



Clinical predictors of early response to an Intensive Outpatient Program for patients with Eating Disorders.

Juanita Gempeler, Maritza Rodríguez, Adriana Rogelis, Camila Patiño, Carolina Eraso, Veronica Pérez, Vanessa Mateus

EQUILIBRIO, Outpatient Program for ED treatment.
Bogotá, Colombia.

INTRODUCTION

Si bien varios estudios han establecido el valor predictivo de la ganancia de peso temprana en el desenlace de pacientes con AN, y la supresión de atracones y vómitos en las pacientes con BN, existen muy pocos datos que permitan predecir la probabilidad de respuesta temprana al tratamiento ambulatorio intensivo y el papel que puedan jugar otras variables de pronóstico en el desenlace.

Esta información es crucial para predecir la respuesta clínica temprana en un modelo de atención ambulatoria intensiva.

OBJECTIVES

- Identificar subgrupos de pacientes con TCA asistentes a un Programa Ambulatorio Intensivo después de las primeras 4 y 16 semanas de tratamiento, según la respuesta a los objetivos terapéuticos y las características clínicas al ingreso.
- Conocer el papel de la cronicidad, disfunción familiar, comorbilidades, historia de abuso y BMI al momento de la admisión, en la respuesta temprana a tratamiento.

METHODS

Población de Estudio: Se analizó la respuesta a tratamiento a un Programa Ambulatorio Intensivo (PAI) en 107 mujeres entre 11 y 61 años con un diagnóstico DSM-IV de AN y BN que recibieron tratamiento ambulatorio.

Procedure: Todas las pacientes fueron evaluadas médicamente para excluir riesgo vital que ameritara hospitalización total. Asistieron al PAI 5 días a la semana entre el mediodía y las 6:30 pm. Cada una tuvo dos terapeutas individuales (Psiquiatra y Psicóloga) para Terapia de orientación psicodinámica y seguimiento médico y CBT respectivamente. El protocolo multimodal de intervención del PAI se resume en la **Tabla 1**.

Al ingreso se aplicaron criterios diagnósticos DSM IV para TCA y comorbilidades del Eje I y II. Además, se usaron pruebas de apoyo como Escala de Depresión de Hamilton, Yale Brown for Obsessions and Compulsions Scale y su variante YBC-EDS para síntomas de TCA. El control de peso y signos vitales se realizó diariamente.

Predictors Variables: En la **Tabla 2** se observan las variables incluidas en el análisis.

Outcome: The main outcome variable was the response to treatment defined at week 4th and 16th. Response criteria are listed in Table 3.

CBT grupal sessions: twice a week
DBT grupal session: twice a week
Expressive grupal therapy: once a week
Body Image group: once a week
Artistic Therapy: once a week
Nutritional counseling: twice a week with exposition to meals
Therapeutics meals (lunch and snack every day)

Age
Chronicity of ED symptoms
BMI at admission
Comorbidities
Family Dysfunction
Suicide Attempt
History of sexual or physical abuse
Self-injury behaviors
Previous inpatient treatment

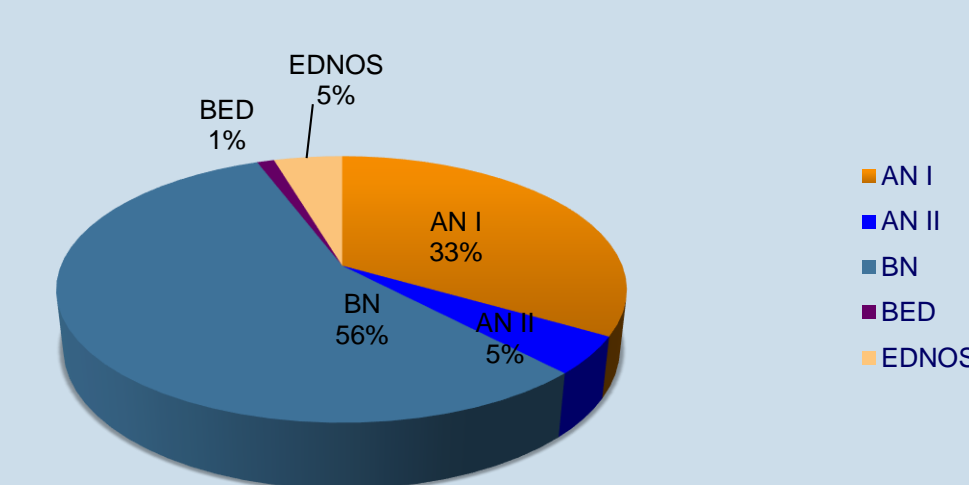
Table 3. Response criteria* at weeks 4th and 16th

ANOREXIA NERVIOSA Semana 4	ANOREXIA NERVIOSA Semana 16	BULIMIA NERVIOSA Semana 4	BULIMIA NERVIOSA Semana 16
Detención de curva de descenso de peso y recuperación de 300-500 gr./semana en AN.	IMC normal	Estabilización de peso en IMC normal	Estabilización de peso en IMC normal
Flexibilización de patrón de ingesta y logro de 5 comidas al día.	Flexibilización de patrón de ingesta y logro de 5 comidas al día con todos los grupos de alimentos.	Flexibilización de patrón de ingesta y logro de 5 comidas al día.	Flexibilización de patrón de ingesta y logro de 5 comidas al día con todos los grupos de alimentos.
Reducción de comportamientos de purga o compensación	Desaparición de conductas de purga o compensación	Reducción de por lo menos el 70% de atracones y conductas de purga vómitos o ejercicio compensatorios.	Desaparición de atracones y conductas de purga vómitos o ejercicio compensatorios.
Motivación al cambio en fase de Acción.	Motivación al cambio en fase de Mantenimiento.	Motivación al cambio en fase de acción.	Motivación al cambio en fase de Mantenimiento.

* Todos los criterios deben cumplirse

RESULTS

Graphic 1. Distribution by ED type in 107 women with ED.

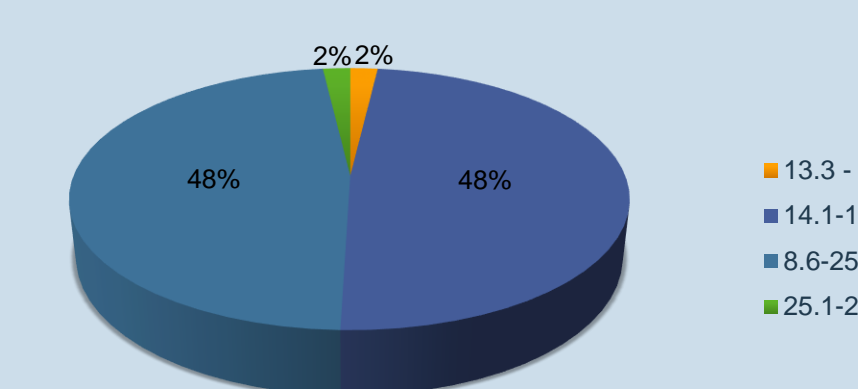


Fueron 107 mujeres con TCA. La distribución por ED type está en la gráfica 1. El 53.3% eran menores de 18 años, la edad promedio fue 18.3 ± 5.7 años. Veintiun por ciento egresaron de hospitalización total. El peso al ingreso estuvo entre 32.3 y 67.9 Kg (Media 49.8 ± 8.9). El IMC a la admisión estuvo entre 13.3 y 25.9 (Media 19.1±2.9). Al ingreso, 39% de las pacientes tenía menos de 1 año de estar sintomáticas, 29.5% tenía entre 1 y 3 años, 16.2% de 3 a 5 años y 15.2% más de 5 años de cronicidad.

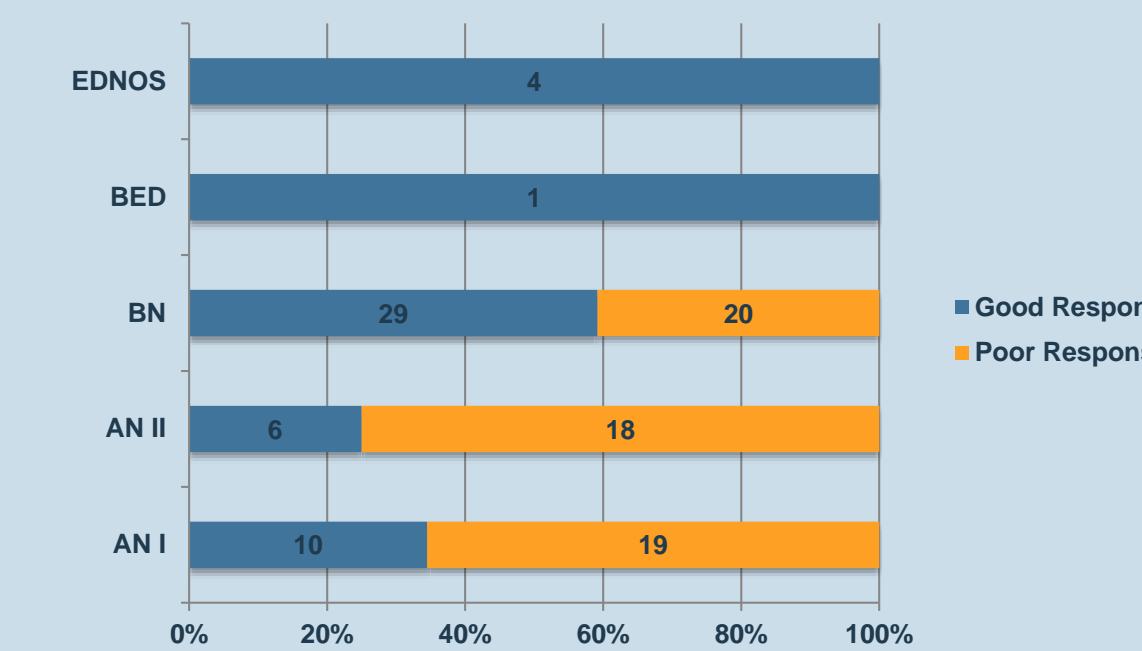
Después de las primeras 4 semanas de tratamiento, 50 (46.7%) tuvieron buen desenlace. A la semana 16 lo presentaron 73 (68.2 %). Entre las no respondedoras, diecinueve pacientes (17.7%) fueron referidas al hospital durante las primeras semanas de tratamiento por empeoramiento de los síntomas alimentarios o alguna situación de riesgo vital.

A la semana 4, la mayoría de respondedoras fueron bulímicas (59.2%) versus 16 con AN (30.2%) y las diferencias fueron significativas ($X^2=14.5$ $P= 0.006$), pero a la semana 16 las diferencias por tipo de TCA no fueron significativas ($X^2=6.7$ $P= 0.24$). Las pacientes con TCA incompletos o con atracones respondieron en su totalidad desde la semana 4. (Gráficos 3 y 4).

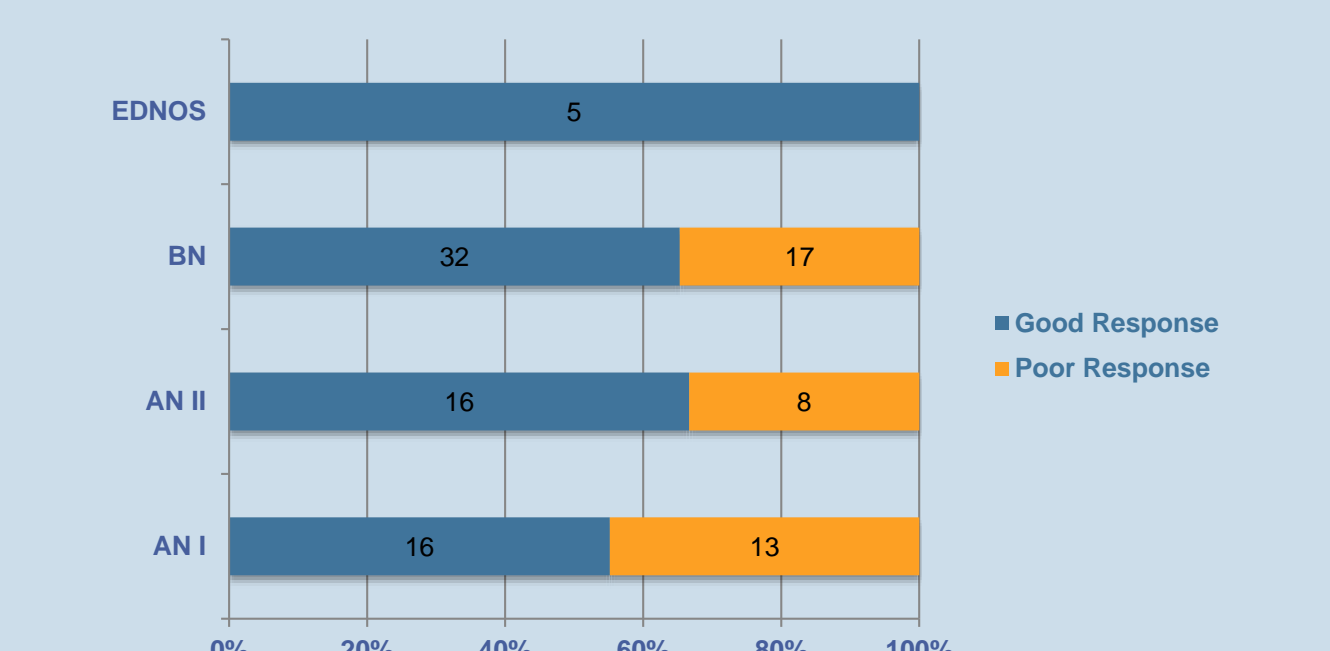
Graphic 2. BMI at admission



Graphic 3. Response to week 4th by ED Type



Graphic 4. Response to week 16th by ED Type



◆ Ni la disfunción familiar, antecedentes de abuso o maltrato, el TDM, ni el TOC, abuso de sustancias, PTSD, TAB ni autolesionarse o haber intentado suicidio se asociaron con pobre respuesta a la semana 4 o 16.

◆ Pacientes menores de 13 años no respondieron a la semana 4 y tampoco el 71.4% de ellas a la semana 16. La proporción de no respuesta descendió de modo inversamente proporcional a la edad: a mayor edad mayor respuesta temprana ($p 0.047$).

◆ En las 23 que salieron del hospital solo 17.4% respondió a la semana 4 vs. 82.6% que no mejoró ($X^2 10.1$, $p<0.001$). A la semana 16 no se encontraron diferencias ($p<0.06$).

◆ En las pacientes con BMI <14 no se obtuvo buena respuesta a la semana 4 ($X^2 12.2$, $p<0.007$). A la semana 16 esta condición no afectó el desenlace de forma significativa ($X^2 5.851$, $p<0.11$).

CONCLUSIONS

- Las pacientes con AN responden menos tempranamente que las bulímicas.
- Las formas incompletas y el BED responden rápidamente y la respuesta se mantiene en el tiempo.
- El IMC <14 al ingreso al IOP así como el egreso de una hospitalización y la edad de menos de 14 años son factores asociados con respuesta pobre durante las primeras 4 semanas.
- La presencia de comorbilidades, cronicidad, antecedentes de abuso o maltrato, disfunción familiar o conductas impulsivas no alteraron la respuesta a tratamiento.
- El criterio de BMI al ingreso de un OIP debe ser revisado.

References

- Le Grange, D., Accurso, E. C., Loeck, J., Agras, S., & Bryson, S. W. (2014). Early Weight Gain Predicts Outcome in Two Treatments for Adolescent Anorexia Nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 47(2), 124–129. doi:10.1002/eat.22221
- Hartmann A, Wirth C, Zeeck A. Prediction of failure of inpatient treatment of anorexia nervosa from early weight gain. *Psychotherapy Res*. 2007;17:218–229.
- Le Grange D, Doyle P, Crosby R, Chen E. Early response to treatment in adolescent bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2008;41:755–757. [PMC free article] [PubMed]
- Fairburn CG, Agras WS, Walsh BT, Wilson GT, Sice E. Prediction of outcome in bulimia nervosa by early change in treatment. *Am J Psychiatry*. 2004;161:2322–2324. [PubMed]