantes no desenvolvimento da anorexia nervosa, assim como o são na maioria dos transtornos psiquiátricos. As estimativas de herdabilidade variam de 50% a 75% usando-se uma ampla variedade de estratégias de avaliação.[15]

O funcionamento de vários sistemas neurotransmissores do sistema nervoso central parece perturbado, o que sugere possível papel na etiologia da anorexia nervosa. No entanto, os estudos têm, geralmente, sido de difícil interpretação, pois as alterações observadas podem representar uma consequência da semi-inanição, e não a causa da anorexia nervosa. Uma pesquisa em andamento está investigando o papel de vários circuitos neurais cerebrais que podem contribuir para o desenvolvimento e a persistência de transtornos alimentares e distúrbios do uso de substâncias.[16]

Provavelmente, fatores psicossociais também desempenham um papel importante. Os indivíduos tendem a manifestar transtornos de ansiedade antes da doença, e o início da doença muitas vezes parece ser desencadeado por eventos estressantes da vida, tais como a fase inicial de mudança para uma nova escola. Presumivelmente, as enormes alterações psicológicas e biológicas que acompanham a puberdade também contribuam, provavelmente de várias maneiras.

Fisiopatologia

A fisiopatologia associada à anorexia nervosa está vinculada à perda de peso. Anormalidades em praticamente todos os sistemas fisiológicos do corpo foram identificadas em pacientes com baixo peso, inclusive no funcionamento cardíaco, reprodutivo, hematopoético, gastrointestinal e renal. Quase sem exceção, a restauração do peso corporal ao nível normal reverte estas anormalidades. No entanto, geralmente, a anorexia nervosa se desenvolve durante o período da vida em que se atinge o pico de massa óssea. A anorexia nervosa interfere no desenvolvimento ósseo, o que aumenta o risco de osteoporose posteriormente na vida, mesmo que, por fim, se recupere o peso normal.[17] [18]

Classificação

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5)[11]

O DSM-5 é um sistema padronizado criado pela American Psychiatric Association para classificar transtornos psiquiátricos.

Os critérios do DSM-5 foram usados em toda esta monografia para fins diagnósticos. Entretanto, os dados de pesquisas apresentados são baseados tipicamente em pacientes selecionados usando o DSM-IV-TR ou edições anteriores do DSM. As principais mudanças no DSM-5 são as seguintes:

- Remoção dos critérios específicos de índice de massa corporal (IMC) ou peso para definir peso significativamente baixo; alteração na redação para indicar que a determinação de baixo peso deve ser feita no contexto da idade, sexo, trajetória de crescimento do indivíduo, etc.
- Alteração na redação para incluir critérios comportamentais que indiquem relutância ao ganho de peso apesar de apresentar peso significativamente baixo
- Adição de critérios de IMC para avaliar a gravidade
- Remoção do critério que exige amenorreia.

Os principais elementos dos critérios de diagnóstico do DSM-5 para anorexia nervosa são:

- A. Restrição da ingestão de energia em relação às necessidades, o que causa peso significativamente baixo no contexto de idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física
- B. Medo intenso de ganhar peso ou comportamento persistente que interfere com o ganho de peso

- C. Distorção da imagem corporal.

Subtipo específico:

- Subtipo restritivo: sem episódios de compulsão alimentar periódica ou purgação nos 3 últimos meses; a perda de peso foi alcançada por dieta, jejum e/ou exercícios em excesso
- Subtipo da compulsão alimentar/purgativo: episódios recorrentes de comportamentos de compulsão alimentar ou purgação (ou seja, vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas) nos últimos 3 meses.

Nível específico de gravidade para adultos. O nível de gravidade pode aumentar com base em outros indicadores tais como instabilidade clínica e duração da doença:

- Leve: IMC ≥ 17 kg/m²
- Moderado: IMC 16-16.99 kg/m²
- Grave: IMC 15-15.99 kg/m²
- Extremo: IMC < 15 kg/m².

Crianças e adolescentes: há considerações especiais para determinar se uma criança ou adolescente está ou não abaixo do peso, podendo ser útil o uso do percentil do IMC baseado na idade dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos EUA. O CDC sugeriu que um IMC abaixo do 5º percentil sugere estado de baixo peso, mas crianças e adolescentes acima do 5º percentil podem estar significativamente abaixo do peso ideal em termos do ganho de peso esperado. O uso de um quadro de crescimento individual pode ser bastante útil para determinar se a criança está dentro da trajetória de crescimento pessoal.

Prevenção primária

Devido à grave morbilidade e à mortalidade associadas à anorexia nervosa e aos desafios do tratamento, há muito se procuram métodos eficazes para prevenir o desenvolvimento desta doença. Os resultados mais promissores provêm da identificação de indivíduos de alto risco e aqueles que começaram a desenvolver os sintomas, mas a baixa frequência da anorexia nervosa dificulta avaliar sua utilidade.

Rastreamento

Todos os pacientes de alto risco (por exemplo, com baixo IMC, amenorreia, preocupações sobre o peso corporal ou que tenham sinais de semi-inanição) devem ser submetidos a rastreamento para detecção de anorexia nervosa durante as consultas de rotina.^[28]

A intervenção precoce é a chave para indivíduos com manifestação recente dos sintomas e para quem pode ainda não satisfazer todos os critérios de diagnóstico (ou seja, casos de subliminares). O objetivo fundamental é interromper a restrição de ingestão calórica antes que ela se estabeleça como padrão de comportamento. Devem-se usar tratamentos psicológicos, como os descritos na seção de manejo do tópico (por exemplo, terapia cognitivo-comportamental direcionada a transtornos alimentares ou tratamento clínico de apoio especializado), com envolvimento da família no caso de indivíduos mais jovens.

Prevenção secundária

O tratamento para anorexia nervosa aguda deve ser seguido por um longo período, com o objetivo de prevenir a recidiva. Após a restauração do peso, o tratamento para prevenção da recidiva deve incluir encontros ambulatoriais regulares com um ou mais médicos por, pelo menos, um ano.

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma menina de 15 anos, acompanhada pela mãe, se apresenta ao médico da unidade básica de saúde com queixa de fadiga e falta de sono que já duram 6 meses. O médico nota que a paciente é muito pequena e está usando um vestido folgado, de tamanho maior. Não há nenhum achado físico, mas, durante o exame, a paciente se mostra relutante a subir na balança, mencionando ter certeza de que ganhou muito peso desde a última consulta e que deveria exercitar-se mais na academia de ginástica. Ela é pesada e apresenta 88% do peso mínimo compatível para sua idade e altura. A mãe está preocupada, pois a menina tem comido muito pouco e tem feito exercícios diariamente, parecendo desinteressada com relação a seus amigos.

Outras apresentações

Como nas mulheres, os homens tendem a apresentá-la na adolescência e no início da idade adulta, embora o diagnóstico possa ocorrer em estágios mais tardios da doença do que o normal para as mulheres. Em um estudo realizado com 135 homens que receberam tratamento para transtornos alimentares em um centro médico acadêmico, os pacientes relataram sentir vergonha da atribuição a um transtorno culturalmente identificado como "feminino", o que muitas vezes faz com que procurem ajuda somente numa fase posterior do desenvolvimento da doença.[2]

Os pacientes que se apresentam com sintomas atípicos ou subliminares são categorizados como tendo "outro transtorno alimentar especificado" no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5). Por exemplo, um paciente que preencha todos os critérios para anorexia nervosa (AN), mas que apresente peso normal ou acima do normal, receberia o diagnóstico de anorexia nervosa atípica, que é sucintamente descrita na seção sobre "outros transtornos alimentares especificados" do DSM-5.[1]

Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico exige a obtenção da história completa do paciente e, se possível, dos familiares e amigos. O tratamento é mais bem-sucedido se a anorexia nervosa for detectada precocemente, o que, geralmente, é difícil.[27] [28] A detecção de transtornos alimentares nos estágios iniciais, quando os sintomas psicológicos e físicos são sutis, pode ser desafiadora para médicos da unidade básica de saúde.

História clínica

Muitas vezes, o paciente minimiza ou simplesmente nega estar fazendo uma dieta extrema e a presença de outros comportamentos relacionados com a doença. É pouco provável que os pacientes procurem tratamento para a anorexia nervosa em si, mas podem queixar-se de sintomas relacionados, tais como amenorreia, fadiga e tontura. É possível que familiares já tenham identificado e estejam preocupado com a perda de peso do paciente e outras sintomas associados. Em qualquer situação, na entrevista, uma resistência ao ganho de peso e a distorção da imagem corporal podem ser aparentes. O paciente pode se fixar em áreas específicas de sobrepeso no corpo, mas reconhecer uma magreza geral ou negar por completo que seu peso esteja abaixo do normal.

Deve-se avaliar a função menstrual, pois, embora não seja mais exigido pelos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5), é comum haver amenorreia. Deve-se observar se a paciente está tomando contraceptivos orais, pois o ciclo menstrual pode parecer regular devido ao sangramento por supressão induzido por contraceptivo.

Os hábitos alimentares do paciente devem ser avaliados em mais detalhes. Alguns indivíduos com anorexia nervosa seguem dietas vegetarianas ou veganas mais restritivas. É útil determinar se o início da anorexia nervosa coincide com uma dieta vegetariana ou vegana. Em caso afirmativo, essa escolha pode ser responsável por parte do transtorno e pode ser aconselhável desencorajar o paciente de adotar essa opção alimentar. Se a dieta vegetariana ou vegana foi claramente adotada antes do início da anorexia nervosa, pode ser adequado ajudar o paciente a seguir essa dieta, mas com atenção especial à necessidade de assegurar o consumo adequado de calorias.

Na anamnese, deve-se identificar o subtipo, se é restritivo ou do tipo compulsão periódica e/ou purgativo. Indivíduos com o subtipo restritivo seguem a dieta rigorosamente e podem também concentrar-se na queima de calorias através de exercícios. Indivíduos com o subtipo de compulsão periódica/purgativo restringem as calorias, mas também se envolvem comportamentos de compulsão alimentar periódica e/ou purgativo. Indivíduos com o subtipo de compulsão periódica/purgativo são também mais propensos a abusar de laxantes, diuréticos e enemas.

Na anamnese, deve-se também avaliar doenças psiquiátricas que ocorrem concomitantemente. O transtorno obsessivo-compulsivo é comum entre indivíduos com anorexia nervosa. Transtornos que envolvem o uso de substâncias ocorrem em 27% dos pacientes com anorexia nervosa.[5] Depressão e distímia também são transtornos psiquiátricos comórbidos comuns.

Em pacientes pré-púberes com início súbito de AN surgindo logo depois de uma infecção por estreptococos aparente, devem ser considerados PANDAS (paediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection [transtornos neuropsiquiátricos autoimunes pediátricos associados à infecção por estreptococos]).[29]

Exame físico

Nos estágios iniciais da doença, o exame físico e os exames laboratoriais costumam apresentar resultados normais; mais tarde, no entanto, sinais físicos e resultados de exames laboratoriais podem ser úteis para determinar a gravidade.[30] Deve-se registrar o peso e medir a altura. Se o paciente tiver um peso significativamente abaixo do normal para a idade e altura ou se houver grande suspeita de doença, deverão ser programadas consultas semanais para o registro dos sintomas e pesos.[24] Além disso, um índice de massa corporal (IMC) $<17.5 \text{ kg/m}^2$ em um adulto ou abaixo do 5º percentil na calculadora de IMC por idade para crianças e adolescentes dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos EUA merece atenção especial.[31] Deve-se notar que, ao usar a calculadora de índice de massa corporal (IMC) por idade dos CDCs, o médico deve determinar se o paciente ainda permanece na respectiva curva de crescimento.

[Fig-1]

[VIDEO: Percentis do índice de massa corporal (IMC) para meninos (2 a 20 anos)]

[VIDEO: Percentis do índice de massa corporal (IMC) para meninas (2 a 20 anos)]

Os sinais vitais podem ser perceptíveis para baixa temperatura, menor frequência cardíaca e pressão arterial. É possível que se observe hipotensão ortostática, especialmente entre adolescentes afetados. A distribuição de massa de gordura pode ser nitidamente baixa, com estruturas ósseas protuberantes, como a escápula. Alguns pacientes desenvolvem uma penugem corporal, denominada lanugo, no tronco ou na face. No exame oral, os pacientes que provocam vômitos frequentes podem apresentar erosão do esmalte dentário e inchaço das glândulas salivares.[24]

Exames laboratoriais

Exames laboratoriais, tais como hemograma completo, painel de bioquímica sérica (eletrólitos), testes de função tireoidiana e testes de função hepática, normalmente fazem parte da avaliação do paciente com baixo peso e anorexia nervosa. Resultados de laboratório não são necessários para a avaliação diagnóstica, mas são úteis para avaliar a gravidade da doença e recomendar o ambiente de tratamento adequado (por exemplo, hospitalar ou outro programa de tratamento estruturado versus tratamento ambulatorial). O hemograma completo pode mostrar leucopenia e, possivelmente, outras celularidades baixas; a bioquímica sérica pode mostrar hipocalemia, hipocloremia, níveis séricos anormais de bicarbonato ou níveis elevados de ureia, principalmente nos pacientes que praticam consistentemente a purgação por vômito ou uso indevido de laxantes. Como parte dos sintomas da doença, pode ocorrer hiponatremia em indivíduos que bebem grandes volumes de água. Quando presente, a hipofosfatemia é particularmente preocupante e pode indicar presença de (ou vulnerabilidade à) "síndrome da realimentação", um perigoso estado de deficiência nutricional, alteração da função cognitiva e insuficiência cardíaca congestiva. Níveis elevados de ureia podem indicar desidratação ou ser um indício de anormalidades renais. Pode haver elevação da amilase sérica em indivíduos que praticam a purgação por vômitos. A urinálise pode ser útil para avaliar o estado de hidratação; além disso, pode haver presença aguda de cetonúria, indicativa de semi-inanição. A maioria das anormalidades laboratoriais melhora mediante realimentação supervisionada de recuperação do peso. Anormalidades mais significativas, como hipofosfatemia ou hipocalemia grave, podem exigir suplementação nutricional específica.

Esses exames devem ser repetidos nos pacientes hospitalizados para monitorar a evolução e a gravidade da doença. Pacientes ambulatoriais são monitorados clinicamente, mas também necessitam de avaliação laboratorial periódica. Em indivíduos com irregularidade ou interrupção menstrual, considere medir os níveis de hormônio (por exemplo, estrogênio, hormônio folículo-estimulante, hormônio luteinizante, prolactina e hormônio estimulante da tireoide) para excluir outras causas de amenorreia. Em homens, considere medir os níveis de testosterona. Considere uma densitometria óssea após 1 ano de baixo peso em crianças e jovens (ou antes, se apresentarem dor ou fraturas ósseas recorrentes) e após 2 anos de baixo peso em adultos (ou antes, se apresentarem dor ou fraturas ósseas recorrentes).[28]

Exames subsequentes incluem um ECG, se houver bradicardia e/ou distúrbio eletrolítico ou outros fatores de risco tais como purgação intensa, hipotensão, uso excessivo de cafeína, rápida perda de peso, excesso de exercícios, fraqueza muscular, ritmos cardíacos anormais anteriores ou uso de medicamento que possa comprometer a função cardíaca.[28]

O ECG pode ser solicitado inicialmente, se o paciente estiver gravemente enfermo, necessitando de hospitalização (por exemplo, suspeita de distúrbio eletrolítico, desnutrição grave, desidratação intensa ou sinais de falência incipiente de órgãos).[28]

Fatores de risco

Fortes

sexo feminino

- Estima-se que aproximadamente 70% dos pacientes com anorexia nervosa sejam do sexo feminino; porém, como os indivíduos do sexo masculino se apresentam para tratamento com menos frequência ou tardiamente na evolução da doença, 90% dos pacientes observados são provavelmente do sexo feminino.[6]

adolescência e puberdade

- O pico de início ocorre na fase intermediária da adolescência, entre as idades de 14 a 18 anos, apesar de a ocorrência da anorexia nervosa no início da adolescência, e até mesmo na infância, ser mais comum do que anteriormente.[19]
- Doze estudos cumulativos de incidência mostram uma taxa 5 vezes maior na adolescência que na população de mulheres mais velhas.[20]

traços obsessivos e perfeccionistas

- Fortemente vinculados à doença em pesquisa de estudos de casos.
- Risco inespecífico de desenvolvimento de anorexia nervosa e bulimia nervosa.[21]

exposição à mídia ocidental

- A prevalência da doença na América do Norte e na Europa ocidental é de 0.1% a 5.7% em mulheres.[22]
- Os estudos de caso se concentram na síndrome da mudança cultural, em que imigrantes que se mudam para culturas influenciadas pelo ocidente apresentam maior incidência,[23] mas a situação pode mudar à medida que o acesso à mídia se torna mais universalmente disponível em todas as partes do mundo.

influência genética

- Estudos com gêmeos sugerem acentuado aumento do risco de desenvolver anorexia nervosa se um gêmeo idêntico, do sexo feminino, tiver a doença.
- Um gêmeo acometido, mas que não seja idêntico, confere menor risco que um gêmeo idêntico acometido, o que respalda as evidências de risco geneticamente mediado.[24] Uma análise de transtornos alimentares identificou, em uma grande amostra nacional de gêmeos suecos, estimativas de herdabilidade de 57% na anorexia nervosa, o que indica que os fatores genéticos contribuem substancialmente para a doença.[15]

Fracos

classes socioeconômicas média e alta

- Vinculadas a aumento do risco de transtornos alimentares, com a exceção do transtorno da compulsão alimentar periódica.[25] [26]

- A pressão para atingir baixo peso parece aumentar com o aumento da condição socioeconômica.[12]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os principais fatores de risco são: sexo feminino, adolescência/puberdade e traços obsessivos/perfeccionistas.

peso corporal significativamente baixo (comum)

- Embora não haja nenhuma definição para baixo peso, adultos com anorexia nervosa normalmente apresentam índice de massa corporal (IMC) $<18.5 \text{ kg/m}^2$.
- Para crianças e adolescentes, um IMC abaixo do 5º percentil referente à idade geralmente indica baixo peso, embora a determinação de baixo peso deva ser feita no contexto da constituição e da trajetória de crescimento do indivíduo.

medo de ganhar peso ou engordar ou comportamentos que interferem no ganho de peso, apesar das evidências de peso corporal significativamente baixo (comum)

- Os pacientes podem falar sobre a crença que têm de estarem gordos ou do medo de engordar; ou, ainda, podem acreditar que "não há nada de errado" com o baixo peso que apresentam e que o ganho de peso não é indicado porque pode ser excessivamente alto.
- Em vez disso, os pacientes podem dizer que sabem que têm baixo peso e que o ganho de peso é indicado. Para esses indivíduos, é importante determinar se o comportamento deles pode indicar relutância ou interferência em relação à recuperação do peso. Esse tipo de comportamento pode incluir o ato de evitar alimentar-se, ou alimentar-se às escondidas, excesso de exercícios e comportamentos de purgação.
- É comum os pacientes expressarem relutância a intervenções de ganho de peso.

imagem corporal distorcida (comum)

- Os pacientes são indevidamente influenciados por pensamentos sobre o peso e o formato corporais. Podem apresentar distorções cognitivas sobre o tamanho e a forma reais do corpo. Podem acreditar que certas partes do corpo são excessivamente grandes, envolver-se em comportamentos de verificação constante dos tamanhos das partes do corpo e, com frequência, não conseguir reconhecer a magreza geral.

restrição calórica (comum)

- Indivíduos com anorexia nervosa têm ingestão restrita de calorias, em relação com as necessidades. A ingestão calórica diária total pode ser extremamente baixa (por exemplo, 300-700 kcal) em alguém com anorexia nervosa, o que normalmente se consegue evitando-se a ingestão de gordura na dieta.

compulsão periódica e/ou purgativa (comum)

- Todos os indivíduos com anorexia nervosa devem ser questionados sobre compulsão alimentar periódica e hábitos de purgação; os indivíduos acometidos podem optar por não revelar estes sintomas da doença.

- Pacientes com anorexia nervosa podem apresentar episódios de compulsão alimentar periódica subjetivamente definidos, o que significa que perdem o controle ao comer quantidades de comida não objetivamente grandes.
- Qualquer padrão de compulsão alimentar periódica ou purgação nos 3 meses anteriores é considerado indicativo do subtipo de compulsão alimentar periódica e/ou purgação.
- Sinais físicos da erosão dentária podem estar presentes em indivíduos com comportamento de vômitos.
- Calos ou abrasões podem ser observados no lado dorsal da mão se o vômito estiver regularmente associado à provocação manual do reflexo faríngeo.

uso indevido de laxantes, diuréticos ou comprimidos dietéticos (comum)

- Pode estar associado ao subtipo de compulsão periódica e/ou purgativo.

amenorreia (comum)

- A amenorreia é comum em mulheres com baixo peso devido à anorexia nervosa. Pacientes mais jovens podem apresentar amenorreia primária e não estar cientes de que o estado de baixo peso contribuiu para a atividade de hipogonadismo. Além disso, os pacientes que tomam contraceptivos orais podem não se considerar tão gravemente afetados pela anorexia nervosa, porque não apresentarem amenorreia franca. Deve-se oferecer psicoeducação sobre os riscos do baixo peso, inclusive o risco de perda óssea na anorexia nervosa, mesmo entre quem esteja tomando hormônios administrados por via oral (isto é, pílulas contraceptivas orais).

diminuição da gordura subcutânea (comum)

- Muitos pacientes com anorexia nervosa parecem caquéticos no exame físico devido à falta de gordura corporal; estruturas ósseas, tais como a clavícula, as vértebras, cóccix e crista ilíaca, podem ficar drasticamente protuberantes.

Outros fatores de diagnóstico

fadiga geral, fraqueza e baixa concentração (comum)

- Especificamente relacionada à perda de peso.
- Pacientes podem relatar que não estão mais interessados em ler ou assistir a filmes e, ao serem interrogados de forma mais aprofundada, reconhecer maior dificuldade de atenção e foco.

significativa preocupação com pensamentos sobre comida (comum)

- Pode ocorrer apesar da evitação comportamental de comida observada em muitos indivíduos com anorexia nervosa.
- Os pacientes podem passar o tempo lendo cardápios, receitas ou informações nutricionais.

hipotensão ortostática (comum)

- A condição de poucos fluidos pode acarretar um lento reequilíbrio da posição sentada para a ortostática.
- Pode causar tontura ou síncope franca.
- Pode ser resultante de hipovolemia e/ou bradicardia e/ou baixo débito cardíaco.

sintomas gastrointestinais inespecíficos (comum)

- É comum os pacientes relatarem sensação de preenchimento, distensão abdominal, cólicas com gases e constipação.

- A causa provável é o esvaziamento gástrico lento associado à anorexia nervosa, que melhora mediante a realimentação e a recuperação do peso.

sinais e sintomas cardíacos (comum)

- A bradicardia é a característica cardíaca mais comum.
- Outras anormalidades incluem intervalo QTc, bloqueio atrioventricular de primeiro grau e, sobretudo entre indivíduos com distúrbios eletrolíticos, alterações inespecíficas da onda T.
- O prolapso da valva mitral também já foi descrito, provavelmente decorrente de alterações anatômicas que ocorrem na anorexia nervosa, inclusive diminuição do músculo cardíaco e massa de gordura visceral.
- Derrames pericárdicos são raros.

alterações nos cabelos, pele e unhas (comum)

- Estas ocorrem no contexto da desnutrição.
- Podem aparecer lanugos na face, tronco e braços. Podem também ocorrer pele seca e unhas rachadas.
- Pode ocorrer afinamento dos cabelos, o que pode motivar o paciente a melhorar o estado nutricional.

edema dependente (incomum)

- Pode ocorrer principalmente durante o processo de realimentação.
- Geralmente é transitório e de rápida resolução durante a realimentação.
- A presença de edema significativo indica necessidade de monitoramento cuidadoso quanto a sinais e sintomas da síndrome de realimentação.

osteopenia ou osteoporose (incomum)

- Mais provável de ocorrer em indivíduos enfermos há vários anos.
- Jovens que apresentam fraturas por estresse e/ou baixa densidade óssea em exames de absorciometria por dupla emissão de raios X devem ser cuidadosamente avaliados quanto à alimentação e ao estado nutricional.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
Hemograma completo <ul style="list-style-type: none"> • Não diagnóstico, embora seja importante para acompanhamento da evolução e gravidade da doença. • Em caso de internação hospitalar, deve ser incluído nos exames laboratoriais e repetido a cada semana. 	anemia normocítica e normocrômica; leve leucopenia; trombocitopenia

Exame	Resultado
bioquímica sérica <ul style="list-style-type: none"> • Possibilita o monitoramento da gravidade, de complicações e da evolução da doença. • Deve ser realizada imediatamente se o paciente necessitar de internação hospitalar e realimentação. Deve ser repetida diariamente até normalizar. • Níveis elevados de ureia podem indicar desidratação ou anormalidades renais. 	alcalose metabólica e hipocalemia (se houver vômitos); acidose metabólica, hiponatremia e hipocalemia (se houver usado de laxativos), hipomagnesemia, hipofosfatemia, hipocalcemia, hipoglicemia, níveis elevados de ureia
testes da função tireoidiana <ul style="list-style-type: none"> • Devem ser considerados como parte do painel de rastreamento inicial e em consultas de acompanhamento se forem identificadas anormalidades. • Níveis baixos de T3 são comuns, mas os pacientes costumam apresentar TSH normal, não devendo ser administrada suplementação tireoidiana. 	tri-iodotironina (T3) baixa, tiroxina (T4) normal, hormônio estimulante da tireoide (TSH) normal (geralmente, as alterações não são clinicamente significativas)
testes da função hepática <ul style="list-style-type: none"> • Não diagnósticos, mas recomenda-se rastreamento inicial. • Devem ser monitorados nas visitas de acompanhamento se a perda de peso continuar. • As elevações das enzimas hepáticas são geralmente leves na anorexia nervosa, mas elevações mais intensas têm sido associadas a apresentações agudas. A função hepática deve melhorar com realimentação. • Outras causas de transaminite, como alcoolismo, superdosagem de paracetamol, medicamentos tóxicos para o fígado e cálculos biliares, devem ser consideradas. • O colesterol sérico pode estar elevado na anorexia nervosa, mas deve normalizar-se com a realimentação. 	alanina aminotransferase e aspartato aminotransferase elevadas; colesterol elevado
urinálise <ul style="list-style-type: none"> • Pode ser útil para avaliar o estado de hidratação; além disso, pode haver presença aguda de cetonúria. 	a baixa gravidade específica pode indicar consumo de grandes quantidades de água livre; a cetonúria pode indicar semi-inanição significativa

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
eletrocardiograma (ECG) <ul style="list-style-type: none"> • Considere se há anormalidades eletrolíticas, bradicardia, dor torácica, hipotensão, anormalidades cardíacas anteriores ou uso de medicamentos ou drogas ilícitas que possam comprometer o funcionamento cardíaco.[28] 	bradicardia, defeitos de condução; prolongamento do intervalo QT (corrigido para a frequência)

Exame	Resultado
densitometria óssea (absorciometria por dupla emissão de raios X) <ul style="list-style-type: none"> Recomendada após 1 ano de baixo peso em crianças e jovens (ou antes, se apresentarem dor ou fraturas ósseas recorrentes) e após 2 anos de baixo peso em adultos (ou antes, se apresentarem dor ou fraturas ósseas recorrentes).^[28] Ajuda a ilustrar os efeitos da perda intensa de peso aos pacientes que negam ou minimizam a presença de sintomas de transtorno alimentar. 	osteopenia, osteoporose
estradiol em indivíduos do sexo feminino <ul style="list-style-type: none"> Não diagnóstico, mas útil para descartar outras causas de amenorreia e monitorar efeitos fisiológicos da doença. 	níveis baixos ou indetectáveis
testosterona em indivíduos do sexo masculino <ul style="list-style-type: none"> Não diagnóstico, mas útil para monitorar efeitos fisiológicos da doença. 	níveis baixos

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Bulimia nervosa	<ul style="list-style-type: none"> peso não significativamente baixo. (Em caso de peso significativo baixo juntamente com compulsão alimentar e comportamentos compensatórios intermitentes que visam prevenir o ganho de peso, o diagnóstico identificado será o de anorexia nervosa). 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica ou avaliação padronizada, como a Avaliação de Transtornos Alimentares do DSM-5 (EDA-5). [Eating disorder assessment for DSM-5 (EDA-5)]
Transtorno da evitação/restrrição de ingestão alimentar	<ul style="list-style-type: none"> Sem preocupação com a forma ou o peso corporal, sem medo de engordar; a evitação ou a restrição alimentar é motivada por outras questões que não a forma ou o peso corporal, tais como questões sensoriais relevantes ao processo alimentar (por exemplo, evitar alimentos com determinada textura, sabor ou cheiro), ou preocupação com consequências aversivas do hábito alimentar, inclusive medo de sufocamento ou vômito. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica ou avaliação padronizada, como a EDA-5. [Eating disorder assessment for DSM-5 (EDA-5)]

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Depression	<ul style="list-style-type: none"> Se o humor estiver associado à diminuição do apetite, da ingestão alimentar ou do peso, os sintomas geralmente melhoram rapidamente com tratamento antidepressivo. Se a depressão estiver associada a baixa concentração e/ou baixa autoestima, essas características não estão associadas ao estado nutricional nem à mudança de peso. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica ou avaliação padronizada, como a Entrevista Clínica Estruturada do DSM-5 (SCID). [Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5)]
Hipertireoidismo	<ul style="list-style-type: none"> A perda de peso associada a distúrbios da tireoide é geralmente acompanhada de outros sintomas, como taquicardia, intolerância ao calor, diarreia e tremores. 	<ul style="list-style-type: none"> Os testes de função tireoidiana indicam tiroxina alta e hormônio estimulante da tireoide baixo no hipertireoidismo.
Diabetes mellitus do tipo 1	<ul style="list-style-type: none"> A história de fraqueza ou perda de peso no diabetes mellitus está associada a níveis de glicose sérica elevados. 	<ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico pode ser feito com base em qualquer uma das seguintes formas: 1) em um paciente sintomático, glicemia aleatória >11 mmol/L (>200 mg/dL); 2) glicemia de jejum >6.9 mmol/L (>126 mg/dL); 3) glicose plasmática \geq11 mmol/L (\geq200 mg/dL) 2 horas após 75 g de glicose oral; 4) HbA1c (hemoglobina glicosilada) \geq48 mmol/mol (\geq6.5%).[32]
Doença de Crohn	<ul style="list-style-type: none"> Podem ocorrer dor abdominal, fezes sanguinolentas e dor artrítica positiva em associação com perda de peso. Os pacientes não evitam alimentos por medo de ganhar peso. 	<ul style="list-style-type: none"> A endoscopia com biópsia mostrará alterações teciduais inflamatórias.
Colite ulcerativa	<ul style="list-style-type: none"> Podem ocorrer dor abdominal, fezes sanguinolentas e dor artrítica positiva em associação com perda de peso. Os pacientes não evitam alimentos por medo de ganhar peso. 	<ul style="list-style-type: none"> A colonoscopia com biópsia mostrará alterações teciduais inflamatórias.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)	<ul style="list-style-type: none"> O TOC muitas vezes se apresenta de forma semelhante, com hábitos alimentares ritualizados. Entretanto, o TOC é também caracterizado por obsessões não relacionadas a alimentos, como medo de contaminação ou de passar mal. O uso de medicamentos pode ser eficaz para reduzir os pensamentos obsessivos no TOC, ao contrário das evidências do efeito medicamentoso na anorexia nervosa.[33] 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica ou avaliação padronizada, como o SCID. [Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5)]
Doença sistêmica com perda de peso (neoplasia, infecção, doença autoimune)	<ul style="list-style-type: none"> A perda de peso é geralmente involuntária e não é acompanhada de medo de ganhar peso ou distorção da imagem corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliações para ajudar a especificar a etiologia da perda de peso sistêmica podem identificar a causa. Por conseguinte, recomenda-se uma avaliação médica abrangente quando o paciente se apresentar inicialmente.

Critérios de diagnóstico

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5)[1]

Critérios do DSM-5 para anorexia nervosa:

Os critérios de diagnóstico da anorexia nervosa são os seguintes:

- A. Restrição da ingestão de energia em relação às necessidades, o que causa peso significativamente baixo no contexto de idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física
- B. Medo intenso de ganhar peso ou comportamento persistente que interfere com o ganho de peso
- C. Distorção da imagem corporal.

Tipo específico:

- Subtipo restritivo: sem episódios de compulsão alimentar periódica ou purgação nos 3 últimos meses; a perda de peso foi alcançada por dieta, jejum e/ou exercícios em excesso
- Subtipo de compulsão alimentar/purgativo: episódios recorrentes de compulsão alimentar periódica e purgação nos 3 últimos meses.

Indicadores da gravidade foram incluídos no DSM-5, com base nas categorias de baixo peso identificadas pela Organização Mundial da Saúde. A gravidade identificada para qualquer peso pode aumentar com base no quadro clínico, como sinais vitais ou anormalidades laboratoriais, e sintomas psiquiátricos específicos, como probabilidade de suicídio.

- Leve: IMC ≥ 17 kg/m²
- Moderado: IMC 16-16.99 kg/m²
- Grave: IMC 15-15.99 kg/m²
- Extremo: IMC <15 kg/m².

Crianças e adolescentes: há desafios adicionais para determinar se a criança ou adolescente está ou não abaixo do peso, devido às trajetórias esperadas de crescimento e desenvolvimento. O uso do percentil de IMC por idade dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos EUA pode ser útil ao examinar a altura e o peso da criança. O CDC sugeriu que um IMC abaixo do 5º percentil sugere estado de baixo peso, mas, muitas vezes, crianças e adolescentes acima do 5º percentil estão significativamente abaixo do peso, sobretudo se, antes do transtorno alimentar, mantinham um percentil mais alto de IMC para a idade. O uso de um quadro de crescimento individual é útil para determinar se a criança está acompanhando sua trajetória de crescimento pessoal. Pacientes mais jovens que não ganham peso ao crescer ou não crescem dentro do esperado podem estar demonstrando os sintomas de baixo peso e baixo crescimento associados à anorexia nervosa.

[Fig-1]

[VIDEO: Percentis do índice de massa corporal (IMC) para meninos (2 a 20 anos)]

[VIDEO: Percentis do índice de massa corporal (IMC) para meninas (2 a 20 anos)]

Abordagem passo a passo do tratamento

Os objetivos do tratamento da anorexia nervosa incluem ajudar o paciente a retornar a uma faixa de peso saudável e normalizar os hábitos alimentares. Para muitos pacientes, isso requer estabilização clínica e manejo das complicações clínicas associadas à doença presente. Além disso, o tratamento inclui ajudar o paciente a identificar estratégias para prevenir recidivas após a recuperação do peso. O ambiente de tratamento pode variar devido à gravidade da apresentação da doença e a questões tais como disponibilidade de serviços clínicos especializados para o paciente. Além disso, o tratamento pode variar com base na vontade do paciente de participar do tratamento recomendado e no apoio social disponível para o paciente. Tratamentos eficazes para anorexia nervosa, nos vários contextos disponíveis, incluem manejo comportamental e refeições supervisionadas. Terapias baseadas em evidências, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC), ou para adolescentes, como a terapia familiar, podem ser incluídas nos planos de tratamento.[28] [34] [35]

Ambiente de cuidados

O tratamento da anorexia nervosa pode ser realizado em várias intensidades (ou seja, níveis de cuidados). Os pacientes podem receber cuidados em diversos ambientes de tratamento, intensificando-os de contextos menos restritivos (por exemplo, ambulatorial) para mais estruturados, se necessário, ou passando do tratamento hospitalar ou domiciliar para contextos menos intensivos. Indivíduos com anorexia nervosa podem precisar de ambientes de tratamento estruturados para ajudá-los a melhorar o peso e os hábitos alimentares. Os cuidados hospitalares são os mais intensivos, sejam eles oferecidos em uma unidade psiquiátrica para tratamento da saúde comportamental ou em uma unidade de saúde para estabilização clínica. Se disponíveis, programas de tratamento domiciliar (por exemplo, unidades especializadas em transtornos alimentares) podem servir como alternativa à hospitalização. Como nos hospitais, os programas domiciliares oferecem cuidados ininterruptos, mas com monitoramento médico menos intensivo. Alguns tratamentos médicos (por exemplo, infusões intravenosas) podem não estar disponíveis nos programas domiciliares. Programas ambulatoriais estruturados podem incluir tratamento durante todo o dia, ou parte do dia, em vários dias da semana, ou na maioria deles. É recomendável decidir qual tipo de tratamento - ambulatorial, diário, domiciliar ou hospitalar - é adequado para as necessidades clínicas de um paciente com anorexia nervosa. É importante consultar um psiquiatra e/ou especialista em transtornos alimentares para obter orientação clínica geral e estabelecer a liderança da equipe e a responsabilidade clínica primária para os cuidados do paciente. Quando o paciente não necessita de cuidados hospitalares e quando há um bom relacionamento entre o paciente e o médico, com apoio da família, o paciente pode ser monitorado como paciente ambulatorial.

Os cuidados hospitalares, que podem ser clínicos ou psiquiátricos, dependendo do grau e da gravidade dos sintomas físicos e da experiência da unidade psiquiátrica no manejo da desnutrição.[36] geralmente, é recomendado para pacientes com peso excessivamente baixo (por exemplo, <75% do esperado), acentuada perda de peso e/ou evidências de complicações clínicas da doença, inclusive bradicardia significativa, hipotensão ou hipotermia, anormalidades laboratoriais (por exemplo, distúrbio eletrolítico, hipoglicemia) e instabilidade psiquiátrica, inclusive probabilidade de suicídio.[37] Pacientes tratados em instalações de saúde devem receber suporte contínuo de um psiquiatra com experiência e treinamento no manejo de transtornos alimentares graves, para trabalhar em parceria com o médico responsável pelos cuidados médicos do paciente.[38] Embora seja sempre preferível a internação voluntária, o tratamento involuntário pode ser necessário em pacientes que se recusam ao tratamento e que se apresentem clínica ou psiquiatricamente instáveis.[28] Geralmente, o tratamento domiciliar é recomendável para pacientes com baixo peso sem instabilidade clínica acentuada. Os programas

ambulatoriais estruturados são adequados para pacientes ambulatoriais que requerem supervisão das refeições e outros tipos de assistência, cujo peso e estado de saúde não sejam graves o suficiente para precisar de cuidados hospitalares ou domiciliares.

Restauração do peso e nutrição

A reabilitação nutricional para indivíduos com anorexia requer um plano de refeições balanceadas do ponto de vista nutricional, com a quantidade adequada de calorias para a restauração do peso. A alimentação oral é a preferida, mas alguns pacientes podem não ganhar peso quando alimentados por via oral ou podem expressar preferência por alimentação nasogástrica.[38] Pacientes com fatores de risco para a síndrome da realimentação (por exemplo, aqueles com peso muito baixo <70% do peso corporal médio, anormalidades eletrolíticas ou renais preexistentes, infecção ou outras complicações de saúde) necessitam ingerir menos calorias inicialmente, com aumentos calóricos por um longo período, juntamente com monitoramento rigoroso dos eletrólitos e do quadro clínico, a fim de reduzir esse risco.[38] Normalmente, a prescrição calórica pode começar com níveis significativamente maiores que os que o paciente vinha ingerindo antes do tratamento. Por exemplo, pacientes com baixo peso que não apresentam risco significativo de desenvolver síndrome de realimentação iniciam a alimentação terapêutica com prescrições calóricas de 1500-1800 kcal/dia. As prescrições calóricas podem aumentar 400 kcal/dia a cada 48-72 horas, caso os pacientes tolerem o nível calórico anterior, para alcançar uma alteração no peso de, aproximadamente, 1-2 kg/semana para pacientes hospitalizados (sendo 0.5-1 kg/semana mais comum em programas ambulatoriais). A necessidade calórica máxima em programas de tratamento cujo objetivo é ajudar os pacientes a alcançarem a restauração total do peso é de >3500 kcal/dia para mulheres e >4000 kcal/dia para homens. Os planos de refeições podem incluir suplementos líquidos associados a alimentos sólidos.[39] [40]

Para identificar deficiências específicas e criar o plano ideal, é necessário que haja avaliação e orientação alimentares por um nutricionista com experiência em realimentação.[38]

Vitaminas e minerais (por exemplo, multivitamínico, fósforo, magnésio e cálcio) devem ser administrados até que a dieta do paciente contenha elementos suficientes para atender aos valores de referência alimentares indicados.[28] Nenhum regime nutricional específico é considerado ideal, pois a quantidade de calorias ingeridas por dia é a meta mais importante.[41] Deve ser especificamente considerada a suplementação de tiamina. Além disso, os pacientes devem normalizar a ingestão de líquidos em vista da tendência, na anorexia nervosa, de ingerir excesso de líquidos para amenizar a fome ou aumentar a pesagem. Podem ser necessários monitoramento e restrição. Deve-se também considerar a limitação da ingestão de cafeína, já que esta pode ser usada por pacientes para suprimir o apetite.[42]

Peso do paciente

Deve-se estabelecer a faixa de peso recomendada para indivíduos com anorexia nervosa com base nas diretrizes de índice de massa corporal (IMC) (por exemplo, IMC >20 kg/m²) ou nas tabelas de peso/altura comumente disponíveis (por exemplo, Metropolitan Life Actuarial Tables), no peso dos indivíduos antes da doença ou, para pacientes mais jovens, nas respectivas tabelas de crescimento. Os planos de tratamento devem visar 1-2 kg/semana, para programas hospitalares/domiciliares, e 0.5-1 kg/semana, para programas ambulatoriais. Pacientes ambulatoriais devem ser pesados semanalmente, e os hospitalizados, várias vezes por semana. Os pacientes devem ser pesados com base em procedimentos consistentes. Por exemplo, os pacientes podem ser pesados em horários regulares do dia (por exemplo, de manhã cedo após a micção, antes do café da manhã), de forma a minimizar a manipulação dos dados do peso (por exemplo, vestir uma camisola hospitalar ou roupas leves). Os pacientes podem

necessitar de apoio e sensibilidade durante os procedimentos de pesagem, já que estes costumam estar associados a ansiedade e irritação.

Discordância do paciente

Se o paciente com anorexia nervosa recusar o tratamento quando a saúde física dele estiver seriamente comprometida pela doença, poderá ser necessário recorrer ao tratamento involuntário. Os médicos devem utilizar as estruturas legais para tratamento obrigatório apropriado ao país onde atuam. Se uma criança ou jovem com anorexia nervosa recusar o tratamento no contexto de um comprometimento grave de saúde, os pais ou cuidadores normalmente servirão como guardiões dos menores de idade, dando consentimento em nome dos filhos e, se necessário, usando uma estrutura legal adequada para o tratamento obrigatório. A alimentação de pessoas sem o consentimento delas só deve ser realizada dentro dos limites legais adequados e por equipes multidisciplinares competentes para tal.[28]

A alimentação involuntária geralmente se baseia no uso de uma sonda nasogástrica. Este método é geralmente bem tolerado e tem poucas complicações, desde que a sonda seja inserida corretamente e a patência seja mantida. Alguns pacientes podem apresentar menos sintomas gastrointestinais com a alimentação por sonda pelo intestino delgado e com o uso de uma sonda de Dobbhoff. Se o paciente tentar remover a sonda, poderá ser necessária a colocação cirúrgica de uma sonda, como um tubo de gastrostomia ou de jejunostomia.[34] [35] O grau de voluntariedade em relação ao tratamento, a competência para a tomada de decisões clínicas e base legal para o tratamento involuntário são considerações comuns para indivíduos que necessitam de alimentação por sondas colocadas cirurgicamente.

Importantes questões durante a realimentação

Durante o processo de realimentação, é necessário monitorar rigorosamente os valores laboratoriais, inclusive fósforo e glicose, sinais vitais, inclusive o peso, e outras evidências de acúmulo excessivo de líquidos. Para pacientes hospitalizados, normalmente, os valores laboratoriais devem ser monitorados diariamente, no início (duas vezes por dia, na presença de fatores de risco para a síndrome da realimentação).[38] A síndrome da realimentação é rara, mas potencialmente perigosa. Ela se caracteriza pela rápida redução de fósforo, potássio e magnésio, desregulação de água e alteração do metabolismo da glicose, podendo causar complicações cardíacas fatais. Entre os fatores de risco para a síndrome da realimentação estão peso muito baixo (<70% do peso corporal médio), anormalidades eletrolíticas ou renais preexistentes, infecção ou outras complicações de saúde.[38] Para pacientes com fatores de risco para a síndrome da realimentação, talvez seja necessário aumentar a ingestão calórica mais lentamente. Além disso, é aconselhável restringir a ingestão de calorias provenientes de carboidratos e aumentar o fósforo na alimentação.[36] [38] A suplementação oral de fósforo e magnésio é recomendada quando os níveis de eletrólitos séricos destes minerais estiverem baixos[38] e, também, na presença de outros fatores de risco para a síndrome da realimentação, juntamente com a avaliação regular da função cardíaca (ausculta dos pulmões, exame de sangue para peptídeo natriurético do tipo B). Os sinais da síndrome da realimentação incluem hipofosfatemia, insuficiência cardíaca congestiva e alteração do estado mental.[37] Os pacientes podem também desenvolver edema; embora edemas leves e transitórios possam desenvolver-se durante a realimentação sem que haja síndrome da realimentação, edemas significativos indicam necessidade de monitoramento rigoroso quanto à presença de sinais e sintomas da síndrome da realimentação. É necessária atenção imediata se houver alterações no estado mental, taquicardia, insuficiência cardíaca congestiva, dor abdominal, intervalo QT prolongado, níveis de potássio sérico <3 mmol/L (<3 mEq/L) e níveis de fósforo sérico <0.8 mmol/L (<2.5 mg/dL).[37] Caso

a síndrome da realimentação se desenvolva, será necessário atendimento clínico de emergência com monitoramento cardíaco contínuo.

É importante monitorar os eletrólitos, com atenção específica ao potássio em pacientes que induzem o vômito ou usam medicamentos laxantes indevidamente. Se o hábito da purgação for interrompido à medida que se estabelece uma nutrição adequada, o nível de potássio geralmente se corrige em alguns dias. Quando o nível de potássio estiver baixo, a suplementação oral de potássio poderá ser necessária durante vários dias.

A constipação é uma queixa frequente, e os pacientes precisarão de bastante encorajamento e, muitas vezes, de algum medicamento laxante não estimulante (como agentes que contenham fibras e sejam osmoticamente ativos) durante o processo de realimentação.

Correção da ingestão de líquidos

A ingestão de líquidos deve ser monitorada. Inicialmente, o paciente pode não ingerir a quantidade adequada de líquidos, sobretudo se os sintomas incluírem perda de líquidos por hábitos de purgação. Durante o tratamento, os pacientes podem consumir grandes quantidades de água para elevar de maneira falsa o peso monitorado, como parte de um plano comportamental. Pode ser necessário realizar uma supervisão adicional e/ou urinálise para determinar a gravidade específica e realizar a realimentação de maneira bem-sucedida, com os níveis adequados de consumo de líquidos.

Monitoramento laboratorial e distúrbios eletrolíticos

Níveis anormais de glicose e eletrólitos séricos podem decorrer de ingestão deficiente de nutrientes, perda de nutrientes secundária ao hábito de purgação ou aumento das necessidades catabólicas à medida que se dá início à realimentação. A iniciação da reabilitação nutricional deve ajudar a normalizar os níveis de eletrólitos em poucos dias ou semanas, desde que se descontinue o hábito da purgação e que a síndrome da realimentação franca não se desenvolva.[42] [43] Anormalidades no hemograma completo, entre elas leucopenia e baixo nível de eritrócitos e plaquetas, podem ser detectadas na apresentação e devem melhorar ao longo de várias semanas durante a realimentação. Se houver transaminite hepática, esta também deve se resolver ao longo de várias semanas de realimentação. Recomenda-se avaliação laboratorial frequente para detectar anormalidades eletrolíticas e quaisquer outras anormalidades de laboratório durante a primeira ou segunda semana de realimentação. Em ambientes altamente estruturados (por exemplo, hospital), as avaliações são normalmente feitas diariamente no início do tratamento (duas vezes por dia na presença de fatores de risco para a síndrome da realimentação). Daí em diante, deve-se reduzir a frequência de avaliação a uma vez por semana ou com menor frequência.

Abordagens psicoterapêuticas para adultos com anorexia nervosa

Embora várias abordagens psicoterapêuticas já tenham sido avaliadas em pacientes adultos, nenhuma abordagem específica demonstrou nítida superioridade. O tratamento comportamental costuma ser recomendado, pois é eficaz no caso de tratamentos estruturados.[44] As estratégias ambulatoriais com uma base de evidências modesta de melhora do desfecho (associadas a aumentos de peso moderados, embora não para faixas de peso totalmente normalizadas) incluem a TCC[45] e tratamento clínico de suporte especializado (SSCM),[46] e costumam ser oferecidos como parte de abordagens de tratamento estruturadas para anorexia, ou como tratamentos ambulatoriais, com ou sem intervenções adicionais proporcionadas por uma equipe multidisciplinar. O tratamento de Maudsley para anorexia em adultos (MANTRA) é um tratamento mais recente desenvolvido para tratar os fatores psicológicos (por exemplo,

traços de personalidade e estilos de pensamento) da anorexia, com uma abordagem colaborativa com o paciente. Em um ensaio clínico randomizado e controlado voltado para o tratamento ambulatorial, ficou comprovado que esse método é igualmente eficaz ao SSCM e mais bem aceito pelos pacientes após 12 meses.[47]

Com base nas evidências disponíveis, as orientações do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recomendam as seguintes opções de tratamento de primeira linha para adultos:[28]

- Terapia cognitivo-comportamental voltada para transtornos alimentares individuais (TCC-TA)
- MANTRA
- SSCM.

Após a restauração do peso, os indivíduos com anorexia se beneficiam com o tratamento em curso, cujo objetivo é evitar a recidiva. Novamente, não há um tratamento específico com evidências sólidas para essa fase do tratamento, mas o tratamento em andamento com foco no comportamento para manter o peso normal e o comportamento alimentar é, muitas vezes, considerado útil durante o ano após a normalização do peso.[48] [49]

Abordagens psicoterapêuticas para crianças e adolescentes com anorexia

Para crianças e adolescentes, o tratamento de base familiar muitas vezes é uma intervenção efetiva. Vários estudos[50] [51] [52] demonstraram que uma abordagem ambulatorial de base familiar para a realimentação de adolescentes com anorexia está associada a taxas altas de remissão completa dos sintomas ao final do tratamento e 1 ano após a apresentação, além de ser um pouco melhor que a psicoterapia individual ambulatorial voltada para questões gerais da adolescência.[50] A principal característica do tratamento de base familiar é a capacidade dos pais de realimentar o filho em estado de inanição. Além disso, a abordagem inclui não culpar os pais pelo desenvolvimento da doença e posicioná-los exclusivamente para criar um plano de realimentação adequado às necessidades particulares do seu filho. O tratamento oferece informações sobre a mortalidade e morbidade intensas associadas à anorexia, o que gera uma consciência sobre a urgência e necessidade do tratamento. Quando os pais conseguem alcançar a realimentação inicial, o tratamento de base familiar inicia a transição para que o adolescente retome a responsabilidade por sua realimentação, autocuidado e atenção. A disseminação e o treinamento do tratamento de base familiar estão ocorrendo em um índice relativamente rápido,[53] [54] e também há interesse da comunidade do paciente. [Maudsley Parents: a site for parents of eating disordered children]

As orientações do NICE, com sede no Reino Unido, recomendam a terapia familiar (TF-AN) para crianças e jovens com anorexia na forma de terapia familiar única ou de terapia familiar múltipla (com crianças e jovens, com a opção de fazer algumas sessões separadas da família ou do cuidador).[28]

Caso a terapia familiar voltada para a anorexia não seja aceitável, seja contraindicada ou ineficaz, as recomendações de segunda linha são TCC-TA ou psicoterapia para adolescentes com anorexia (PA-AN).[28]

Prevenção da recidiva

O tratamento para anorexia aguda deve ser seguido por um longo período, com o objetivo de prevenir a recidiva. Após a restauração do peso, o tratamento para prevenção da recidiva deve incluir encontros ambulatoriais regulares com um ou mais médicos por, pelo menos, um ano. O tratamento deve incluir o monitoramento do peso e o monitoramento geral do plano nutricional. A discussão pode focar nas

estratégias de manutenção da alimentação e peso saudáveis e em como evitar situações que renovem a vulnerabilidade para a perda de peso. Há uma pequena quantidade de evidências que sugerem que a TCC pode ser útil para a prevenção da recidiva.[45] Geralmente, o tratamento bem-sucedido inclui a transição da discussão sobre alimentos, alimentação e peso para outras questões da vida que se tornam possíveis e relevantes para o paciente quando o transtorno alimentar estabiliza. Para alguns pacientes, esse tratamento ambulatorial se estende por vários anos.

Farmacoterapia

Embora a anorexia inclua uma sobreposição de sintomas significativa com condições tratadas com medicamentos, os medicamentos têm sido ineficazes para os pacientes com anorexia. Vários antidepressivos foram analisados em comparação a placebo, e nenhum melhorou a alimentação, peso, humor ou sintomas de ansiedade.[55] [56] [57] [58] Apesar desses dados, com frequência os médicos prescrevem inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) aos pacientes com anorexia, provavelmente devido à falta de conhecimento da base de evidências, frustração com as opções de tratamento limitadas para essa população clínica e o perfil de risco relativamente baixo desses medicamentos.

Outros tipos de medicamentos, inclusive aqueles que estimulam o apetite em outras populações clínicas, foram analisados em pequenos ensaios de anorexia, mas não apresentaram nenhum benefício significativo.

Acredita-se que a desnutrição presente em indivíduos com anorexia contribua para a baixa resposta a medicamentos que aliviam os sintomas em outros grupos clínicos. Além de os medicamentos psiquiátricos serem ineficazes, os medicamentos com hormônio exógeno administrados por via oral não são eficazes para aprimorar a saúde óssea em indivíduos abaixo do peso com anorexia.[59]

Comorbidades

Transtornos de ansiedade ou de humor e transtorno obsessivo compulsivo são as comorbidades mais comuns em pacientes com anorexia. Essas condições podem ser difíceis de diagnosticar devido à sobreposição de seus sintomas e os da anorexia. Como consequência, em casos de anorexia, é preferível ajudar os indivíduos a normalizarem o peso antes de confirmar os diagnósticos de transtornos de humor e/ou ansiedade. Embora os ISRSs e outros antidepressivos sejam eficazes para tratar os transtornos de humor e ansiedade em indivíduos com peso saudável, esses medicamentos podem não ser tão eficazes em casos de baixo peso. Os transtornos relacionados ao uso de substâncias também podem ser comórbidos com a anorexia. O uso de substâncias é mais comum entre indivíduos com o subtipo ingestão/purgação que entre aqueles com o subtipo restritivo.

Atividade física

É comum a prática de atividade física por indivíduos com anorexia, mas ela pode alcançar níveis excessivos. A atividade pode incluir exercícios formais, como corrida, agachamento ou outras atividades calistênicas, ou passar tempo na academia. Entre indivíduos com anorexia, a atividade também pode incluir caminhadas em longas distâncias em vez de usar outros meios de transporte, ou subir escadas em vez de usar o elevador. Pode ser que os pacientes não informem aos médicos sobre essas atividades quando perguntarem sobre "exercícios", e pode ser necessário perguntar especificamente sobre os diferentes tipos de atividade física. Além disso, os pacientes podem sacudir as pernas ou mover os músculos enquanto estiverem sentados, comendo ou conversando. Recomenda-se limitar a atividade física durante o tratamento para restauração do peso, e a reintrodução da atividade deve ser analisada

com cuidado. Mesmo com o peso restaurado, é recomendável redefinir a meta para que ela represente o condicionamento físico e não apenas a perda de peso.

Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. (ver [Aviso legal](#))

Em curso		(resumo)
todos os pacientes		
■ medicamento instável ou falha no tratamento ambulatorial	1a	plano alimentar estruturado com nutrição oral
	mais	psicoterapia
	adjunto	reposição de potássio
	mais	internação hospitalar ± nutrição oral, enteral ou parenteral
	mais	correção da ingestão de líquidos
	adjunto	reposição de potássio
	adjunto	reposição de magnésio
	adjunto	reposição de cálcio
	adjunto	reposição de sódio
	mais	inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs)
■ com depressão	mais	terapias comportamentais
■ com transtorno obsessivo-compulsivo	mais	inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs) ou clomipramina ou olanzapina

Opções de tratamento

Em curso

todos os pacientes

1a

plano alimentar estruturado com nutrição oral

» O tratamento da anorexia pode ser realizado em várias intensidades (ou seja, níveis de cuidados). Os cuidados hospitalares podem ser clínicos ou psiquiátricos, dependendo do grau e da gravidade dos sintomas físicos e da experiência da unidade psiquiátrica no manejo da desnutrição.[36] Geralmente, o tratamento domiciliar é recomendável para pacientes com baixo peso sem instabilidade clínica acentuada. Os programas ambulatoriais estruturados são adequados para pacientes ambulatoriais que requerem supervisão das refeições e outros tipos de assistência, cujo peso e estado de saúde não sejam graves o suficiente para precisar de cuidados hospitalares ou domiciliares.

» A reabilitação nutricional para indivíduos com anorexia requer um plano de refeições balanceadas do ponto de vista nutricional, com a quantidade adequada de calorias para a restauração do peso.

» Avaliação e orientação alimentares por um nutricionista com experiência em realimentação são úteis para identificar deficiências específicas e desenvolver o plano ideal.[38]

» Geralmente, os pacientes abaixo do peso que não apresentam risco significativo de desenvolver síndrome de realimentação iniciam a alimentação terapêutica com prescrições calóricas de 1500-1800 kcal/dia. As prescrições calóricas podem aumentar 400 kcal/dia a cada 48-72 horas, caso os pacientes tolerem o nível calórico anterior, para alcançar uma alteração no peso de, aproximadamente, 1-2 kg/semana para pacientes hospitalizados (sendo 0.5-1 kg/semana mais comum em programas ambulatoriais). A necessidade calórica máxima em programas de tratamento cujo objetivo é ajudar os pacientes a alcançarem a restauração total do peso é de >3500 kcal/dia para mulheres e >4000 kcal/dia para homens. Os planos de refeições podem incluir suplementos líquidos associados a alimentos sólidos.[39] [40]

» As vitaminas e minerais (por exemplo, multivitamínico, fósforo, magnésio e cálcio)

Em curso

devem ser administrados até que a dieta do paciente contenha elementos suficientes para atender aos seus valores de referência alimentares.[28] A suplementação de tiamina deve ser considerada.

» A ingestão de líquidos deve ser monitorada. Durante o tratamento, os pacientes podem consumir grandes quantidades de água para elevar de maneira falsa o peso monitorado, como parte de um plano comportamental. Pode ser necessário realizar uma supervisão adicional e/ou urinálise para determinar a gravidade específica e realizar a realimentação de maneira bem-sucedida, com os níveis adequados de consumo de líquidos.

mais psicoterapia

» Várias abordagens psicoterapêuticas já foram avaliadas em pacientes adultos, embora nenhuma abordagem específica tenha apresentado uma superioridade clara.

» O tratamento comportamental costuma ser recomendado, pois é eficaz no caso de tratamentos estruturados.[44]

» As estratégias ambulatoriais com uma base de evidências modesta para aprimorar o desfecho (associadas ao aumento de peso moderado, embora não para faixas de peso totalmente normalizadas) incluem a terapia cognitivo-comportamental (TCC)[45] e tratamento clínico de suporte especializado (SSCM).[46] Eles costumam ser oferecidos como parte de abordagens de tratamento estruturadas para anorexia, ou como tratamentos ambulatoriais.

» O tratamento de Maudsley para anorexia nervosa em adultos (MANTRA) é um tratamento mais recente; ficou constatado em um ensaio clínico randomizado e controlado que é tão eficaz quanto o SSCM e apresenta maior aceitação entre os pacientes após 12 meses.[47]

» Após a restauração do peso, os indivíduos com anorexia se beneficiam com o tratamento em curso, cujo objetivo é evitar a recidiva. Novamente, não há um tratamento específico com evidências sólidas para essa fase do tratamento, mas o tratamento em andamento com foco no comportamento para manter o peso normal e o comportamento alimentar é, muitas vezes, considerado útil durante o ano após a normalização do peso.[48] [49]

Em curso

» Para crianças e adolescentes, o tratamento de base familiar muitas vezes é uma intervenção efetiva. Vários estudos[50] [51] [52] demonstraram que uma abordagem ambulatorial de base familiar para a realimentação de adolescentes com anorexia nervosa está associada a taxas altas de remissão completa dos sintomas ao final do tratamento e 1 ano após a apresentação, além de ser um pouco melhor que a psicoterapia individual ambulatorial voltada para questões gerais da adolescência.[50]

» As orientações do National Institute for Health and Care Excellence (NICE), com sede no Reino Unido, recomendam a terapia familiar com foco em anorexia nervosa para crianças e jovens com esse transtorno, na forma de terapia familiar única ou uma combinação de terapia familiar única e múltipla (com a opção para crianças e jovens de ter algumas sessões separadas dos familiares ou cuidadores).[28]

» Caso a terapia familiar voltada para anorexia nervosa não seja aceitável, seja contraindicada ou ineficaz, as recomendações de segunda linha são a terapia cognitivo-comportamental com foco em transtornos alimentares (TCC-TA) ou psicoterapia para adolescentes com anorexia nervosa (PA-AN).[28]

adjunto

reposição de potássio

Opções primárias

» **cloreto de potássio:** 40-100 mEq por via oral uma vez ao dia

» Com frequência, a hipocalcemia resulta do abuso de purgação e/ou de laxantes. Geralmente, a reposição para indivíduos com níveis de potássio >3.2 mmol/L (>3.2 mEq/L) pode ser alcançada apenas com alimentos, caso os comportamentos de purgação sejam interrompidos. A suplementação por via oral costuma ser útil para níveis mais baixos ou para pacientes ainda com purgação. Pode-se administrar cloreto de potássio intravenoso em associação com fluídos para hipocalcemia significativa (por exemplo, <2.8 mmol/L [<2.8 mEq/L]) quando os pacientes procuram o ambiente de cuidados médicos intensivos. A reposição simples pode fornecer a correção adequada, mas, se o paciente for refratário, pode ser em virtude de hipomagnesemia ou hipocalcemia concomitante. Essas deficiências devem ser corrigidas primeiramente.[42] [43]

Em curso

■ medicamento instável ou falha no tratamento ambulatorial

mais

internação hospitalar ± nutrição oral, enteral ou parenteral

Opções primárias

» alimentação oral

Geralmente, isso pode ser facilitado ao promover o contingente de privilégios sobre a ingestão calórica e o ganho de peso.

Opções secundárias

» alimentação nasogástrica

A realimentação por uma sonda de Dobbhoff também é possível. Aumento do risco de síndrome de realimentação. Essa modalidade pode ser mais efetiva que a realimentação oral, mas pode ser menos aceitável. 6733377 Touyz SW, Beaumont PJ, Glaun D, et al. A comparison of lenient patients with anorexia nervosa. Br J Psychiatry. 1984 May;144:517-20.

OU

» alimentação nasojejunal

Considerada se houver problemas de retardo de esvaziamento gástrico. Apresenta aumento do risco de síndrome de realimentação. Essa modalidade é mais efetiva que a realimentação oral, mas é menos aceitável. 6733377 Touyz SW, Beaumont PJ, Glaun D, et al. A comparison of lenient patients with anorexia nervosa. Br J Psychiatry. 1984 May;144:517-20.

Opções terciárias

» nutrição parenteral total

Raramente necessária e o método intravenoso apresenta aumento do risco de vários efeitos colaterais, inclusive a síndrome de realimentação.

» Os cuidados hospitalares podem ser clínicos ou psiquiátricos, dependendo do grau e da gravidade dos sintomas físicos e da experiência da unidade psiquiátrica no manejo da desnutrição.[36] Geralmente, recomenda-se cuidados de paciente hospitalizado para pacientes com peso excessivamente baixo (por exemplo, <75% do esperado), acentuada perda de peso e/ou evidências de complicações clínicas da doença, inclusive bradicardia significativa, hipotensão ou hipotermia, anormalidades laboratoriais (por exemplo, distúrbio eletrolítico, hipoglicemia) e

Em curso

instabilidade psiquiátrica, inclusive probabilidade de suicídio.[37]

» Geralmente, os pacientes abaixo do peso que não apresentam risco significativo de desenvolver síndrome de realimentação iniciam a alimentação terapêutica com prescrições calóricas de 1500-1800 kcal/dia. As prescrições calóricas podem aumentar 400 kcal/dia a cada 48-72 horas, caso os pacientes tolerem o nível calórico anterior, para alcançar uma alteração no peso de, aproximadamente, 1-2 kg/semana para pacientes hospitalizados (sendo 0.5-1 kg/semana mais comum em programas ambulatoriais). A necessidade calórica máxima em programas de tratamento cujo objetivo é ajudar os pacientes a alcançarem a restauração total do peso é de >3500 kcal/dia para mulheres e >4000 kcal/dia para homens. Os planos de refeições podem incluir suplementos líquidos associados a alimentos sólidos.[39] [40]

» Os pacientes que apresentam fatores de risco para a síndrome da realimentação requerem uma ingestão calórica inicial mais baixa, com aumento calórico durante um longo período, para mitigar esse risco.[38]

» Vitaminas e minerais (por exemplo, multivitamínico, fósforo, magnésio e cálcio) devem ser administrados até que a dieta do paciente contenha elementos suficientes para atender aos valores de referência alimentares indicados.[28] A suplementação de tiamina deve ser considerada.

» Avaliação e orientação alimentares por um nutricionista com experiência em realimentação são úteis para identificar deficiências específicas e desenvolver o plano ideal.[38]

» Quando possível, deve ser tentada inicialmente a restauração do peso por via oral. Se o paciente for incapaz ou não desejar tomar calorias por via oral, deve ser tentada a alimentação enteral. Isso pode ser feito por sonda nasogástrica ou por sonda de Dobhoff ou "duo" no interior do intestino delgado. Se o paciente tentar remover a sonda, poderá ser necessária a colocação cirúrgica de uma sonda, como um tubo de gastrostomia ou de jejunostomia.[34] [35] A ética deverá ser considerada nessas situações. O grau de voluntariedade em relação ao tratamento, a competência para a tomada de decisões clínicas e base legal para o tratamento involuntário são considerações comuns para indivíduos

Em curso

que necessitam de alimentação por sondas colocadas cirurgicamente.

» Durante o processo de realimentação, é necessário monitorar rigorosamente os valores laboratoriais, inclusive fosfato e glicose, sinais vitais, inclusive o peso, e outras evidências de acúmulo excessivo de líquidos. Para pacientes hospitalizados, normalmente, os valores laboratoriais devem ser monitorados diariamente, no início (duas vezes por dia, na presença de fatores de risco para a síndrome da realimentação).[38]

» Pacientes alimentados por métodos nasogástricos ou intravenosos apresentam risco elevado de síndrome de realimentação e precisam ser cuidadosamente monitorados. É necessária atenção imediata se houver alterações no estado mental, taquicardia, insuficiência cardíaca congestiva, dor abdominal, intervalo QT prolongado, níveis de potássio sérico <3 mmol/L (<3 mEq/L) e níveis de fosfato sérico <0.8 mmol/L (<2.5 mg/dL).[37] Um paciente com síndrome de realimentação normalmente precisará ser tratado por um médico experiente no tratamento dessa complicação que traz risco de vida e pode precisar ser tratado em uma unidade de terapia intensiva.

mais correção da ingestão de líquidos

» A ingestão de líquidos deve ser monitorada. Inicialmente, o paciente pode não ingerir a quantidade adequada de líquidos, sobretudo se os sintomas incluírem perda de líquidos por hábitos de purgação. Durante o tratamento, os pacientes podem consumir grandes quantidades de água para elevar de maneira falsa o peso monitorado, como parte de um plano comportamental. Pode ser necessário realizar uma supervisão adicional e/ou urinálise para determinar a gravidade específica e realizar a realimentação de maneira bem-sucedida, com os níveis adequados de consumo de líquidos.

adjunto reposição de potássio

Opções primárias

» **cloreto de potássio:** 40-100 mEq por via oral uma vez ao dia; 40 mmol em 1000 mL de NaCl a 0.9% por via intravenosa conforme necessário; a necessidade mínima é de 60 mmol por 24 horas se a função renal for normal (incluindo alimentação enteral/oral); em casos graves, com monitoramento por eletrocardiograma (ECG),

Em curso

são administrados 20 mmol em NaCl a 0.9% ao longo de 2-3 horas

» A hipocalemia frequentemente é resultante do abuso de purgação e/ou de laxativos. Deve ocorrer a reposição no início da realimentação, com uma ingestão mínima de 65 mmol por dia. A reposição simples pode fornecer a correção adequada, mas, se o paciente for refratário, pode ser em virtude de hipomagnesemia ou hipocalcemia concomitante. Essas deficiências devem ser corrigidas primeiramente.[42] [43]

» A suplementação oral de potássio, se for possível, é a melhor opção. Pode ser necessária suplementação intravenosa quando os níveis de cloreto de potássio estiverem muito baixos (por exemplo, <2.8 mmol/L [<2.8 mEq/L]).

adjunto reposição de magnésio

Opções primárias

» **sulfato de magnésio**: 10-20 mmol por via intravenosa uma vez ao dia
Utilizar apenas se reposição de potássio for refratária ou a suplementação oral não for tolerada pelo paciente.

» Se a hipocalemia for refratária à reposição com potássio, pode ser em virtude de hipomagnesemia concomitante. Essa deficiência deve ser corrigida primeiramente.[42] [43]

adjunto reposição de cálcio

Opções primárias

» **gluconato de cálcio**: 100-1000 mg por via intravenosa (administrar lentamente) inicialmente, pode repetir a cada 6 horas dependendo do nível de cálcio sérico e da resposta do paciente

OU

» **cloreto de cálcio**: 500-1000 mg por via intravenosa (administrar lentamente) inicialmente, pode repetir a cada 4-6 horas dependendo do nível de cálcio sérico e resposta do paciente

» Se a hipocalemia for refratária à reposição com potássio, pode ser em virtude de hipocalcemia concomitante. Essa deficiência deve ser corrigida primeiramente.[42] [43]

adjunto reposição de sódio

Em curso

» A hiponatremia na anorexia nervosa costuma ser o resultado do consumo de quantidades excessivas de água livre. O consumo de água pode fazer parte dos esforços do indivíduo para consumir alimentos não calóricos que saciam. Além disso, a água pode ser a bebida escolhida para repor os fluídos após a atividade física ou para fins de purgação, ou pode ser consumida como parte dos esforços do paciente para controlar o peso, com o objetivo de parecer que está restaurando o peso. Geralmente, a correção da hiponatremia é conseguida pela restrição de fluídos, aliada a um plano nutricional balanceado.^[42]

» A hiponatremia crônica geralmente tem um nível de sódio sérico ≤ 125 mEq/L. O tratamento deve ser realizado sob orientação de um especialista. Se ocorrerem sintomas graves (confusão, coma, convulsões), uma abordagem é administrar, inicialmente, solução salina hipertônica (a 3% contendo 513 mmol/L [513 mEq/L] de NaCl) ao longo de 1 a 2 horas para elevar o sódio em 4 a 6 mmol (4-6 mEq/L) e interromper as convulsões. A taxa é determinada pela fórmula a seguir. A alteração necessária no sódio sérico é multiplicada pela água corporal total. Esse valor é dividido pelo (sódio no líquido intravenoso - sódio sérico atual). Isso fornecerá o volume de líquido intravenoso necessário para reparar a perda. A água corporal total é igual ao peso corporal multiplicado por 0.6.

» Hiponatremia hipovolêmica é mais provável em pacientes com anorexia nervosa e pode acarretar convulsões. Um vez que as convulsões remitam, o paciente pode ser tratado com soro fisiológico a uma taxa de <0.5 mmol/L/hora (<0.5 mEq/L/hora) ou 12 mmol/L/dia (12 mEq/L/dia).

» Pode ser necessária restrição de líquidos em caso de hiponatremia dilucional.

■ com depressão

mais

inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs)

Opções primárias

» **fluoxetina**: 20-60 mg por via oral uma vez ao dia

OU

» **sertralina**: 100 mg por via oral uma vez ao dia

Em curso

■ **com transtorno
obsessivo-compulsivo**

mais

» Depressão é a comorbidade mais comum em pacientes com anorexia nervosa (AN).

» Os ISRSs costumam ser usados em indivíduos com anorexia nervosa, mas as evidências não suportam nenhum benefício mensurável para tratar os sintomas alimentares ou de humor nessa população. Sempre que possível, o uso de ISRSs deve ser evitado em pacientes com anorexia nervosa até que estejam novamente nutridos e tenham eletrólitos e frequência cardíaca normais.^{[61] [62]}

» É importante observar que os ISRSs não parecem ser eficazes em pacientes que não estejam consumindo o nível adequado de calorias ou que estejam abaixo do peso,^[63] devendo, portanto, ser usados em pacientes com o peso restaurado que tenham depressão.

terapias comportamentais

» O transtorno obsessivo-compulsivo é uma comorbidade comum em pacientes com AN. O tratamento inclui terapias comportamentais e farmacologia.

» As terapias de comportamento envolvem a interrupção das compulsões problemáticas e a tolerância da crescente ansiedade até que ela apresente remissão.

mais

inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs) ou clomipramina ou olanzapina

Opções primárias

» **fluoxetina**: 60 mg por via oral uma vez ao dia

OU

» **sertralina**: 200 mg por via oral uma vez ao dia

OU

» **clomipramina**: 75-150 mg por via oral uma vez ao dia

Opções secundárias

» **olanzapina**: 5-10 mg por via oral uma vez ao dia

» Esses medicamentos podem ser considerados, embora não haja evidências

Em curso

específicas de medicamentos eficazes durante a anorexia nervosa aguda.

» Sempre que possível, o uso de ISRSs deve ser evitado em pacientes com anorexia nervosa até que estejam novamente nutridos e tenham eletrólitos e frequência cardíaca normais. Citalopram e escitalopram devem ser evitados em pacientes com intervalo de QT prolongado e naqueles com distúrbios eletrolíticos (por exemplo, hipocalemia e hipomagnesemia).[61]

» A importância da realimentação para pacientes anoréxicos nervosos com baixo peso não pode receber ênfase excessiva, pois o baixo peso foi associado à exacerbação da obsessividade.

» Os antipsicóticos atípicos receberam atenção na anorexia nervosa devido às suas propriedades ansiolíticas, de resolução de delírios e ganho de peso. Olanzapina foi associada a uma melhora modesta no peso em vários estudos piloto controlados por placebo[64][65] e em um amplo ensaio clínico multilocal controlado por placebo.[66] Existem muito poucos relatos sobre o uso de olanzapina em adolescentes.[64] Deve-se tomar cuidado para diminuir e descontinuar o tratamento quando o paciente estiver próximo do peso corporal ideal. Antipsicóticos atípicos podem estar associados a intervalo QT prolongado.[67] Assim sendo, antes do uso de olanzapina, deve ser realizado e repetido periodicamente um ECG durante o tratamento. Outros antipsicóticos atípicos, como quetiapina, estão sendo estudados.

Novidades

Estimulação cerebral profunda (ECP)

Um pequeno (n=16) ensaio clínico aberto com mulheres adultas que sofrem de anorexia nervosa crônica e resistente ao tratamento que avaliou a estimulação cerebral profunda (ECP) do córtex cingulado subcaloso constatou que a ECP é bem tolerada e está associada a melhoras significativas e prolongadas nos sintomas relacionados ao humor e ao índice de massa corporal 12 meses após a cirurgia.^[68]

Recomendações

Monitoramento

Em caso de tratamento ambulatorial, deve ser acumulado peso a cada semana, até ser atingido um peso seguro. Adicionalmente, a bioquímica sérica, o hemograma completo e testes de função hepática e tireoidiana podem ser repetidos se o peso não aumentar e o quadro clínico do paciente piorar. Devem ser consideradas consultas de acompanhamento, com pesos, à medida que o paciente estabilizar. O paciente deve ser acompanhado por um nutricionista, por um clínico geral ou médico de família e por um psiquiatra, para monitoramento do progresso físico e emocional. Além disso, devem ser consideradas cintilografias ósseas anuais para monitoramento da perda óssea em pessoas que estão constantemente abaixo do peso.^[28]

Instruções ao paciente

Os pacientes devem ser informados sobre a importância de manter um peso saudável para proteção da fertilidade e para evitar consequências em longo prazo, muitas delas graves. Os pacientes devem ser incentivados a se dedicar à terapia e a recrutar o suporte de amigos e familiares, pois a luta muitas vezes pode ser longa.^[28]

Os pacientes também devem ser informados sobre a importância de evitar laxativos, enemas, diuréticos e eméticos. Os médicos devem explicar que os laxantes, enemas e diuréticos não reduzem a absorção de calorias e, portanto, não auxiliam na perda de peso.^[28] Eles devem estimular as pessoas com transtorno alimentar que vomitam a fazer exames clínicos e odontológicos regulares, evitar escovar os dentes logo após vomitar, utilizar enxágue bucal não ácido após vomitar e evitar alimentos e bebidas muito ácidos.^[28]

Durante a adolescência, os pacientes estão em fase de crescimento em termos de peso e altura. Os pacientes podem chegar a um peso ideal, mas precisam estar preparados para ganhar peso adicional com o tempo, para permanecer dentro de sua própria curva de crescimento. Os pacientes e seus pais devem ser educados a respeito disso. É útil conhecer a história de peso do adolescente para que sua curva de crescimento pessoal possa ser mostrada. O uso do quadro de crescimento com o peso do paciente e a história da altura muitas vezes ajuda a esclarecer a questão, possibilitando que o padrão de ganho de peso esperado seja discutido com o paciente.

Embora os exercícios possam ser muito úteis durante a recuperação de alguns pacientes ao promover um comportamento saudável e reduzir a ansiedade, eles podem se tornar problemáticos. Alguns pacientes se exercitam de forma pouco saudável: eles podem se exercitar para perder peso quando precisam ganhar peso ou podem se exercitar para compensar o consumo adequado de calorias. Nessas situações, o exercício deve ser desencorajado. Pacientes com transtorno obsessivo compulsivo comórbido podem ser particularmente propensos à prática de corrida em excesso. Nesses casos, pode ser necessário evitar a corrida.^[78] Quando o peso é restaurado, é recomendável redefinir a meta para que ela represente o condicionamento físico e não apenas a perda de peso.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
edema periférico secundário à realimentação	curto prazo	média

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<p>Comum no estágio inicial da realimentação, principalmente se houver abuso de laxativos ou purgação antes da internação.</p> <p>A presença de edema significativo durante a realimentação indica necessidade de monitoramento cuidadoso quanto a sinais e sintomas da síndrome de realimentação.</p> <p>A insuficiência cardíaca também deve ser descartada como possível etiologia.</p> <p>Regride em até 2 semanas sem intervenção, portanto o paciente deve ser tranquilizado.[42]</p>		
síndrome de realimentação	curto prazo	baixa
<p>Em virtude das rápidas reposições nutricionais, podem ocorrer trocas de líquidos, potencializadas por anormalidades eletrolíticas.</p> <p>O ventrículo esquerdo é incapaz de suportar o aumento de fluido, acarretando insuficiência cardíaca.</p> <p>Recomenda-se atendimento clínico de emergência com monitoramento cardíaco contínuo.</p>		
anemia	curto prazo	baixa
<p>Pode ser resultante de baixo índice de ferro, mas pode estar artificialmente elevada por causa da desidratação ou da hemodiluição no início do tratamento.</p> <p>Na desnutrição grave, a utilização do ferro é bloqueada; portanto, quantidades suplementares não podem ser utilizadas.</p> <p>Uma vez que a nutrição e os distúrbios metabólicos sejam corrigidos pela realimentação, a anemia deve ser corrigida.[42]</p>		
hipofosfatemia secundária à realimentação	curto prazo	baixa
<p>No início da alimentação enteral, o metabolismo de carboidratos aumenta e as reservas de fosfato podem se esgotar rapidamente.</p> <p>Adicionalmente, a alimentação pode conter quantidades inadequadas de fosfato.</p> <p>Nos casos graves, podem ocorrer insuficiência respiratória e cardíaca, delirium e convulsões.</p> <p>Suplementos de fósforo adicionais são necessários à medida que a terapia de realimentação inicia. Geralmente, a suplementação de fósforo é necessária por no máximo 2 semanas durante um programa de realimentação.[42]</p>		
hipomagnesemia secundária à realimentação	curto prazo	baixa

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<p>O processo de realimentação pode revelar anormalidades eletrolíticas, identificadas em exames laboratoriais.</p> <p>Hipomagnesemia pode ser a causa subjacente de baixas de potássio, cálcio e sódio refratárias.</p> <p>Podem ser usados suplementos orais com cautela, pois pode ocorrer diarreia, afetando ainda mais o equilíbrio hídrico.</p>		
deficiência aguda de tiamina secundária à realimentação	curto prazo	baixa
<p>No início da alimentação enteral, o paciente pode enfrentar grave deficiência em virtude de inanição prolongada.</p> <p>A suplementação de tiamina por via oral costuma ser usada quando a deficiência é identificada.[42]</p>		
amenorreia primária	longo prazo	alta
<p>A menstruação é interrompida por ≥ 3 meses.</p> <p>O ciclo se restaura com o retorno do peso normal.</p> <p>Existem algumas pacientes que continuam a menstruar mesmo quando seu peso diminui para níveis baixos. O motivo não é claro. Uma teoria é o conceito de "disponibilidade de energia". Essa teoria postula que, em algumas pacientes, o consumo de calorias equivalente às calorias gastas diminui a probabilidade do desenvolvimento de amenorreia.[75]</p>		
infertilidade em mulheres	longo prazo	alta
<p>As pacientes podem ser incapazes de conceber em decorrência de amenorreia.</p> <p>Geralmente reversível com retorno do peso normal, do ciclo menstrual regular e da restauração dos hormônios luteinizante (LH) e folículo-estimulante (FSH).</p>		
osteopenia	longo prazo	alta
<p>O aumento do risco de início da anorexia nervosa ocorre entre o meio e o final da adolescência, mais comumente no pico da formação óssea. A perda de densidade mineral óssea ocorre até 1 ano depois do início da anorexia nervosa na maioria das pacientes. Existe uma diminuição na formação óssea e um aumento na reabsorção. A osteopenia que ocorre nesses pacientes não responde à suplementação hormonal por via oral, mas pode responder ao estrogênio transdérmico. Um peso normal, alto o suficiente para estar associado à retomada da menstruação, é necessário para melhorar o metabolismo ósseo.[76]</p>		
osteoporose	longo prazo	alta

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<p>O aumento do risco de início da anorexia nervosa ocorre entre o meio e o final da adolescência, mais comumente no pico da formação óssea. A perda de densidade mineral óssea ocorre até 1 ano depois do início da anorexia nervosa na maioria das pacientes. Existe uma diminuição na formação óssea e um aumento na reabsorção. A osteoporose que ocorre nesses pacientes não responde à suplementação hormonal por via oral, mas pode responder ao estrogênio transdérmico. Um peso normal, alto o suficiente para estar associado à retomada da menstruação, é necessário para melhorar o metabolismo ósseo. Aconselhar os pacientes com anorexia nervosa e osteoporose ou doenças ósseas relacionadas que devem evitar atividades físicas de alto impacto e atividades que aumentem consideravelmente a chance de quedas ou fraturas.[28]</p>		
retardo de crescimento	longo prazo	média
<p>A desnutrição pode afetar os níveis dos hormônios do crescimento, desacelerando o crescimento normal.</p> <p>O crescimento normal é retomado depois do retorno ao peso normal.</p>		
fraturas esqueléticas	longo prazo	média
<p>Com baixa ingestão de cálcio e má absorção, a densidade óssea é especialmente baixa.</p> <p>Em um estudo prospectivo de 2 anos, o risco relativo de fraturas foi 7.0.[77]</p> <p>O paciente deve ser encaminhado a um especialista em ortopedia, conforme necessário.</p> <p>O paciente deve retornar ao peso normal por idade e altura.</p>		
poliúria	longo prazo	baixa
<p>Pode se desenvolver quando os rins perdem a capacidade de concentrar urina.</p> <p>A ingestão de calorias pelo paciente deve ser aumentada.</p> <p>Complicação reverte com o tratamento da anorexia nervosa.</p>		
fissuras labiais e bucais	longo prazo	baixa
<p>Decorrentes da deficiência de riboflavina (vitamina B2) em doença grave.</p> <p>A depleção deve ser reposta.</p>		
glossite e perda de paladar	longo prazo	baixa
<p>Decorrente de deficiências de ferro e zinco.</p> <p>O ferro deve ser repostado com cautela, pois a suplementação está associada à mortalidade mais elevada.</p>		
sangramento na gengiva	longo prazo	baixa
<p>Decorrente da deficiência de vitamina C.</p> <p>As vitaminas devem ser repostas.[42]</p>		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
insuficiência cardíaca congestiva	longo prazo	baixa
<p>Bradycardia e hipotensão são resultantes da baixa ingestão de calorias e fluidos.</p> <p>A função cardíaca pode declinar com essa atividade abaixo da normal, aumentando o risco de insuficiência cardíaca.</p> <p>O abuso de laxativos, enemas, diuréticos e eméticos cronicamente também aumenta o risco de insuficiência cardíaca. Como exemplo, a ipecacuanha (emético) tem toxicidade cardíaca direta.</p> <p>O paciente deve parar de usar erroneamente medicamentos de venda livre e retomar o peso normal.</p>		
motilidade gastrointestinal (GI) mais lenta	variável	alta
<p>Com restrições nutricionais e história de abuso de laxativos, o trato gastrointestinal tem sua motilidade reduzida.</p> <p>Havendo ganho de peso, o intestino geralmente retorna à normalidade.</p> <p>A ingestão de calorias pelo paciente deve ser aumentada.</p> <p>O tratamento inicial para motilidade gastrointestinal reduzida deve ser a substituição de alguns sólidos por líquidos. A eritromicina também pode facilitar o trânsito. Se necessário, o paciente pode ser tratado com metoclopramida. O risco de discinesia tardia precisa ser cuidadosamente avaliado nesses pacientes. Eles devem ser monitorados pelo menos a cada dois meses.</p> <p>Laxativos estimulantes devem ser evitados.</p>		
insuficiência renal crônica e aguda	variável	média
<p>A nefropatia hipocalêmica ocorre em 15% a 20% dos pacientes com anorexia nervosa.[74]</p> <p>Tanto a insuficiência renal aguda quanto a crônica ocorrem na anorexia nervosa e a causa mais comum é a hipocalcemia e a depleção de volume crônica.</p> <p>A taxa de filtração glomerular estimada para a creatinina sérica subestima o dano no rim; clearance da creatinina de 24 horas é uma forma de medida melhor, mas ainda assim subestima o dano.</p>		
complicações da gestação	variável	baixa
<p>Alto índice de bebês com baixo peso ao nascer e partos cesáreos. O efeito em longo prazo não é claro.[31]</p> <p>Considere cuidados pré-natais mais intensivos para gestantes com anorexia atual ou em remissão, para garantir uma nutrição pré-natal e desenvolvimento do feto adequados.[28]</p>		

Prognóstico

O prognóstico da anorexia nervosa é melhor quando a identificação e o tratamento começam no início da evolução da doença e quando o paciente alcança a restauração total do peso. O tratamento voltado para a recuperação é recomendado sempre, e a recuperação realmente ocorre, mesmo entre pacientes que permaneceram doentes por um longo período; porém, acredita-se que os pacientes mais jovens tenham um prognóstico melhor. Estudos de acompanhamento sugerem que cerca de 75% dos pacientes adolescentes com anorexia nervosa alcançam a recuperação total, embora o tempo de recuperação fique entre 3-5 anos.[69] Os índices de recidiva após a restauração aguda do peso são consideráveis entre pacientes adultos, e a anorexia nervosa crônica (também chamada de "anorexia grave e duradoura") pode se desenvolver em uma minoria considerável de pacientes.[69]

Desfechos em longo prazo

Depois de 10 a 15 anos de investigação, um estudo mostrou que mais de 75% dos pacientes se recuperou por completo.[69] Um estudo com 103 pacientes acompanhados por 12 anos mostrou que 88% deles ainda estavam vivos. Desses, 19% ainda tinham anorexia nervosa, 9.5% tinham bulimia nervosa, do tipo purgativo, 19% tinham transtorno alimentar sem outra especificação e 52.4% tinham se recuperado. Os resultados dos estudos mostraram 4 preditores principais de desfecho negativo em longo prazo: problemas sexuais, impulsividade, duração prolongada de anorexia e tratamento hospitalar de longa duração. Em uma revisão da literatura, o prognóstico desfavorável estava vinculado a um peso inicial mais baixo, relacionamentos familiares insatisfatórios, sexo masculino, purgação, falha na resposta ao tratamento e longa duração dos sintomas.[70]

Mortalidade

A taxa de mortalidade associada à anorexia nervosa é alta; estima-se que seja de 5% por década da doença.[71] Entre as doenças psiquiátricas, a anorexia nervosa apresenta uma das maiores taxas de mortalidade prematura (com risco de morte prematura aproximadamente 5 vezes maior que o de pares).[72] As principais causas de morte são complicações médicas ou suicídio.[33] [73]

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Eating disorders in Scotland: recommendations for management and treatment

Publicado por: Healthcare Improvement Scotland

Última publicação em:
2006

América do Norte

Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders

Publicado por: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

Última publicação em:
2015

Oceania

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders

Publicado por: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists

Última publicação em:
2014

Diretrizes de tratamento

Europa

Eating disorders: recognition and treatment

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2017

MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa

Publicado por: The Royal Colleges of Psychiatrists, Physicians and Pathologists

Última publicação em:
2014

Eating disorders in Scotland: recommendations for management and treatment

Publicado por: Healthcare Improvement Scotland

Última publicação em:
2006

Guidelines for the nutritional management of anorexia nervosa

Publicado por: Royal College of Psychiatrists

Última publicação em:
2005

Internacional

World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders

Publicado por: World Federation of Societies of Biological Psychiatry

Última publicação em:
2011 (re-affirmed 2016)

América do Norte

Promotion of healthy weight-control practices in young athletes

Publicado por: American Academy of Pediatrics

Última publicação em:
2017

Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders

Publicado por: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

Última publicação em:
2015

Guideline watch (August 2012): practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd edition

Publicado por: American Psychiatric Association

Última publicação em:
2012

Family-based treatment of children and adolescents with anorexia nervosa: guidelines for the community physician

Publicado por: Canadian Paediatric Society

Última publicação em:
2012 (re-affirmed 2018)

Oceania

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders

Publicado por: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists

Última publicação em:
2014

Recursos online

1. [Eating disorder assessment for DSM-5 \(EDA-5\) \(external link\)](#)
2. [Structured Clinical Interview for DSM-5 \(SCID-5\) \(external link\)](#)
3. [Maudsley Parents: a site for parents of eating disordered children \(external link\)](#)

Artigos principais

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Torpy JM, Burke AE, Glass RM. Anorexia nervosa. JAMA. 2006 Jun 14;295(22):2684.
- Halmi KA. A 24-year-old woman with anorexia nervosa. JAMA. 1998 Jun 24;279(24):1992-8.
- Yager J, Andersen AE. Clinical practice. Anorexia nervosa. N Engl J Med. 2005 Oct 6;353(14):1481-8.
- Zipfel S, Wild B, Groß G, et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. Lancet. 2014 Jan 11;383(9912):127-37.

Referências

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Carlat DJ, Camargo CA, Herzog DB. Eating disorders in males: a report on 135 patients. Am J Psychiatry. 1997 Aug;154(8):1127-32.
- Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. Curr Opin Psychiatry. 2006 Jul;19(4):389-94.
- Miller KK, Grinspoon SK, Ciampa J, et al. Medical findings in outpatients with anorexia nervosa. Arch Intern Med. 2005 Mar 14;165(5):561-6.
- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry. 2007 Feb 1;61(3):348-58.
- Torpy JM, Burke AE, Glass RM. Anorexia nervosa. JAMA. 2006 Jun 14;295(22):2684.
- Bryan-Waugh R, Lask B. Childhood-onset eating disorders. In: Fairburn GC, Brownell KD, eds. Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2002:210-4.
- Andersen AE. Eating disorders in males. In: Fairburn CG, Brownell KD, eds. Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2002:210-4.
- Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. Int J Eating Dis. 2003 Dec;34(4):383-96.
- Smink FR, van Hoeken D, Donker GA, et al. Three decades of eating disorders in Dutch primary care: decreasing incidence of bulimia nervosa but not of anorexia nervosa. Psychol Med. 2016 Apr;46(6):1189-96.

11. Steiner H, Kwan W, Shaffer TG, et al. Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003;12(suppl 1):138-46.
12. Nagel KL, Jones KH. Sociological factors in the development of eating disorders. *Adolescence*. 1992 Spring;27(105):107-13.
13. Becker AE. Television, disordered eating, and young women in Fiji: negotiating body image and identity during rapid social change. *Cult Med Psychiatry*. 2004 Dec;28(4):533-59.
14. Tao ZL. Epidemiological risk factor study concerning abnormal attitudes toward eating and adverse dieting behaviours among 12- to 25-years-old Chinese students. *Eur Eat Disord Rev*. 2010 Nov-Dec;18(6):507-14.
15. Bulik CM, Thornton LM, Root TL, et al. Understanding the relation between anorexia nervosa and bulimia nervosa in a Swedish national twin sample. *Biol Psychiatry*. 2010 Jan 1;67(1):71-7.
16. Kaye WH, Wierenga CE, Bailer UF, et al. Does a shared neurobiology for foods and drugs of abuse contribute to extremes of food ingestion in anorexia and bulimia nervosa? *Biol Psychiatry*. 2013 May 1;73(9):836-42. [Texto completo](#)
17. Solmi M, Veronese N, Correll CU, et al. Bone mineral density, osteoporosis, and fractures among people with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2016 May;133(5):341-51.
18. Misra M. Long-term skeletal effects of eating disorders with onset in adolescence. *Ann N Y Acad Sci*. 2008;1135:212-8.
19. Halmi KA, Casper RC, Eckert ED, et al. Unique features associated with age of onset of anorexia nervosa. *Psychiatr Res*. 1979 Oct;1(2):209-15.
20. Pawluck DE, Gorey KM. Secular trends in the incidence of anorexia nervosa: integrative review of population-based studies. *Int J Eat Disord*. 1998 May;23(4):347-52.
21. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, et al. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 May;56(5):468-76.
22. Makino M, Tsuboi K, Dennerstein L, et al. Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. *Med Gen Med*. 2004 Sep 27;6(3):49.
23. DiNicola-Vincenzo F. Anorexia multiforme: self-starvation in historical and cultural context: Il anorexia nervosa as a culture-reactive syndrome. *Transcult Psychiatr Res Rev*. 1990;27:245-86.
24. Halmi KA. A 24-year-old woman with anorexia nervosa. *JAMA*. 1998 Jun 24;279(24):1992-8.
25. Nevenon L, Norring C. Socio-economic variables and eating disorders: a comparison between patients and normal controls. *Eat Weight Disord*. 2004 Dec;9(4):279-84.

26. Rogers L, Resnick MD, Mitchell JE, et al. The relationship between socioeconomic status and eating-disordered behaviors in a community sample of adolescent girls. *Int J Eat Disord*. 1997 Jul;22(1):15-23.
27. Schoemaker C. Does early intervention improve the prognosis of anorexia nervosa? A systematic review of the treatment-outcome literature. *Int J Eat Disord*. 1997 Jan;21(1):1-15.
28. National Institute for Health and Care Excellence. Eating disorders: recognition and treatment. NICE guideline (NG69). May 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
29. Vincenzi BO. PANDAS and anorexia nervosa - a spotters' guide: Suggestions for medical assessment. *Eur Eat Disord Rev*. 2010 Mar;18(2):116-23.
30. Pritts SD, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *Am Fam Physician*. 2003 Jan 15;67(2):297-304. [Texto completo](#)
31. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet*. 2003 Feb 1;361(9355):407-16.
32. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2018. *Diabetes Care*. 2018 Jan 1;41(suppl 1):S1-159. [Texto completo](#)
33. Rosen DS. Eating disorders in children and young adolescents: etiology, classification, clinical features, and treatment. *Adolesc Med*. 2003 Feb;14(1):49-59.
34. Yager J, Devlin MJ, Halmi KA, et al; American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd edition. 2006 [internet publication]. [Texto completo](#)
35. Yager J, Devlin MJ, Halmi KA, et al. Guideline watch (August 2012): practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd Edition. 2012 [internet publication]. [Texto completo](#)
36. Hay P, Chinn D, Forbes D, et al; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014 Nov;48(11):977-1008. [Texto completo](#)
37. Yager J, Andersen AE. Clinical practice. Anorexia nervosa. *N Engl J Med*. 2005 Oct 6;353(14):1481-8.
38. The Royal College of Pathologists; Royal College of Physicians; Royal College of Psychiatrists. MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa. October 2014 [internet publication]. [Texto completo](#)
39. Haynos AF, Snipes C, Guarda A, et al. Comparison of standardized versus individualized caloric prescriptions in the nutritional rehabilitation of inpatients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2016 Jan;49(1):50-8. [Texto completo](#)
40. Garber AK, Sawyer SM, Golden NH, et al. A systematic review of approaches to refeeding in patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2016 Mar;49(3):293-310.
41. Okamoto A, Yamashita T, Nagoshi Y, et al. A behavior therapy program combined with liquid nutrition designed for anorexia nervosa. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2002 Oct;56(5):515-20.

42. Royal College of Psychiatrists. Guidelines for the nutritional management of anorexia nervosa. July 2005 [internet publication]. [Texto completo](#)
43. Fonseca V, Havard CWH. Electrolyte disturbances and cardiac failure with hypomagnesaemia in anorexia nervosa. *BMJ*. 1985 Dec 14;291(6510):1680-2.
44. Attia E, Walsh BT. Behavioral management for anorexia nervosa. *N Engl J Med*. 2009 Jan 29;360(5):500-6.
45. Pike KM, Walsh BT, Vitousek K, et al. Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2003 Nov;160(11):2046-9.
46. McIntosh VV, Jordan J, Carter FA, et al. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2005 Apr;162(4):741-7.
47. Schmidt U, Magill N, Renwick B, et al. The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2015 Aug;83(4):796-807.
48. Zipfel S, Wild B, Groß G, et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *Lancet*. 2014 Jan 11;383(9912):127-37.
49. Hay PJ, Claudino AM, Touyz S, et al. Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 27;(7):CD003909. [Texto completo](#)
50. Lock J, Le Grange D, Agras WS, et al. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Oct;67(10):1025-32. [Texto completo](#)
51. Robin AL, Siegel PT, Koepke T, et al. Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *J Dev Behav Pediatr*. 1994 Apr;15(2):111-6.
52. Eisler I, Simic M, Russell GF, et al. A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007 Jun;48(6):552-60.
53. Forsberg S, Fitzpatrick KK, Darcy A, et al. Development and evaluation of a treatment fidelity instrument for family-based treatment of adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2015 Jan;48(1):91-9.
54. Couturier J, Isserlin L, Lock J. Family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: a dissemination study. *Eat Disord*. 2010 May-Jun;18(3):199-209. [Texto completo](#)
55. Rutherford L, Couturier J. A review of psychotherapeutic interventions for children and adolescents with eating disorders. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Nov;16(4):153-7. [Texto completo](#)

56. Couturier J, Lock J. A review of medication use for children and adolescents with eating disorders. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Nov;16(4):173-6.
57. Aigner M, Treasure J, Kaye W, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2011 Sep;12(6):400-43. [Texto completo](#)
58. Walsh BT, Kaplan AS, Attia E, et al. Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006 Jun 14;295(22):2605-12.
59. Misra M, Klibanski A. Anorexia nervosa and bone. *J Endocrinol*. 2014 Jun;221(3):R163-76. [Texto completo](#)
60. Touyz SW, Beaumont PJ, Glaun D, et al. A comparison of lenient patients with anorexia nervosa. *Br J Psychiatry*. 1984 May;144:517-20.
61. MHRA. Citalopram and escitalopram: QT interval prolongation - new maximum daily dose restrictions (including in elderly patients), contraindications, and warnings. December 2011 [internet publication]. [Texto completo](#)
62. Wenzel-Seifert, K, Wittmann M, Haen E. QTc prolongation by psychotropic drugs and the risk of Torsade de Pointes. *Dtsch Arztebl Int*. 2011 Oct;108(41):687-93. [Texto completo](#)
63. Delgado PL, Miller HL, Salomon RM, et al. Tryptophan-depletion challenge in depressed patients treated with desipramine or fluoxetine: implications for the role of serotonin in the mechanism of antidepressant action. *Biol Psychiatry*. 1999 Jul 15;46(2):212-20.
64. Bissada H, Tasca GA, Barber AM, et al. Olanzapine in the treatment of low body weight and obsessive thinking in women with anorexia nervosa: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2008 Oct;165(10):1281-8.
65. Attia E, Kaplan AS, Walsh BT, et al. Olanzapine versus placebo for out-patients with anorexia nervosa. *Psychol Med*. 2011 Oct;41(10):2177-82.
66. Attia E. Who is willing to take olanzapine and why? An initial look at outpatient participants in an olanzapine vs placebo trial for anorexia nervosa. Presented at: XXII Annual Meeting of the Eating Disorders Research Society; 29 October 2016; New York, NY.
67. Alvarez PA, Pahissa J. QT alterations in psychopharmacology: proven candidates and suspects. *Curr Drug Saf*. 2010 Jan;5(1):97-104.
68. Lipsman N, Lam E, Volpini M, et al. Deep brain stimulation of the subcallosal cingulate for treatment-refractory anorexia nervosa: 1 year follow-up of an open-label trial. *Lancet Psychiatry*. 2017 Apr;4(4):285-94.
69. Strober M, Freeman R, Morrell W. Long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord*. 1997 Dec;22(4):339-60.

70. Walsh JME, Wheat ME, Freund K. Detection, evaluation, and treatment of eating disorders: the role of the primary care physician. *J Gen Intern Med*. 2000 Aug;15(8):577-90.
71. Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2006 Mar;39(2):87-100.
72. Franko DL, Keshaviah A, Eddy KT, et al. A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2013 Aug;170(8):917-25. [Texto completo](#)
73. Hsu LKG. Outcome of early onset anorexia nervosa: what do we know? *J Youth Adolesc*. 1996 Aug;25(4):563-8.
74. Bouquegneau A, Dubois BE, Krzesiski JM, et al. Anorexia nervosa and the kidney. *Am J Kidney Dis*. 2012 Aug;60(2):299-307.
75. Loucks AB, Verdun M, Heath EM. Low energy availability, not stress of exercise, alters LH pulsatility in exercising women. *J Appl Physiol*. 1998 Jan;84(1):37-46.
76. Mehler PS, MacKenzie TD. Treatment of osteopenia and osteoporosis in anorexia nervosa: a systematic review of the literature. *Int J Eat Disord*. 2009 Apr;42(3):195-201.
77. Rigotti NA, Neer RM, Skates SJ, et al. The clinical course of osteoporosis in anorexia nervosa: a longitudinal study of cortical bone mass. *JAMA*. 1991 Mar 6;265(9):1133-8.
78. Powers PS, Thompson RA. *The exercise balance*. Carlsbad, CA: Gurze Books; 2008.

Imagens

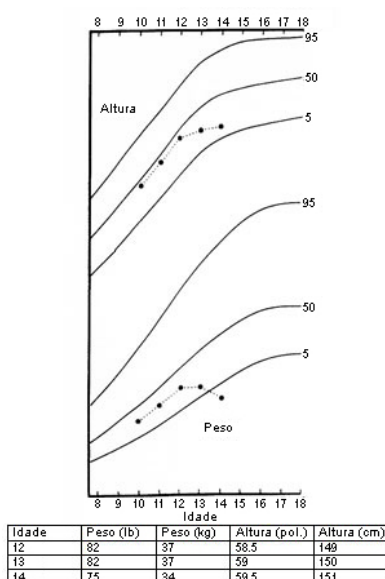


Figura 1: Altura e peso de uma garota entre as idades de 10 a 14.5 anos, traçados em contraste com os percentis de idade. Ela se sentiu mal aos 12 anos de idade e começou a perder peso. Ela só foi diagnosticada 2 anos mais tarde, aos 14 anos de idade. O médico teve dificuldade em reconhecer a perda de peso uma vez que a paciente não aumentou a altura nesse período de 2 anos.

Do acervo pessoal de Pauline S. Powers

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Evelyn Attia, MD

Professor of Psychiatry

Columbia University and Weill Cornell Medical College, New York, NY

DIVULGAÇÕES: EA receives research support from the National Institute for Mental Health (NIMH), research support from Eli Lilly & Co (medication only; no support since 2016), and royalties from UpToDate.

B. Timothy Walsh, MD

Professor of Pediatric Pharmacology

Department of Psychiatry, Columbia University, New York, NY

DIVULGAÇÕES: BTW has received royalties from Guilford Press, McGraw-Hill, and UpToDate for authorship.

// Reconhecimentos:

Professor Evelyn Attia and Professor B. Timothy Walsh would like to gratefully acknowledge Dr Pauline S. Powers and Dr Abby M. Irwin, previous contributors to this topic. PSP and AMI declare that they have no competing interests.

// Colegas revisores:

Heather Thompson-Brenner, MD

Director

Eating Disorders Program Center for Anxiety and Related Disorders, Psychology Department, Boston University, Boston, MA

DIVULGAÇÕES: HTB declares that she has no competing interests.