

Actualizaciones en el manejo intrahospitalario de la anorexia nerviosa: recomendaciones prácticas

NICOLE VÁSQUEZ¹, PASCUALA URREJOLA^{2,3}, MELINA VOGEL^{1,3}

¹Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

²Departamento de Gastronomía infantil, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

³Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Este trabajo no contó con financiamiento externo. Conflictos de interés: Ninguno.

Recibido el 11 de diciembre de 2015, aceptado el 7 de septiembre de 2016.

Correspondencia a:
Dra. Melina Vogel
Jefa Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria
Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
melina.vogel@gmail.com

An update on inpatient treatment of anorexia nervosa: practical recommendations

Anorexia Nervosa (AN) is the psychiatric illness with the highest mortality, especially if it is associated with psychiatric and somatic comorbidity. Medical complications can be multiple and jeopardize the normal development of children and adolescents, even permanently. Although its prevalence is lower compared with other psychiatric disorders, its tendency to chronicity and the severity of its consequences are remarkable. Although outpatient treatment of anorexia is privileged as far as possible, the risks associated with poor response to treatment or lack of adherence of the patient or family, require the possibility of hospitalization at any time of the disease. We searched and analyzed the national and international literature available (especially clinical guidelines) about the indication for hospital treatment in AN and the interventions recognized as necessary and effective during hospitalization. Despite the lack of standardized criteria for hospitalization, the available information converge on the need for a multidisciplinary work by a specialist team, to make family interventions especially in adolescents and tailor treatment according to the individual physical, psychological and social needs.

(Rev Med Chile 2017; 145: 650-656)

Key words: Anorexia; Eating; Feeding and Eating Disorders; Inpatients.

La anorexia (AN) es un trastorno psiquiátrico severo, con consecuencias físicas y psicológicas habitualmente devastadoras. Se caracteriza por bajo peso, restricción alimentaria e intenso temor a engordar, pudiendo asociarse también a conductas anormales para evitar subir de peso, como ejercicio físico extenuante, uso de laxantes o diuréticos, o la autoprovocación del vómito. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres¹ y suele debutar en la adolescencia o adultez temprana². Su prevalencia a nivel mundial es de 0,4%, mientras que en Chile no se cuenta con cifras específicas para este trastorno³. Es una de las principales causas de AVISA en mujeres jóvenes y su costo por caso es al menos similar al de la esquizofrenia⁴. Por otra parte, se ha

demostrado que su detección y tratamiento precoz mejora el pronóstico, disminuyendo su cronificación y sus complicaciones tanto médicas como psiquiátricas⁵⁻⁷. A propósito de la importancia de su detección precoz y del impacto negativo de esta patología, tanto individual como social, la quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de la Academia Americana de Psiquiatría³ incorpora cambios recientes en los criterios diagnósticos de la AN que permiten su pesquisa de manera menos excluyente (particularmente durante la adolescencia), especificando subtipos purgativo y restrictivo, y categorizando por gravedad según el índice de masa corporal (IMC) (Figura 1).

Aunque este trastorno presenta una baja prevalencia, sus consecuencias pueden ser tan

- A. Restricción de la ingesta calórica en relación a los requerimientos que lleva a un bajo peso significativo en el contexto de edad, género, momento del desarrollo y salud física. Bajo peso significativo se define como un peso menor al mínimo normal o, para niños y adolescentes, menor al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a subir de peso o volverse gordo/a, o conducta persistente que interfiere con el aumento de peso, aún teniendo un bajo peso significativo.
- C. Alteración en la manera que se experimenta la propia silueta o el propio peso, exagerada influencia del peso o de la forma corporal en la autoevaluación, o persistente falta de reconocimiento de la seriedad del bajo peso corporal actual.

Figura 1. Criterios diagnósticos DSM-5.

devastadoras y su tratamiento ser de tal complejidad, que algunos autores la sitúan como uno de los trastornos más serios de la psiquiatría^{8,9}. Se le ha atribuido una tasa de mortalidad 6,5 veces mayor que la población general¹⁰, mientras que algunos autores la destacan como la enfermedad psiquiátrica con mayor riesgo de muerte⁹, siendo el suicidio responsable de 20 a 30% de su letalidad^{8,9,11}. Las complicaciones médicas de la desnutrición pueden ser múltiples y poner en riesgo el desarrollo normal del adolescente, incluso en forma permanente¹².

A pesar que se privilegia su manejo ambulatorio, los riesgos asociados a una mala respuesta al tratamiento o a la falta de adherencia del paciente o su familia, requieren de la posibilidad de un abordaje intrahospitalario en cualquier momento de la enfermedad. Sin embargo, existe poco consenso respecto a cuáles son las estrategias más eficaces para el manejo dentro del hospital: los equipos médicos pueden enfrentarse con frecuencia a las graves dificultades de manejo de las complicaciones de la desnutrición y, a la vez, a los constantes sabotajes de los pacientes frente a la realimentación. Cabe destacar la difusión mediática de casos recientes de pacientes con AN que fueron tratados en unidades médicas intrahospitalarias, pero que, por falta de experiencia en su manejo, se deterioraron y fallecieron por problemas psiquiátricos y complicaciones médicas, como el síndrome de realimentación o una prescripción calórica inapropiadamente baja.

En virtud de lo anterior, este artículo busca

revisar y sintetizar las recomendaciones disponibles, tanto a nivel nacional como internacional, que se refieran a la indicación de tratamiento intrahospitalario en la AN y a las intervenciones reconocidas como necesarias y eficaces durante la hospitalización.

Material y Método

Se realiza búsqueda en inglés y español, usando Pubmed, PsycInfo, Epistemonikos, Google Académico y Scielo, con los siguientes términos: *anorexia nerviosa, anorexia nerviosa, eating disorders, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de alimentación, inpatient, inpatient treatment, hospitalization, manejo intrahospitalario, tratamiento intrahospitalario*. Se revisan estudios descriptivos, randomizados controlados, meta-análisis y guías clínicas sustentadas por la evidencia científica internacional entre los meses de mayo y julio de 2015. Las guías clínicas mostraron recomendaciones más concretas y sistematizadas respecto al tratamiento intrahospitalario de la AN, por lo cual sólo fueron incluidas estas últimas en los resultados.

Resultados

La evidencia sobre el manejo intrahospitalario de pacientes con AN está en pleno desarrollo. Muchas de las recomendaciones se basan en opiniones de expertos, en ausencia de evidencia significativa de estudios controlados u otras investigaciones sistemáticas. La dificultad de generar estudios de alto nivel de evidencia se debe, entre otras cosas, al bajo número de casos, la falta de condiciones control válidas y el uso de diferentes aproximaciones terapéuticas en las cuales los elementos de tratamiento individuales no son descritos.

En el Anexo 1, se detallan los aspectos más relevantes de cada guía clínica por separado: 1) Descripción del equipo de trabajo y población objetivo; 2) Evaluación del riesgo (elementos clínicos -tanto médicos como psiquiátricos- que predicen un peor pronóstico a corto plazo); 3) Indicaciones de hospitalización; 4) Principales aspectos nutricionales, psiquiátricos y psicoterapéuticos del manejo intrahospitalario de estas pacientes. La Tabla 1 presenta un resumen de dichas recomendaciones.

Tabla 1. Resumen comparativo Guías Clínicas

	NICE	APA	MARSIPAN Junior	Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists	CEDD
Aspectos Generales		Evaluación y manejo por equipo interdisciplinario Manejo ambulatorio como primera alternativa Incorporación de los padres en la evaluación y manejo de niños y adolescentes			
Énfasis de la Guía	Trastornos de alimentación (AN, BN y Atípicos), adultos, adolescentes y niños > 8 a. No específica de manejo intrahospitalario	Trastornos de alimentación (AN, BN y TA). Niños, Adolescentes y Adultos	Pacientes graves hospitalizadas en unidades médicas. Adultos Niños y Adolescentes	Anorexia nervosa. Incluye intervenciones generales, tanto ambulatorias como intrahospitalarias	Manejo intrahospitalario de trastornos de TCA (Anorexia, Bulimia, TA y TCANE) en adultos
Evaluación del riesgo	No detalla	Niveles múltiples: 1) sin-tomas TCA; 2) condición médica; 3) salud mental y seguridad; 4) familiar	Evaluación clínica con criterios flexibles	No detalla	No detalla
Indicaciones de hospitalización	Falla de tratamiento ambulatorio, riesgo de suicidio/autoagresiones, o riesgo físico moderado/alto	Establece indicaciones en detalle y criterios de hospitalización médica inmediata (Tabla 3)	No establece criterios específicos. Enfatiza la evaluación clínica	Según complicaciones médicas, conducta del paciente y ambiente psicosocial (diferencia entre niños y adultos)	Indicaciones de hospitalización inmediata en distintos contextos según gravedad médica del paciente
Manejo nutricional	Aumento de peso semanal 0,5-1 Kg (3.500-7.000 cal/extra/sem). Preferencia alimentación vía oral. Suplementación vitamínica Incorporación de la familia (niños y adolescentes)	Aumento de peso de 900-1.400 g/sem (inicio 30-40 cal/kg/d, luego aumentar hasta 70-100 kcal/kg/d). Preferencia alimentación vía oral. Peso al alta no es criterio único. Suplementar Calcio y Vitamina D	Preferencia alimentación oral. Inicio ingesta calórica: a) Cama especializada TCA: 20 kcal/kg/d; b) Cama médica general o riesgos de Sd. realimentación: 5-10 kcal/kg/d. Reevaluación frecuente	Preferencia alimentación vía oral. Iniciar con 600-800 kcal/d, aumentar 300 kcal cada 3 días. Peso bismensual. Peso al alta cercano a lo normal	Alimentación preferente vía oral (inicio con 1.800 cal/d, llegar a 2.400-2.600 cal/d). Peso matinal Suplementación vitaminas y minerales
Manejo psiquiátrico/enfermería	Fármacos no serían primera alternativa ni indicación aislada. Atención a efectos adversos	Fármacos no serían primera alternativa ni indicación aislada, especialmente en manejo agudo	Descanso en cama. Monitorear fluidos. Supervisar comidas, duchas y baños. Evitar ejercicio. Evaluación ideas suicidas y de baja de peso. Manejo cuidadoso de fármacos	Evidencia insuficiente de manejo farmacológico Antidepresivos, Olanzapina	Supervisión constante de comidas, baño y duchas, comportamientos de alimentación alterados. No detalla manejo farmacológico
Manejo psicológico	Estructurada y focalizada en conducta alimentaria. Importante intervención familiar en niños y adolescentes	Terapia familiar en niños y adolescentes. Psicoterapia individual poco efectiva en contexto agudo	No detalla	Terapia familiar, especialmente en niños y adolescentes. Consejería nutricional	No detalla

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence; APA: American Psychiatric Association; MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa; CEDD: Centre for Eating and Dieting Disorders; AN: Anorexia Nerviosa, BN: Bulimia Nerviosa, TA: Trastorno por atracones; TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria; TCANE: Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado.

Los principales objetivos propuestos de la hospitalización en AN consisten en prevenir las complicaciones médicas secundarias a la desnutrición, manejar la comorbilidad psiquiátrica, contener el riesgo suicida si existe y alimentar en forma segura, evitando los riesgos de un síndrome de realimentación. Cada guía clínica revisada establece distintos criterios de hospitalización y, al mismo tiempo, énfasis diferentes en los procesos terapéuticos durante el período intrahospitalario. Sin embargo, hay conceptos que se repiten y que pudieran establecerse como recomendaciones generales: el énfasis en priorizar el manejo ambulatorio cuando sea posible, la importancia de la evaluación y manejo intrahospitalario por un equipo interdisciplinario y especializado que trabaje en forma coordinada, y que sostenga reuniones frecuentes -con la presencia concertada de médicos, psicólogos y nutricionistas- y la incorporación de los padres/cuidadores en la evaluación y manejo en el caso de niños y adolescentes.

El manejo intrahospitalario de la AN es necesario frente a condiciones clínicas diversas que no sólo dependen del IMC, como son la velocidad y cronicidad de la pérdida de peso, el estado cardiovascular, anormalidades en el ECG, deshidratación, disminución de temperatura corporal, anormalidades bioquímicas, comportamiento en relación a la alimentación, adherencia al plan de manejo, actividad y ejercicio, riesgo de autoagresión y suicidio, comorbilidad psiquiátrica o sospecha de delirium, entre otras (Tabla 2). Las indicaciones de hospitalización son más flexibles en algunas guías que en otras; en el caso de niños y adolescentes, se destaca la evaluación del funcionamiento familiar y las posibles consecuencias sobre el desarrollo físico y psicológico de la AN en caso de cronificarse la sintomatología.

En el manejo nutricional, se privilegia la realimentación evitando suplementos alimenticios, en un contexto de acompañamiento cercano y motivante, que incorpore especialmente a los padres/cuidadores en el caso de niños y adolescentes. En caso que la alimentación oral no sea posible, puede recurrirse a la alimentación con fórmula o al uso de SNG (diurna o aporte nocturno más alimentación convencional). La alimentación parenteral no está recomendada como manejo inicial. El inicio de la ingesta calórica plantea diferencias según el grupo de trabajo, con enfoques más

conservadores en algunos casos que inician con ingesta aprox de 1.000 cal/día y otros que inician con ingestas mayores de 1.800 cal/día. En ambos casos recomiendan prestar atención al síndrome de realimentación y aumentar lenta y progresivamente la ingesta, además de suplementar con vitaminas y minerales.

En cuanto a las medidas conductuales durante la hospitalización, el apoyo del equipo de enfermería en la supervisión del paciente es fundamental: es necesario prestar atención al uso cotidiano de duchas y baños, evitar la actividad física exagerada o la autoagresión, además de favorecer un ambiente contenedor que promueva una conducta alimentaria normal y evite las conductas alimentarias aberrantes con el fin de disminuir la ingesta calórica.

El uso de psicofármacos no tiene un rol específico en el tratamiento intrahospitalario; su uso debe analizarse juiciosamente en cada caso de acuerdo al perfil sintomático y estado clínico de cada paciente. Por otra parte, es esperable que muchos de los síntomas psiquiátricos presentados por los pacientes respondan en forma favorable a la realimentación^{18,19}. Particularmente, los antipsicóticos atípicos han mostrado utilidad para el manejo de la obsesividad y agitación presentes en estas pacientes²⁰.

La intervención familiar es habitualmente recomendada en niños y adolescentes, con evidencia creciente de que realizar este trabajo en forma precoz permitiría evitar el desarrollo de formas más persistentes de la enfermedad²⁰. La psicoterapia individual durante la hospitalización no ha mostrado suficiente evidencia en favorecer la recuperación nutricional, aunque algunas intervenciones específicas han mostrado efectos positivos, tales como la terapia de remediación cognitiva que se asocia a una mejoría en la flexibilidad cognitiva y en la coherencia central, y el entrenamiento de habilidades sociales que mejoraría la adherencia al tratamiento intrahospitalario²¹. La investigación de las intervenciones psicoterapéuticas en anorexia (la mayoría de ellas en contexto de manejo ambulatorio) se encuentra en plena expansión, aunque aún se requiere de estudios randomizados controlados de mayor tamaño y de seguimientos a más largo plazo para dar clara cuenta de su eficacia, tanto en reducir los síntomas de la enfermedad, como en mejorar la calidad de vida de las pacientes²².

Tabla 2. Tabla comparativa de indicaciones de hospitalización en AN

APA	Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists	CEDD		
Indicaciones Generales Disminución rápida o persistente en la ingesta oral. Disminución en el peso a pesar de maximizar las intervenciones ambulatorias o de hospitalización parcial. Estresores adicionales que interfieren alimentación. Peso inestable en el pasado. Comorbilidad psiquiátrica.	Situación médica Adultos: FC < 40 lpm, PA < 90/60 mmHg, Hipokalemia, Otras alteraciones electrolíticas, T° < 36 °C, cambios ortostáticos (↑ FC > 20 lpm, ↓ PA > 20 mmHg). Niños: FC < 50 lpm, PA < 80/50 mmHg, hipokalemia, hipofosfatemia	Riesgo alto (setting psiquiátrico o médico)	Riesgo extremo (hospitalización médica aguda)	
Hospitalización médica inmediata Hipotensión ortostática marcada (↑ FC 20x' o ↓ en PA 20 mmHg) Bradicardia < 40 lpm Taquicardia > 110 lpm Temperatura corporal < 36 °C	Suicidalidad Plan activo	Peso IMC < 16	IMC < 14	
	Peso Adultos: IMC < 14, pérdida rápida de peso Niños: pérdida rápida de peso	Pérdida de peso Rápida pérdida de peso (ej. 1 Kg/sem durante varias semanas) Disminución severa de la ingesta oral (< 1.000 Kcal/día), Pérdida de peso continua		
	Cogniciones anoréxicas Preocupación continua, cooperación sólo en tratamiento altamente estructurado	PA sistólica < 90 mmHg,	< 80 mmHg	
	Comorbilidad Otro trastorno psiquiátrico que requiera hospitalización	PA postural Caída de la PA > 10 mmHg al ponerse de pie	Caída de la PA > 20 mmHg	
	Alimentación Necesidad de supervisión de todas las comidas, alimentación nasogástrica	Frecuencia cardíaca	< 40l pm o > 110 lpm o taquicardia postural significativa (> 10 lpm)	
	Ejercicio Necesidad de recordar limitación y/o modificar conducta	Temperatura < 35,5 °C	< 35 °C	
	Purgas y vómitos Compulsivos o no controlados	ECG	Arritmias	
	Ambiente Problemas familiares severos	Glicemia < 54 mg/L	< 45 mg/dL	
	Disponibilidad de tratamiento Requerimiento de lugar residencial	Sodio < 130 mmol/L	< 125 mmol/L	
		Magnesio 1,7-2,43 mg/dL	< 1,7 mg/dL	
		Fosfato 2,46 mg/dL	< 0,8 mmol/L	
		Albúmina < 35/L	< 30/L	
		Enzimas hepáticas Levemente elevadas	Marcadamente elevadas (SGOT o SGPT > 500)	
		Neutrófilos < 2,0 x 10 ⁹ /L	< 1,0 x 10 ⁹ /L	
		Síntomas Severos de TCA Vómitos > 4/día o sin control, BN con hipokalemia, uso excesivo de laxantes		
		Evaluación del riesgo Ideaación suicida, autoagresiones activas, agitación u otras condiciones psiquiátricas que requieren hospitalización		
		Otras Falla de tratamiento ambulatorio o disfunción familiar severa		

APA: American Psychiatric Association; CEDD: Centre for Eating and Dieting Disorders; FC: frecuencia cardíaca; IMC: índice de masa corporal; PA: presión arterial; lpm: latidos por minuto; T: temperatura; SGOT: transaminasa oxalacética sérica; SGPT: transaminasa pirúvica sérica.

Respecto a la extensión de la hospitalización, la información es escasa. Lograr la recuperación nutricional o acercarse a ésta durante el tratamiento intrahospitalario se ha relacionado con mejor evolución, en términos de menor frecuencia de recaídas y re-hospitalizaciones.

Discusión

Si bien existe consenso entre las guías sobre algunas generalidades del tratamiento de la AN, no existen propuestas de tratamiento estandarizados que ayuden a estructurar de manera más universal las decisiones clínicas frente a estos pacientes. Es destacable la escasez de guías clínicas Latinoamericanas sobre el tema, aún más de AN y su manejo más especializado a nivel intrahospitalario. Por lo mismo, no fue posible incluir alguna guía que tratara este tema en un contexto distinto al europeo o norteamericano.

La escasez y heterogeneidad de estudios clínicos randomizados y controlados, dificulta la inclusión de evidencia de mejor calidad en nuestra revisión. Si bien esto puede verse como una debilidad, las guías clínicas han sido un recurso valioso al basarse en recomendaciones de grupos de expertos y entregar información práctica. La información disponible sobre el tema no ha tenido mayores cambios en los últimos años, es por esto que algunas de estas guías no se encuentran actualizadas.

El adecuado manejo de la AN es altamente relevante considerando que se trata de una enfermedad con alto riesgo de cronificación, con una prevalencia en expansión a nivel mundial, y con evidencia científica creciente para ser considerada, junto a otros trastornos alimentarios, dentro de las principales causas de discapacidad en adolescentes. Hasta ahora los aspectos preventivos de una política de salud mental no han sido suficientemente implementados en nuestro país, como tampoco existe una adecuada cobertura para los problemas psiquiátricos más complejos, particularmente respecto a su tratamiento intrahospitalario. Una fortaleza de esta revisión es proporcionar información que sirva de referencia práctica sobre el abordaje intrahospitalario de una patología de difícil manejo y mal pronóstico, a la cual, tanto médicos especialistas, como no especialistas, se verán probablemente enfrentados. Al no existir

guías nacionales al respecto, este es un primer intento de resumir la información proveniente de distintos centros dedicados por largo tiempo al manejo de estos pacientes, en virtud de que estas recomendaciones puedan ser adaptadas a nuestra realidad local, tanto en hospitales generales, como en servicios de psiquiatría.

Referencias

1. Smink F, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14: 406-14.
2. Espie J, Eisler I. Focus on anorexia nervosa: modern psychological treatment and guidelines for the adolescent patient. *Adolesc Health Med Ther* 2015; 6: 9-16.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5. (5th Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
4. Vos T, Mathers C, Herrman H, Harvey C, Gureje O, Bui D, et al. The burden of mental disorders in Victoria, 1996. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36: 53-62.
5. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, et al. Epidemiology and course of Anorexia Nervosa in the Community. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1259-65.
6. Steinhausen H. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1284-93.
7. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent Eating Disorders: Update on Definitions, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2015; 24 (1): 177-96.
8. Sullivan P. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995, 152 (7): 1073-4.
9. Arcelus J, Mitchell A, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68 (7): 724-31.
10. Suokas J, Suvisaari J, Gissler M, Löfman R, Linna M, Raevuori A, et al. Mortality in eating disorders: A follow-up study of adult eating disorder patients treated in tertiary care, 1995-2010. *Psychiatry Res* 2013; 210: 1101-6.
11. Papadopoulos F, Ekblom A, Brandt L, Ekselius L. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 2009; 194: 10-7.
12. Work Group on Eating Disorders. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, Third Edition. American Psychiatric Association 2006.

13. National Institute for Health and Clinical Excellence. Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders: Clinical Guideline 9. London, National Institute for Clinical Excellence, 2004.
14. Royal College of Psychiatrists. Junior MARSIPAN: Management of Really Sick Patients under 18 with Anorexia Nervosa. College Report 168. London, UK: Royal College of Psychiatrists 2012.
15. The Royal College of Psychiatrists, Physician and Pathologists. MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa. College Report CR189. London, UK: Royal College of Psychiatrists 2014.
16. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrist Clinical Practice Guidelines Team for Anorexia Nervosa. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa. *Aust N Z J Psychiatry* 2004; 38: 659-70.
17. Centre for Eating and Dieting Disorders. Guidelines for the Inpatient Management of Adult Eating Disorders in General Medical and Psychiatric Settings in NSW. NSW Ministry of Health 2014.
18. Tobey JA. The Biology of Human Starvation. *Am J Public Health Nations Health* 1951; 41 (2): 236-7.
19. Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2215-21.
20. Fitzpatrick KK, Lock J. Anorexia nervosa. *BMJ Clin Evid* 2011; 2011: 1011.
21. Suárez-Pinilla P, Peña-Pérez C, Arbaizar-Barrenechea B, Crespo-Facorro B, Del Barrio JA, Treasure J, et al. Inpatient treatment for anorexia nervosa: a systematic review of randomized controlled trials. *J Psychiatr Pract* 2015; 21 (1): 49-59.
22. Hay PJ, Claudino AM, Touyz S, AbdElbaky G. Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; (7): CD003909.