

FACULTAD DE MEDICINA.
GRADO DE ENFERMERÍA
TRABAJO DE FIN DE GRADO.

Síndrome del Comedor Nocturno: Nuevo Plan de Cuidados desde la Enfermería

Revisión Narrativa.



Realizado por: Isabel Miguel Andrés.

Tutora: María Isabel Calvo Viñuela.

Curso Académico: 2015-2016.

ÍNDICE.

	Página.
Resumen y Palabras Clave.	5.
Abstract and Key Words.	6.
INTRODUCCIÓN	
- Prácticas alimentarias en la Sociedad del Siglo XXI.	7.
- Conceptualización del Síndrome del Comedor Nocturno.	8.
- Prevalencia.	11.
- Factores de riesgo.	14.
- Justificación.	17.
- Objetivos generales y específicos.	18.
METODOLOGÍA.	19.
RESULTADOS.	
1. Etiopatogenia.	22.
2. Comorbilidades asociadas.	27.
3. Diagnóstico.	30.
4. Tratamiento.	31.
5. La relación del Síndrome del Comedor Nocturno con la práctica enfermera.	35.
CONCLUSIONES.	39.
- Limitaciones de la revisión.	43.
- Propuestas de investigación y mejoras en la práctica clínica enfermera.	44.
Agradecimientos.	46.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	47.
ANEXOS.	51.

Resumen.

Introducción: El Síndrome del Comedor Nocturno se clasificó recientemente como un Trastorno de la Conducta Alimentaria y se configuró, como un Síndrome en el que se producía una cronodisrupción del organismo, que daba lugar a alteraciones de los ritmos biológicos hormonales y de la nutrición. A pesar de que la primera definición del Síndrome fue conceptualizada en el año 1955, se continúa considerando un problema desconocido de salud, no sólo entre la población general, sino también, entre los profesionales de la salud.

Objetivo: Analizar el rol de la enfermera¹ en el diagnóstico y tratamiento del Síndrome del Comedor Nocturno, dentro del ámbito de atención comunitaria.

Metodología: Se revisaron 37 publicaciones científicas. En su mayoría eran artículos originales, sobre investigaciones cuantitativas observacionales, y revisiones narrativas. Junto con la revisión de otras fuentes, entre ellas, Guías de Práctica Clínica y manuales de procedimientos, sumaron un total de 44 referencias consultadas.

Resultados: Se analizaron los aspectos más relevantes en relación al Síndrome del Comedor Nocturno: etiopatogenia, comorbilidad, diagnóstico y tratamiento. Además, se estableció su relación con la práctica clínica enfermera utilizando como nexos de unión y de comparación, los cuidados enfermeros en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad.

Conclusiones: Se determina la función asistencial de la enfermera en relación al diagnóstico y al tratamiento, diseñando un Plan de Cuidados adaptado al Síndrome que nos ocupa. También se reconoce la necesidad de investigarlo en España para estimar su prevalencia real y verificar la eficacia de los cuidados enfermeros que se proponen.

Palabras clave: Atención de enfermería, Fenómenos cronobiológicos, Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos, Obesidad y Síndrome del Comedor Nocturno.

1. *Enfermera: Uso del término enfermero/enfermera indistintamente, ambos hacen alusión tanto a hombres como a mujeres.*

Abstract.

Introduction: Night Eating Syndrome has been recently classified as an eating disorder, in which chronologic alterations take place, namely of hormonal cycles and nutritional habits. Even though the syndrome's definition was coined in 1995, it is still perceived as an unknown health concern, not only by the general population, but also among health experts themselves.

Aim: To analyze the role of nursing in the diagnosis and treatment of the Night Eating Syndrome within primary care services.

Materials and methods: Up to 37 scientific publications have been revised, being the majority of these peer-reviewed articles about quantitative observational studies and literature reviews. Several guidelines have been revised too.

Results: The most significant aspects in relation to the Night Eating Syndrome were analyzed, including etiology, comorbidity, diagnosis and treatment. As well, a positive relation could be found with clinical nursing practice by taking into account nursing care with patients with eating disorders.

Conclusion: Nursing takes an assistance function in the diagnosis and treatment, participating in the design of a care plan adapted to the night eater. The need for more research regarding this syndrome in Spain is also detected, in order to estimate the real prevalence in the Spanish population and verify the efficacy of the nursing care proposed.

Key words: Chronobiology Phenomena, Feeding and Eating Disorders, Night Eating Syndrome, Nursing Care and Obesity.

INTRODUCCIÓN.

Prácticas alimentarias en la Sociedad del Siglo XXI.

La alimentación es una necesidad fisiológica influenciada por una dimensión sociocultural; es decir, las costumbres culturales, normas y principios de una determinada sociedad influyen sobre los hábitos y conductas que demarcan el tipo de alimentación de un individuo o grupo social. Los hábitos alimentarios se reconocen como uno de los factores que han permanecido más estables durante toda la herencia sociocultural del hombre (1). Sin embargo, los grandes cambios sociales acaecidos desde la segunda mitad del siglo XX hasta la actualidad y los estilos de vida vigentes hoy día, han provocado importantes modificaciones en las prácticas alimentarias de nuestra sociedad (2).

Fenómenos como la globalización o el establecimiento de una cultura industrializada y urbanizada han provocado cierta homogenización en el tipo de alimentación de nuestra sociedad actual, con la consecuente pérdida de algunos hábitos saludables y ciertas costumbres culturales. Un ejemplo que ilustra esta situación se encuentra en el hábito global adquirido, a raíz de países como Estados Unidos, de consumir una mayor cantidad de comida rápida: “Fast Food” (2). Paradójicamente se ha observado un aumento de “*nuevas culturas alimentarias*” debido a los grandes movimientos migratorios globales de las últimas décadas, que han introducido nuevas costumbres, recetas o alimentos de los países de origen (3). También debe de tenerse en cuenta el papel tan influyente que ha ido desarrollando la publicidad, los medios de comunicación y el “marketing” en la adquisición de los nuevos hábitos alimentarios (2).

En relación a los estilos de vida vigentes hoy día, entre la población de las grandes urbes, se ha observado que tienden a quedar supeditados a unos horarios irregulares, ya sean laborales o de ocio; así como a una gestión del tiempo marcada por un mayor nivel de eficiencia, pero que conlleva elevados grados de estrés y ansiedad. La consecuencia de estos caóticos ritmos de vida, es que se recurre a la preparación rápida de las comidas, obligando a un mayor consumo de alimentos semi-preparados ricos en grasas animales, sodio y conservantes. Otros efectos producidos ante estos sucesos son la pérdida del acto social de comer en familia y unos hábitos alimentarios desorganizados (2).

Todos los hechos mencionados han influido en el incremento de la incidencia o aparición de nuevos trastornos relacionados con la alimentación.

Por un lado, la Obesidad, enfermedad crónica que actualmente se considera una epidemia a nivel mundial, ha aumentado su prevalencia de forma considerable. En España, según los resultados del Estudio ENRICA, el 39% de la población tiene Sobrepeso (Índice de Masa Corporal (IMC) $\geq 25\text{kg/m}^2$) y el 23% Obesidad (IMC $\geq 30\text{kg/m}^2$). Además, su prevalencia tiende a ser mayor en hombres que en mujeres, excepto a partir de 65 años, y aumenta con la edad (4).

Por otro lado, en relación a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) – de los cuales durante el pasado siglo se destacaban principalmente la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN), el Trastorno por Atracón (BED) y secundariamente la Pica y el Trastorno por Rumiación – han surgido nuevos y complejos trastornos, como es el caso del Síndrome del Comedor Nocturno (NES), el cual es el objeto de estudio del presente trabajo.

Conceptualización del Síndrome del Comedor Nocturno.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria se corresponden a un heterogéneo conjunto de trastornos mentales en los que se producen una alteración del patrón alimentario, que repercute severamente en la salud o en el funcionamiento psicosocial de la persona (5). En la última edición del Manual de Diagnósticos y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) publicado en el año 2013, se incluyeron las etiquetas diagnósticas [Tabla 1] de los nuevos Trastornos de la Alimentación (TA), a los que se alude en el apartado anterior.

Tabla 1: Clasificación de las etiquetas diagnósticas de los TCA en el DSM V.

TCA específicos	Engloba a los TA más reconocidos: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Pica, Trastorno por Atracón, Trastorno de la Evitación/Restricción de la Ingestión de Alimentos y Trastorno de Rumiación.
Otros TCA específicos.	En este grupo diagnóstico se integran aquellos trastornos que no cumplen los criterios para filiarle entre uno de los TCA específicos principales. Sin embargo, implican un conjunto de signos y síntomas propios de un Trastorno de la Alimentación, además de conllevar un marcado deterioro

	funcional y malestar clínicamente significativo. Estos Trastornos son: la Anorexia atípica, la Bulimia o el Trastorno por Atracón de baja frecuencia o duración, el Trastorno por Purgas y el Síndrome del Comedor Nocturno.
TCA no específicos	En este grupo se clasifican aquellos trastornos que, aún relacionados con una alteración de la conducta alimentaria que causa un malestar y deterioro psicosocial significativo, no reúnen los criterios precisos para un trastorno de esta tipología.

Tabla de elaboración propia. Fuente: Traducción del texto original de Forman SF (4).

Con la finalidad de centrar el tema de esta revisión narrativa se cita que, el Síndrome del Comedor Nocturno (NES) fue reconocido en la última edición del manual DSM V como “Otro Trastorno de la Conducta Alimentaria específico” (5).

El Síndrome del Comedor Nocturno, conocido divulgativamente como Atracón Nocturno, es un trastorno singular donde se produce una cronodisrupción del organismo. Este término hace referencia a los procesos que provocan una desincronización o interrupción de los ritmos circadianos; es decir, de los ritmos biológicos cuya frecuencia se sitúa alrededor de 24 horas/día (6). En el caso del trastorno estudiado se producen alteraciones en los ritmos circadianos de diversas hormonas y en los ritmos de la nutrición, los cuales parecen estar estrechamente relacionados con un retraso de los horarios habituales de las comidas (desayuno, comida y cena). La clínica principal que caracteriza la enfermedad es la hiperfagia nocturna y las ingestiones nocturnas, manifestaciones que se acompañan de alteraciones en el estado de ánimo y del sueño (7). En la Figura 1, se presentan de manera esquemática los conceptos indicados, los cuales se irán desarrollando a lo largo del trabajo.

Figura 1: Principales alteraciones orgánicas y manifestaciones clínicas en el NES.

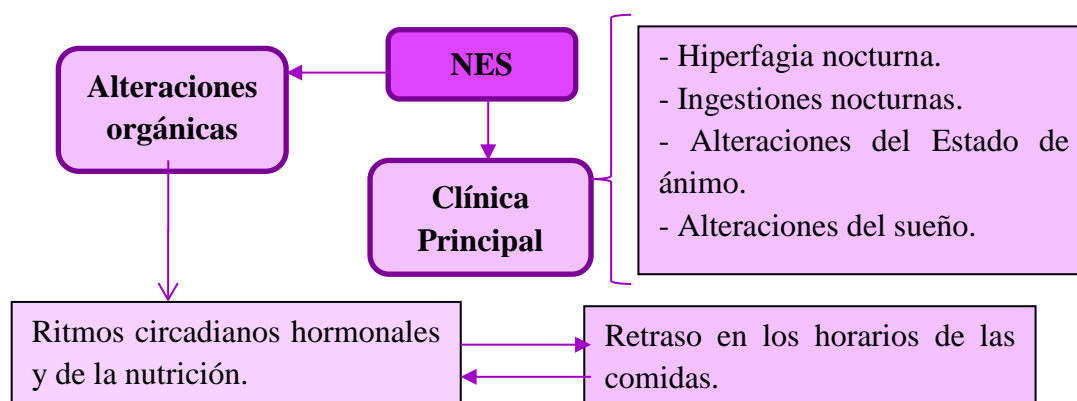


Figura de elaboración propia. Fuente: Cleator J, et al (7).

La primera definición del NES fue descrita por Stunkard AJ, en 1955, psiquiatra especialista en Trastornos de la Alimentación, como un retraso de los ritmos circadianos que provocaba una disfunción del comportamiento alimentario en la población obesa (8). A pesar de las incipientes investigaciones realizadas por dicho autor, que sirvieron para delinear los primeros criterios diagnósticos del Síndrome, su investigación no se consolidó hasta finales de los años ochenta. Durante estos últimos 20 años, a través de múltiples disciplinas se han propuesto, al menos, diecinueve conceptualizaciones diferentes sobre el Síndrome. Dicho hecho provocó una falta de precisión en la definición diagnóstica (9). Sin embargo, los diferentes criterios diagnósticos reflejados en la literatura compartían una serie de consideraciones comunes, como la anorexia matinal; es decir, ausencia de apetito en el desayuno, el insomnio, la ansiedad o los estados distímicos a última hora de la tarde. Cabe destacar que las costumbres culturales, como la hora de la cena o la cantidad de alimentos ingerida en cada comida, deben tenerse en cuenta al elaborar el diagnóstico (7).

En 2008 tuvo lugar en la Universidad de Minnesota el primer Simposio Internacional sobre el Síndrome del Comedor Nocturno, donde se reunieron expertos en TA y problemas del sueño para desarrollar unos criterios diagnósticos comunes de la enfermedad (8). En 2010 Allison et al (10) tras su revisión, los publicaron y posteriormente, estos mismos criterios diagnósticos fueron integrados en el DSM V, conformando así una definición común del Síndrome en la actualidad.

Criterios diagnósticos actuales del Síndrome del Comedor Nocturno (10).

- A. El patrón alimentario se caracteriza por un aumento significativo de la ingesta después de la cena o durante la noche tras despertarse. Manifestado por uno o ambos criterios:
- Al menos, el 25% de la ingesta calórica diaria de alimentos es consumida después de la cena (hiperfagia nocturna).
 - Se producen dos ingestas nocturnas semanales como mínimo.
- B. Hay consciencia y recuerdo de la ingesta nocturna.
- C. Deben de estar presente, al menos, tres de los siguientes síntomas:
- Ausencia del apetito matinal u omisión del desayuno mínimo cuatro veces por semana.
 - Existencia de una intensa necesidad por comer entre la cena y la hora de irse a dormir o durante la noche.

- La dificultad para dormir o insomnio están presentes mínimo cuatro veces por semana.
 - Creencia de que “se debe comer para poder conciliar el sueño o volverse a dormir”.
 - Estado anímico depresivo y/o humor que empeora durante la tarde y noche.
- D. Es un trastorno asociado a un significativo aumento de ansiedad y estrés y/o provoca disfuncionalidad psicosocial.
- E. El patrón de alimentación alterado se mantiene al menos durante tres meses.
- F. No es un trastorno secundario al abuso o dependencia de sustancias tóxicas, problemas de salud orgánicos u otros trastornos mentales.

Prevalencia.

La prevalencia estimada en la población general se sitúa entre el 1.1% y el 1.5% (11). Este porcentaje aumenta en casos de Obesidad (especialmente en candidatos para cirugía bariátrica), en otros Trastornos de la Alimentación (AN, BN, BED) y otros trastornos psiquiátricos; entre los que destacan: Trastornos del Ánimo (TDA), psicóticos (Esquizofrenia), Falta del control de impulsos y secundarios al consumo de sustancias tóxicas [Figura 2].

Actualmente, no figuran estadísticas específicas sobre la prevalencia del Síndrome del Comedor Nocturno en páginas web institucionales. El “*Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH)*” ofrece en su web información relativa al NES; pero sólo han registrado estadísticas de prevalencia de los TCA específicos principales (12).

En relación a las investigaciones publicadas en España no se han evidenciado estudios que estimen la incidencia o prevalencia de la población “comedora nocturna”. A su vez, en la publicación “*Trastornos de la Conducta Alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos*” (13) se determinaba que, los TCA investigados se correspondían con la siguiente clasificación: Anorexia, Bulimia y Trastornos de la Conducta Alimentaria no específicos (TCANE). Además, el documento revelaba en sus conclusiones la necesidad de realizar estudios de prevalencia a nivel nacional.

Figura 2: Prevalencia del Síndrome del Comedor Nocturno en adultos.

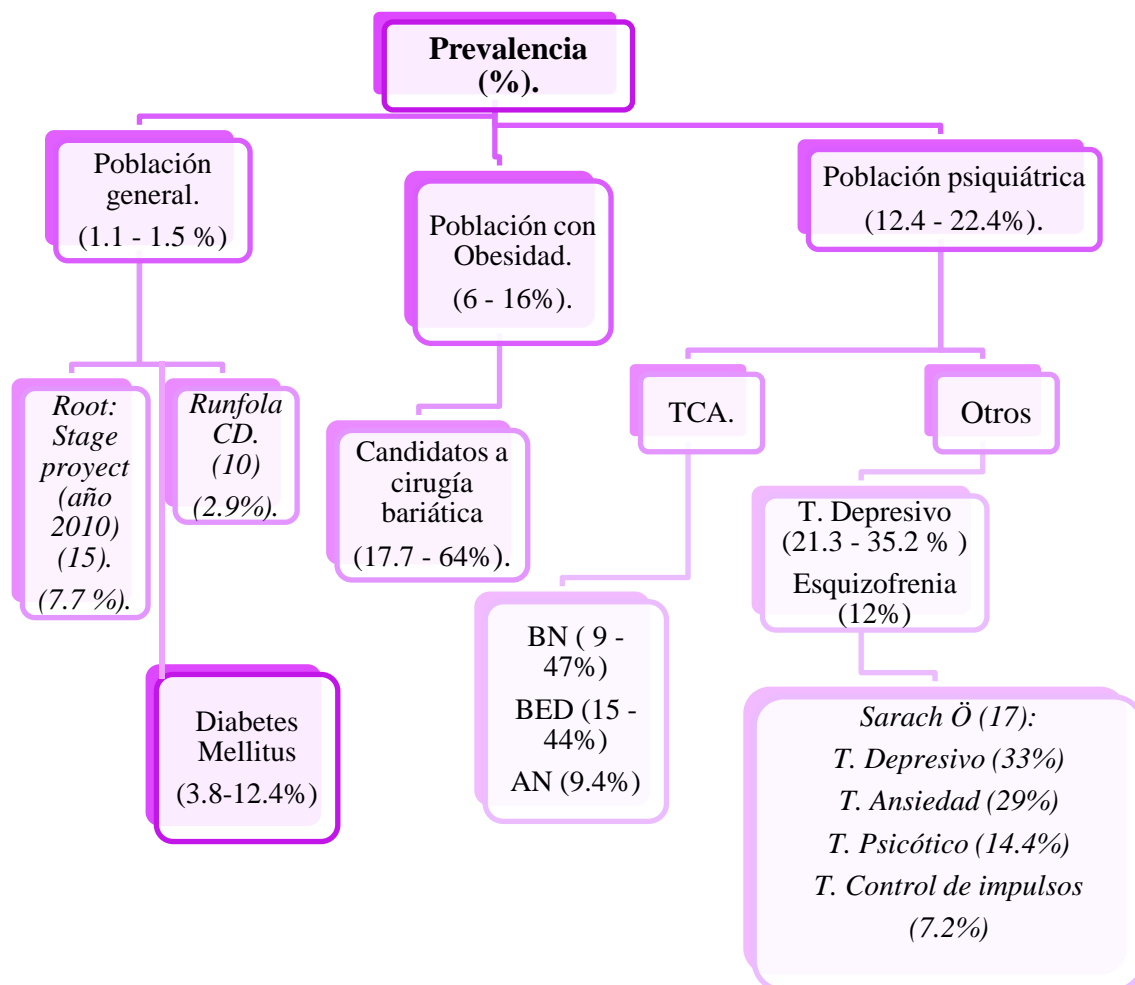


Figura de elaboración propia. Fuente: Kucukgoncu S et al (11), Runfolá CD et al (14) y Saraçlı et al (15).

En la Figura 2 se reflejan datos estadísticos con amplios márgenes, para indicar la prevalencia del Síndrome, según los diferentes tipos de población debido, a que los métodos que emplean los investigadores para definirlo varían de un trabajo a otro. Hecho que repercute en los resultados (8).

Factores de riesgo.

Las variaciones de la prevalencia entre los diferentes trastornos tienden a mostrar una correlación con aquellos factores que se consideran de riesgo para desarrollar el Síndrome [Figura 3].

En el estudio de corte de Runfolá, CD. et al (14) se identificó que el porcentaje de “comedores nocturnos” entre un grupo de estudiantes universitarios, (tamaño de la

muestra (N) = 1636) era superior a los datos de prevalencia estimados para la población general, adulta joven (2.3 % frente a 1.3%). A raíz de dichos resultados se planteó la siguiente conclusión: los estudiantes universitarios podrían tener una mayor predisposición a desarrollar este Síndrome debido a una serie de factores que tienden a estar presentes en este tipo de población. Estos factores son: un alto nivel de estrés o ansiedad, un patrón del sueño alterado, debido a trasnochar o dormir un menor número de horas, y un patrón de alimentación más desorganizado.

Un factor que ha sido ampliamente asociado al Síndrome del Comedor Nocturno es la Obesidad (7,16). A día de hoy, se desconoce a ciencia cierta qué tipo de causalidad guardan ambas enfermedades (17). No obstante, sí parece evidenciarse que el aumento de la edad, especialmente a partir de los 30 años, supone un factor de riesgo directo sobre la correlación comentada (11). En relación a otros factores sociodemográficos como el sexo, a pesar de que diversas publicaciones han considerado un mayor riesgo para el sexo masculino, no parece establecerse en la literatura científica una afirmación común al respecto (16).

Saraçlı Ö et al (15) analizaron, a través de un estudio transversal, cuáles eran los factores de riesgo presentes en la población psiquiátrica mayor de dieciocho años no institucionalizada. Para ello, seleccionaron una muestra de 430 pacientes, entre los cuales, 97 sujetos (22.5 %) fueron identificados como “comedores nocturnos”. A partir de los resultados obtenidos en el estudio se generaron las siguientes conclusiones (15):

- Los trastornos de la imagen corporal, la insatisfacción por el físico y la preocupación por la restricción de la dieta tienden a estar presentes en los pacientes con NES, comportándose como una clínica relevante y característica del Síndrome, ya que estos factores pueden precipitar alteraciones sobre el comportamiento alimentario.
- Se establece una relación entre el abuso de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco, cannabis...) referenciada por el estudio de Lundgreen, donde se reveló que *“el 30.6 % de los pacientes con NES reunían los criterios para un Trastorno secundario al abuso de sustancias, comparado con el 8.3 % de los que no padecían el Síndrome”*.
- Ante una mayor prevalencia de los Trastornos del Control de Impulsos entre la muestra con el NES, se sugiere que estos trastornos podrían ser un factor de riesgo, que unido a unos malos hábitos alimentarios influyeran directamente en el desarrollo de la patología. Además, se mencionaron aquellos factores que pueden estar presentes

en la vida diaria de los pacientes psiquiátricos y, quizá pudieran relacionarse con el Síndrome: mal estado de salud, problemas económicos y estigmatización.

La mayoría de las conclusiones del estudio (15) eran correlaciones. Por tanto, sus autores incidieron sobre la necesidad de incrementar las investigaciones en este ámbito, para poder llegar a clasificarlas como factores de riesgo determinantes.

Figura 3: Factores de riesgo asociados al Síndrome del Comedor Nocturno.

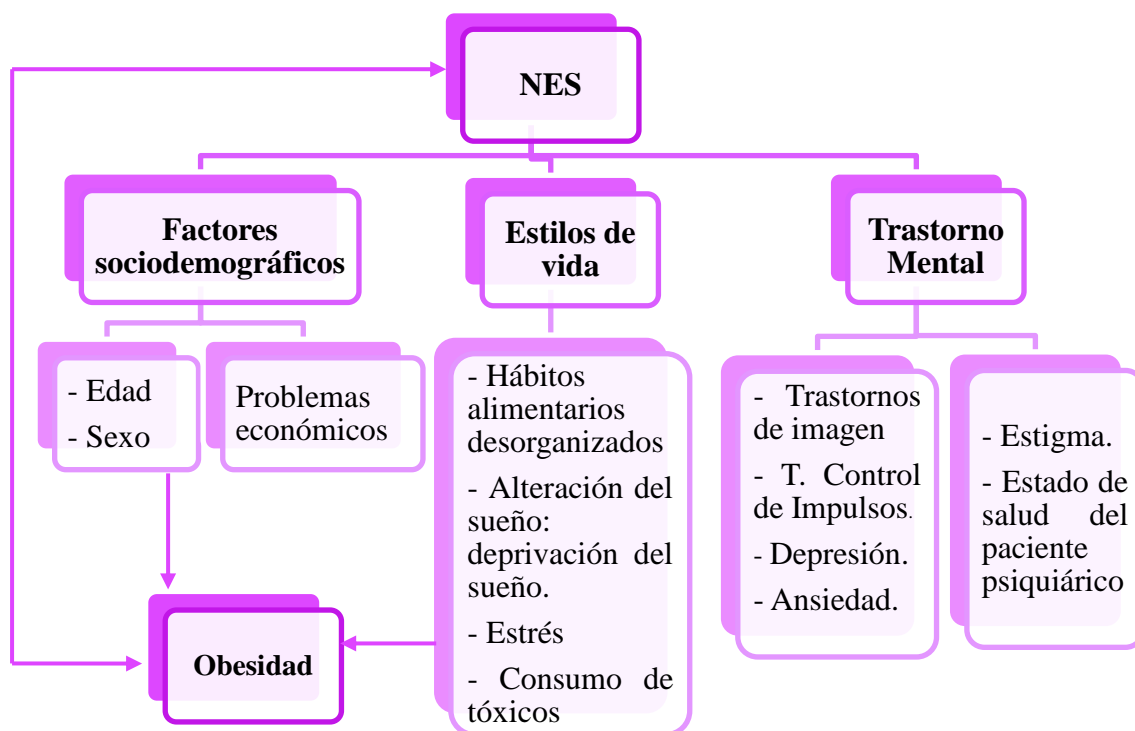


Figura de elaboración propia. Fuente: Kucukgoncu S. (11), Runfolo CD. (14), Saraçlı Ö (15) y Gallant AR. (17).

Justificación.

En la actualidad, los estudios de investigación revelan la necesidad de incrementar el conocimiento científico acerca del Síndrome revisado, ya que este hecho repercute directamente sobre la calidad del diagnóstico y tratamientos que se puedan ofertar a la población afectada. La falta de consenso y teorías firmes provocan que frecuentemente no se contemple como un diagnóstico específico, no sólo entre la población general sino también, por los profesionales de la salud (11).

En relación al grado de conocimiento sobre el NES entre los profesionales de la salud, Vanderercken W y su equipo (18) realizaron en el año 2011 un estudio descriptivo,

donde expusieron las opiniones de un grupo de profesionales formados en TCA (Tabla 2) sobre los considerados “nuevos y posibles trastornos alimentarios”, entre los que se hallaba el trastorno, objeto de esta revisión. La muestra del estudio (N= 111) estaba conformada por: un 51% de psicólogos, 17% de médicos, principalmente psiquiatras, y un 32% correspondiente a otros profesionales, destacando en su mayoría enfermeros y trabajadores sociales. Los resultados obtenidos en el estudio reflejaron que el Síndrome del Comedor Nocturno era el menos conocido y según las opiniones de los encuestados, el que merecería una mayor atención por parte de los profesionales. También cabe indicar, que un porcentaje considerable (38,7 %) consideraba este trastorno como una variante del Trastorno por Atracón.

Tabla 2: Opiniones de los profesionales encuestados. Datos obtenidos en porcentaje (%) sobre una muestra de 111 participantes.

	NES	ORT	MDY	EMP
<i>Totalmente desconocido para mí</i>	43.2	9.9	24.3	29.7
<i>Lo he observado durante mi práctica profesional.</i>	33.3	66.7	9.0	48.6
<i>Creado por la opinión de los medios de comunicación (no se trata de un Síndrome).</i>	11.7	25.2	42.3	4.5
<i>Variante de otro Trastorno</i>	38.7	30.6	39.6	31.5
<i>Merece más atención por parte de los profesionales.</i>	69.4	68.5	34.2	61.3
NES: Síndrome del Comedor Nocturno, ORT: Ortorexia, MDY: Vigorexia, EMP: Emetofobia.				

Tabla extraída de Artículo Original. Fuente: Traducción texto original de Vandereycken W (18).

A su vez, otro estudio de Allison KC, et al (19) reveló las percepciones que los pacientes diagnosticados de NES mantenían en relación a la atención que reciben por parte de sus médicos y psicólogos. En los resultados del estudio, entre una muestra de 103 participantes, hasta un 76 % manifestaba altos índices de insatisfacción sobre el trato recibido. Los autores detectaron como posibles causas de estos negativos resultados, el desconocimiento y la infravaloración de la clínica del trastorno por parte del profesional, dando lugar a la implementación de tratamientos inadecuados.

En la práctica clínica, la realización de un buen diagnóstico resulta imprescindible para poder llevar a cabo un tratamiento y un seguimiento efectivos. Las herramientas

diagnósticas que principalmente se utilizan para la valoración y detección precoz del Síndrome son: el “*Night Eating Questionnaire (NEQ)*” y el “*Night Eating Syndrome History and Inventory (NESHI)*”. En relación a su abordaje, éste debe ser multidisciplinar, integrando tanto tratamientos farmacológicos como psicoterapéuticos (11). A lo largo de la revisión, se comentarán y analizarán los aspectos más relevantes reflejados en la literatura científica, sobre los métodos diagnósticos y tratamientos disponibles hoy día.

Por todas las características que conforman el Síndrome del Comedor Nocturno, parece que el ámbito más adecuado para realizar su detección y posterior seguimiento, sería bajo un contexto de atención comunitaria; tanto desde las consultas de Atención Primaria (AP), como desde los Centros de Salud Mental (CSM), éstos últimos suponen un entorno más especializado para el abordaje de los TCA.

La profesión enfermera ocupa un relevante rol asistencial en dichos ámbitos. Realiza sus funciones a través de una metodología científica concreta: el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Parte indiscutible de este proceso es la identificación de problemas de salud, mediante la Valoración de Enfermería. Para llevarla a cabo en el marco de intervención comunitaria, destacan los Patrones Funcionales de Salud (PFS) de Marjory Gordon. Esta valoración se caracteriza por recoger una visión holística e integral de la persona. Por otra parte, siguiendo con los aspectos metodológicos, las intervenciones de enfermería realizadas a los pacientes, bien de forma autónoma o colaborativa, quedan enmarcadas en los Planes de Cuidados, los cuales se estructuran según la Taxonomía NANDA – NOC – NIC: Diagnósticos (problemas de salud enunciados), Resultados (objetivos del plan de cuidados) e Intervenciones enfermeras (acciones para la resolución del problema) (20, 21).

En la búsqueda bibliográfica realizada no se ha encontrado documentación referente a los cuidados enfermeros dirigidos específicamente a los pacientes “comedores nocturnos”. Sin embargo, la función asistencial de la enfermera en el abordaje terapéutico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y la Obesidad, está ampliamente evidenciada en la literatura científica. Por ello, la propuesta de esta revisión narrativa es, explorar la relación existente entre el Síndrome del Comedor Nocturno y la Enfermería, empleando como nexo de unión los cuidados implementados

en los TCA en general y la Obesidad. La pertinencia de dicha propuesta se basa en los siguientes motivos:

- El Síndrome, objeto de estudio, se clasifica como un subtipo de Trastorno de la Conducta Alimentaria. Por tanto, los Planes de Cuidados diseñado para los TCA podrían guardar gran similitud con los cuidados enfermeros que se aplicarían a los pacientes con NES.
- La Obesidad se define como uno de los principales trastornos comórbidos del NES, aumentando notablemente su incidencia entre la población obesa. Además, se ha observado que ciertas conductas, características de los pacientes con NES, pueden interferir directamente con la respuesta al tratamiento de la Obesidad y disminuir considerablemente la adherencia terapéutica (23).

Objetivos generales y específicos.

En definitiva, se considera que el NES es un trastorno interesante, a la vez que desconocido en España, para ser analizado bajo el enfoque de la disciplina enfermera.

Partiendo de esta base, el **objetivo general de este trabajo** es: analizar, mediante la lectura crítica de la literatura científica consultada, el papel que puede tener la enfermería en una detección precoz y en el seguimiento del paciente afectado por el Síndrome del Comedor Nocturno bajo el contexto de atención comunitaria.

Para la consecución del objetivo enunciado, se desarrollarán una serie de apartados, los cuales se formulan seguidamente como **objetivos específicos**:

- Describir la etiopatogenia bajo la perspectiva de la Cronobiología y las principales comorbilidades del Síndrome.
- Identificar las herramientas específicas de diagnóstico más utilizadas para la valoración del Síndrome y los tratamientos más adecuados para su abordaje terapéutico.
- Mostrar los cuidados enfermeros más relevantes en la atención de pacientes con TCA y Obesidad con dificultad en la adherencia terapéutica, desde las consultas de Atención Primaria y los Centros de Salud Mental.

METODOLOGÍA.

Fuentes de información consultadas.

- Bases de Datos de Ciencias de la Salud: Cinalh, Cochrane, Cuiden, Dialnet, PubMed, Scielo, Scopus y Web of Science (WOS).
- Otras fuentes: Webs oficiales “*El Instituto Nacional de Estadística (INE)*”, “*El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)*”, “*El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH)*” y “*La Sociedad Española de Nutrición (SEN)*”, la base de datos NNN Consult y puntualmente Google Scholar.

Palabras clave y operadores empleados.

Las palabras clave seleccionadas fueron: “*Chronobiology phenomena*”, “*Feeding and eating disorders*”, “*Night eating syndrome*”, “*Nursing care*” y “*Obesity*”. Dichos descriptores figuran en el Tesoro Mesh y su traducción al español se recoge en la base de datos bvS (Consulta al DeCS). El único término que ha sido redactado como “lenguaje libre” es “*Night eating syndrome*”. Los operadores empleados fueron: “Booleanos: AND, OR” y “de proximidad: WITH”.

Criterios de la Búsqueda.

- Filtros empleados: “*Journal article, Reviews & Practise Guideline*”, “*Free full text*”, “*From 2009 to 2016*”, “*English & Spanish*”. “*all adults*” y “*humans*”.
- Criterios de inclusión:
 - Publicaciones científicas sobre el Síndrome del Comedor Nocturno de los últimos seis años, que incluyan documentación sobre: la etiopatogenia, comorbilidad, diagnóstico y tratamiento.
 - Cuidados de enfermería en TCA u Obesidad, en Atención Primaria o en Salud Mental Comunitaria.
 - Guías de Práctica Clínica y Manuales de procedimientos de enfermería en Atención Comunitaria.
 - Población adulta, mayor de 18 años.
 - Cronobiología y su relación con el NES o la Obesidad.

- Criterios de exclusión:

- Artículos divulgativos o documentación obtenida de libros.
- Comorbilidad del NES con la Diabetes Mellitus u otras patologías.
- Cuidados enfermeros dirigidos a los TCA u obesidad, en el contexto hospitalario.
- Guías de Práctica Clínica de enfermería o Protocolos Hospitalarios.
- Población infanto-juvenil.
- Cronobiología relacionada con el Síndrome Metabólico u otras patologías.

Estrategias de búsqueda y selección de la bibliografía consultada.

En la Figura 4, se estructuraron de forma esquemática las **estrategias de búsquedas** realizadas.

Tras la búsqueda bibliográfica en las Bases de Datos citadas se halló alrededor de 250 publicaciones en total, de las cuales se escogieron treinta y siete para elaborar el trabajo. En su mayoría, eran Artículos originales y Revisiones narrativas.

Por otra parte, en referencia a las consultas realizadas en las Web oficiales mencionadas, se dirigieron a la obtención de información epidemiológica sobre el Síndrome. También se buscaron Guías de Práctica Clínica específicas y Manuales en enfermería en Atención Comunitaria. Se seleccionaron siete referencias.

El criterio de elección efectuado para la selección de los documentos se basó en el siguiente análisis de la información:

Primeramente, se incluyeron o excluyeron las publicaciones en función del interés por el título. Tras la selección inicial, se escogieron aquellas consideradas pertinentes tras la lectura del resumen, donde se valoraron los objetivos, los principales resultados y las conclusiones. Por último, se configuró la selección definitiva a través de la lectura crítica del artículo completo [Tabla 3].

La valoración de los resultados obtenidos se realizó acorde con los criterios de pertinencia, relevancia y exhaustividad.

Figura 4: Estrategias de búsquedas de las Bases de Datos consultadas.

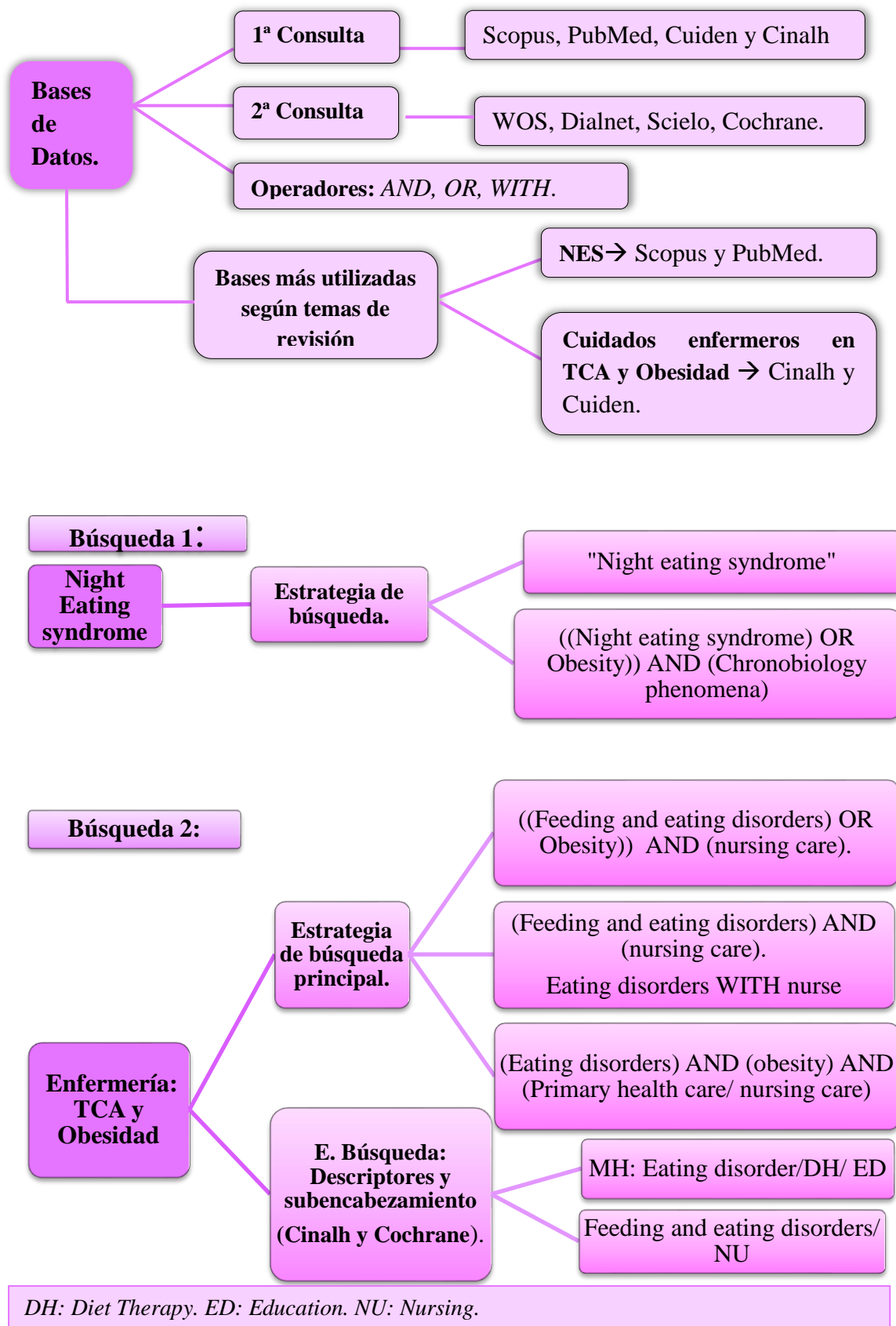


Figura de elaboración propia.

Tabla 3: Clasificación de la secuencia de selección de los documentos obtenidos.

Selección Artículos según:	Palabras clave.	Título.	Resumen.	Contenido.
Scopus	156	51	33	16
PubMed	21	8	7	5
Cinalh	35	8	6	5
Cuiden	9	7	6	3
Scielo	5	3	3	3
Dialnet	4	3	2	1
Cochrane	7	5	4	1
WOS	16	5	2	0
Google Scholar: Realizadas tres búsquedas puntuales (> 80.000 Resultados).				3
WEBS: INE, MSSSI, NIMH, SEN, NNN Consult:				7
Nº Total.	253	90	63	44 (37+7)

Figura de elaboración propia.

Referencias bibliográficas seleccionadas para los resultados.

Se emplearon un total de treinta y dos referencias bibliográficas de las cuarenta y cuatro totales. Clasificación:

- Catorce Artículos originales: se corresponden a estudios cuantitativos, en su mayoría observacionales, prospectivos y transversales.
- Doce Revisiones narrativas: principalmente se incluyen revisiones sobre la enfermería y el Síndrome estudiado, que recogen estudios tanto observacionales como experimentales publicados en las últimas décadas.
- Otras referencias: se incluyen un proyecto de protocolo para el NES, así como Guías de práctica clínica y Manuales de enfermería.

Desarrollo de los resultados.

Tras la revisión de la documentación se han identificado diversos temas que se desglosarán y analizarán a lo largo del trabajo. Los apartados que estructurarán los resultados coinciden con el contenido de los objetivos específicos descritos previamente. En definitiva, lo que se desarrollará son los aspectos más relevantes del Síndrome del Comedor Nocturno y cómo se puede establecer su relación con la enfermería comunitaria.

RESULTADOS.

1. Etiopatogenia.

El Síndrome del Comedor Nocturno se ha configurado como un trastorno multicausal. Aunque se desconoce su etiología exacta (11), el modelo biopsicosocial de Stunkard AJ, publicado en el año 2009, revela que los factores causales que inciden sobre el desarrollo de la patología pudieran ser tanto de origen genético, orgánico como psicosocial (24). Por otra parte, en la literatura científica se ha descrito detalladamente el papel que ocupan las alteraciones de los ritmos circadianos como parte de la etiopatogenia del Síndrome (16). En relación a la tipología de las investigaciones en este campo, predominan tanto los estudios analíticos observacionales, como los estudios de casos y controles; los cuales permiten establecer correlaciones entre el Síndrome y las posibles causas asociadas.

Introducción a la Cronobiología: ritmos circadianos y cronodisrupción.

Para comprender las alteraciones de los ritmos circadianos que tienen lugar en el NES conviene desarrollar previamente una serie de conceptos.

La **cronobiología** es la ciencia que estudia los distintos procesos de sincronización sucedidos en los diferentes niveles de organización de los organismos vivos; y relaciona los cambios que se producen en ellos con el paso del tiempo, tanto a corto como a largo plazo (6). Es la ciencia que concibe la “*La vida como un fenómeno rítmico*” (25), y comenzó a desarrollarse en la primera mitad del siglo XX.

Los **ritmos biológicos**, aspecto fundamental integrado en el estudio de la cronobiología, se definen como aquellos cambios rítmicos de la fisiología de los organismos que suceden de manera predecible, periódica y rítmica. Existen varios tipos de ritmos biológicos en función de la frecuencia con la que se repiten sus ciclos (6):

- Ritmos ultradianos: la frecuencia del ritmo es mayor de un ciclo por día, es decir sus ciclos se repiten un número determinado de veces en menos de 20 horas. Por ejemplo, la respiración pulmonar, los movimientos intestinales o el ritmo cardíaco.
- Ritmos infradianos: la frecuencia del ritmo es inferior a un ciclo por día. Es decir, el ciclo va a tener lugar con una frecuencia más dilatada en el tiempo. Por ejemplo: el ciclo menstrual.

- **Ritmos circadianos:** la frecuencia de estos ritmos biológicos se sitúa alrededor de 24 horas/día.

En los seres humanos, el **Sistema circadiano** “*está compuesto por una red de estructuras jerárquicamente organizadas, responsables de la generación de ritmos circadianos y de su sincronización con el entorno*” (6). Además, su funcionamiento se regula a través de dos mecanismos: uno de origen endógeno y otro exógeno. [Figura 5].

Figura 5: Organización y funcionamiento del Sistema circadiano en los seres humanos.

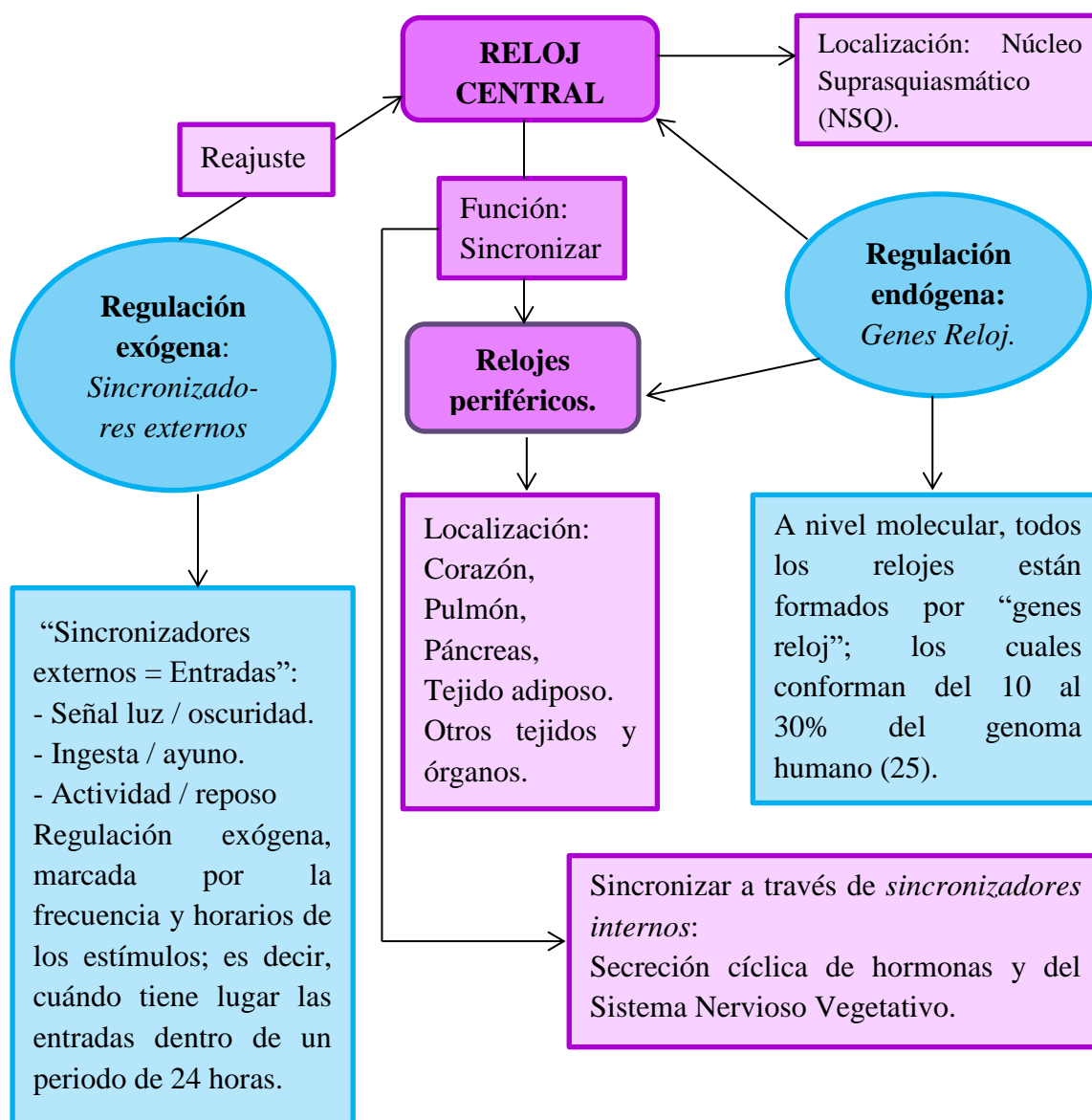


Figura de elaboración propia. Fuente: Garaulet Aza M (6).

En los últimos años, las investigaciones en cronobiología han ido dirigidas hacia la **cronodisrupción** (CD); es decir, hacia los procesos que provocan la desincronización o interrupción de los ritmos circadianos (6). En este campo, los hábitos sociales actuales

ocupan un importante papel, ya que como afirma Garaulet M “*actúan sobre el cerebro induciendo una pérdida de percepción de los ritmos internos y externos*” (25).

Las **causas** para que se produzca una cronodisrupción se clasifican **según el nivel** en el que tengan lugar las alteraciones (6, 25):

- **Entradas:** en este nivel se incluyen los errores relacionados con los sincronizadores externos que contribuyen a la aparición de una clínica patológica, como la hiperglucemia o las desregulaciones hormonales. Por ejemplo, los cambios en los horarios habituales de las comidas, que conlleven unos hábitos alimentarios nocturnos (cenar muy tarde o el picoteo nocturno), los cuales son aspectos característicos del NES, se considera un error de este nivel.
- **Oscilador central:** en este nivel se integran las alteraciones relacionadas con la genética (polimorfismos genéticos), con la desincronización del reloj central con los relojes periféricos y con sus respectivos funcionamientos. El concepto principal que debe tenerse en cuenta en este nivel es que “*la diferencia entre el mantenimiento del orden interno temporal saludable y no saludable (CD) depende, entre otros efectos de que los relojes periféricos produzcan ritmos ordenados*” (25).
- **Salidas:** relativa a fallos en la regulación neuroendocrina, especialmente en secreción de hormonas como la melatonina y el cortisol, ya que son las encargadas de establecer la comunicación entre el reloj central con los periféricos.

Clasificación de Factores Etiológicos según el Modelo Biopsicosocial.

➤ **Factores genéticos.**

Entre la literatura científica consultada se han encontrado múltiples referencias que reconocen la implicación de una base genética en el desarrollo de la enfermedad (17, 26, 27). No obstante a día de hoy, no se han publicado estudios que centren el tema de investigación en cuáles son los factores genéticos específicos que pudieran estar directamente relacionados con el trastorno estudiado (17).

Sin embargo, se destaca el sexo masculino como un factor predisponente para el desarrollo del Síndrome (26). Dicho aspecto resulta especialmente llamativo al tener en cuenta la afirmación que Gómez-Abellán, P. y su equipo identificaron entre el sexo y el tipo de cronotipo (diurno o vespertino), en su revisión sobre estudios cronobiológicos: “*diversos estudios han mostrado que el hombre tiende a ser más vespertino mientras que la mujer presenta un comportamiento más matutino*” (25).

➤ **Factores orgánicos.**

Vander Wal (16) recopiló cuáles parecían ser las alteraciones neuroendocrinas y metabólicas características entre los pacientes con NES. Estas alteraciones corresponden a un proceso de cronodisrupción de los ritmos circadianos hormonales de la melatonina, del cortisol y de los ritmos de la nutrición. Entre los componentes alterados del último ritmo biológico mencionado destacan: los ciclos de la leptina–grelina, de la glucosa–insulina y del metabolismo de los carbohidratos y lípidos. La importancia de conocer estos cambios radica en poder llegar a comprender el porqué de las manifestaciones clínicas y comorbilidades, que se presentan en el trastorno estudiado (16).

Características hormonales en el Síndrome del Comedor Nocturno.

La melatonina, la leptina, la grelina y el cortisol son hormonas que se secretan siguiendo un patrón circadiano. En condiciones normales, se caracteriza por un incremento a nivel plasmático de las tres primeras durante la noche, acompañado de un descenso de los niveles de cortisol, hormona que alcanza su punto máximo al despertar y disminuye a lo largo del día [Anexo 1].

Vander Wal, expone la siguiente información sobre los ritmos hormonales, en relación con el Síndrome (16):

- **La melatonina:** neurohormona reguladora de otras hormonas y de los ritmos circadianos del organismo. Su secreción se inicia en torno a las 21.30 h y finaliza en torno a las 07.30 h. Al incrementarse sus niveles durante la noche propicia el sueño y la sedación. Entre los “comedores nocturnos” se ha observado que el ritmo circadiano de la melatonina se produce con un retraso, de aproximadamente una hora y cuarto.
- **El cortisol:** hormona segregada por las glándulas suprarrenales. Es conocida como la hormona del estrés, ya que sus niveles se incrementan con él y disminuyen gracias a la relajación física y psíquica, momento que corresponde generalmente con la noche. En uno de los estudios recogidos en la revisión de Vander Wal se observó que los niveles de cortisol entre las 2 a.m. y las 8 a.m. eran notablemente más elevados en la muestra de “comedores nocturnos” que en el grupo control.
- **La leptina:** neurohormona que actúa a nivel del eje hipotalámico-hipofisario. Contribuye a la regulación del metabolismo y de la ingesta calórica mediante el apetito. Al aumentar sus niveles plasmáticos durante la noche, la sensación de

apetito disminuye. El retraso del ritmo circadiano de la leptina en este Síndrome se ha estimado en torno a una hora.

- **La grelina:** hormona secretada por el estómago y el páncreas. También tiene una función reguladora del apetito, aunque contraria a la leptina, ya que la sensación de apetito aumenta al elevarse los niveles de la hormona. En el caso de la grelina, se produce un adelantamiento de cinco horas sobre el ritmo circadiano normal.

Cabe destacar que en condiciones normales los ritmos de la leptina y la grelina suceden de forma paralela, pero en un paciente diagnosticado de NES, la discordancia entre ambos ritmos se ha estimado en torno a las seis horas (16). Por otra parte, la desregulación de la leptina también guarda relación con las alteraciones producidas en los niveles de cortisol. Una de las actuaciones de dicha neurohormona es disminuir los niveles de la hormona adrenocorticotropa (ACTH) y por ende, los niveles de cortisol. Ante la presencia de estrés crónico, el cual tiende a estar presente en estos pacientes, se inhibe la regulación del mecanismo leptina–cortisol, incrementándose de manera continuada los niveles de la hormona del estrés. Este hecho puede repercutir en el aumento de apetito (24).

Características metabólicas en el Síndrome del comedor nocturno.

A nivel metabólico se produce una alteración de los ritmos de la glucosa y la insulina (16). Entre los pacientes con NES se ha observado una inversión del ritmo de la glucosa (adelantamiento del ritmo en torno a once horas y media o retraso de doce horas y media). A su vez en el caso del ciclo circadiano de la insulina, se produce un retraso estimado de tres horas. De esta manera se vuelve a producir una disociación entre dos ritmos, que habitualmente siguen un funcionamiento paralelo. Además, en relación a los ritmos circadianos de la actividad metabólica de los carbohidratos y los lípidos, se ha observado un retraso de hora y media en estos pacientes.

Por último, en relación a los factores etiológicos orgánicos, en la revisión “*A biobehavioural model of the night eating syndrome*” de Stunkard no sólo se identificaron de manera general cuáles eran los factores etiológicos que incidían sobre el Síndrome del Comedor Nocturno, sino que también, se hizo especial mención a la disfunción del sistema serotoninérgico, como mecanismo causal de la enfermedad (24).

Disfunción del sistema serotoninérgico:

Las alteraciones neuronales producidas ante esta disfunción contribuyen a la desregulación de los ritmos circadianos descritos y a un aumento del apetito. Ambos aspectos marcan la pauta del tratamiento farmacológico de primera línea en el abordaje del Síndrome: los antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (SSRI) (11,24). En el Anexo 2 del presente trabajo se expone un mapa conceptual que indica las alteraciones producidas en este sistema.

➤ **Factores Psicosociales.**

El desarrollo de la sintomatología del Síndrome se asocia a la vivencia de eventos vitales estresantes y al empleo de técnicas de afrontamiento inefectivas. Dichos factores operan como desencadenantes de los episodios que dan nombre a la enfermedad (24, 28). También debe tenerse en cuenta el estilo de vida de la persona, especialmente si integra los siguientes aspectos: cronotipo vespertino con tendencia a patrones del sueño o alimentarios irregulares, consumo de tóxicos y poca disponibilidad de tiempo libre, incrementando así los niveles de estrés.

2. Comorbilidades asociadas al síndrome.

Obesidad.

La relación entre el Síndrome del Comedor Nocturno y la Obesidad ha sido una cuestión ampliamente estudiada (7, 11,17). Ciertamente, los estudios realizados en esta materia no han arrojado conclusiones concluyentes sobre la causalidad de ambos trastornos, pues en su mayoría han sido transversales y las muestras utilizadas en ocasiones eran de reducido tamaño. Con base en dichos estudios, algunos autores han llegado a negar que existiera una relación entre ambos trastornos alimentarios (29). No obstante, dicha conclusión puede resultar un tanto apresurada, ya que se contrapone a un considerable número de publicaciones de las últimas décadas, que los definen como correlativos y han establecido que ambos trastornos pueden suponer un factor de riesgo para el padecimiento del otro (17).

Con la finalidad de reflejar las correlaciones establecidas entre ambos trastornos, se exponen a título meramente enunciativo los siguientes trabajos publicados en los últimos años:

- Meule A. (27) llevó a cabo un estudio descriptivo donde asoció positivamente un aumento del IMC con uno de los signos principales del síndrome estudiado, las ingestas nocturnas. Se observó que esta correlación predominaba en aquellos sujetos de la muestra en los que su patrón alimentario dependía de una ingesta emocional; es decir, en aquellos que comían en forma de atracones como respuesta a un estado de ánimo distímico o ansioso.
- Mediante otro estudio observacional transversal de Meule A. et al (30) se identificó que la correlación entre el Síndrome y el Sobrepeso u Obesidad ocurría especialmente bajo el rango de edad de 31 a 60 años. Esta conclusión coincide con las afirmaciones de Nolan LJ y Geliebert A, (31) quienes determinaron en su estudio, que los sujetos adultos más jóvenes de la muestra de pacientes “comedores nocturnos”, no tendían a presentar un $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$. A la vista de los resultados referenciados parece que el Síndrome del Comedor Nocturno podría preceder a la Obesidad, configurándose así como un factor de riesgo. La explicación para este suceso podría sustentarse en las teorías que apoyan que las calorías ingeridas durante la noche son metabolizadas de manera menos eficiente por el organismo, ya que el gasto energético del organismo es menor en reposo (27).
- En la revisión narrativa de Gallant AR (17) se volvió a hacer referencia al NES como posible factor de riesgo para la obesidad. Además, se otorgó un determinante papel a aquellos factores psicosociales que han demostrado desempeñar una función protectora frente al desarrollo de la enfermedad crónica: llevar un estilo de vida activo, mostrar una mayor concienciación en torno a la salud y estado físico, vivir el día a día con menores niveles de estrés, evitar conductas negativas como la ingesta emocional o las adicciones a la comida; ya que podrían dar explicación al por qué no todas las personas con el Síndrome del Comedor Nocturno padecen como trastorno comórbido la Obesidad (17, 27,31).

Otros Trastornos de la Conducta Alimentaria.

La comorbilidad entre el Síndrome del Comedor Nocturno con la Anorexia, la Bulimia o el Trastorno por Atracón ha sido otro de los aspectos ampliamente investigados por los expertos en Trastornos de la Alimentación (8).

No obstante, la mayoría de publicaciones revisadas han basado sus estudios de manera específica en el análisis del BED como enfermedad comórbida (11).

En primer lugar, cabe reseñar que debido a las similitudes que presentan ambos criterios diagnósticos, diversos autores han llegado a considerar al NES, como un subtipo del Trastorno por Atracón. Si bien es cierto, que para solucionar esta falta de consenso se han diseñado las bases fundamentales para establecer un diagnóstico diferencial entre ambos [Tabla 4]. Además, se ha demostrado que las personas que padecen ambos trastornos de manera simultánea, tienden a presentar un agravamiento de las siguientes manifestaciones clínicas: mayor ganancia de peso, aumento de la ansiedad y de la disfuncionalidad psicosocial (11, 14)

Tabla 4: Diagnóstico diferencial entre Síndrome del Comedor Nocturno y Trastorno por Atracón.

Elementos diferenciadores	NES	BED
Cantidad de alimentos ingeridos por episodio.	Puede corresponderse con lo que se define como un “picoteo”. No se objetiva como una ingesta excesiva	En comparación con la ingesta de una persona que no padezca el trastorno, se objetiva como una cantidad ingente de comida.
Momento de la ingesta	Después de la hora de cenar o durante la noche.	A cualquier hora del día, noches incluidas.
Actitud frente a la comida.	La ingesta se produce para ayudar/permitir la conciliación del sueño.	La ingesta se produce a solas, ya que la persona lo percibe como un acto vergonzoso. Se experimenta culpabilidad.

Figura de elaboración propia. Fuente: Kucukgoncu et al (11), Runfolo et al (14) y Zwaan et al (28).

Trastornos del Estado de Ánimo y del Sueño.

Otros problemas de salud descritos en la literatura como trastornos comórbidos son la Ansiedad, la Depresión y los Trastornos del sueño (7,11,16). Kucukgoncu S, et al (26) fueron los primeros en publicar un estudio de casos y controles realizado con una muestra específica de pacientes diagnosticados de Depresión (N = 155). Entre los resultados obtenidos, se halló que los pacientes que compartían comorbilidad con el Síndrome del Comedor Nocturno presentaban una mayor severidad de la sintomatología depresiva ($p < 0.01$), de los niveles de ansiedad ($p < 0.05$) y además, una peor calidad del sueño ($p < 0.001$) frente a los resultados del grupo control.

En referencia a la relación entre los Trastornos del sueño y el Síndrome, la mayoría de las publicaciones refieren que el Insomnio tanto de inicio como de mantenimiento tiende a estar presente entre estos pacientes (11,16, 32).

Por otra parte, aunque la asociación que se establece entre el NES y el ritmo sueño–vigilia parece incierta, la mayor evidencia parece indicar que dicho ciclo permanece inalterado (7,24,32).

3. Diagnóstico.

Herramientas diagnósticas específicas.

Establecer un buen diagnóstico resulta imprescindible para instaurar un tratamiento eficaz. Para ello, las herramientas diagnósticas propias del NES más utilizadas son el “*Night Eating Questionnaire (NEQ)*” y el “*Night Eating History and Inventory (NESHI)*”. En la Tabla 5, se recogen las características más relevantes de cada una de ellas.

Tabla 5: Principales características de las herramientas diagnósticas del NES.

	NEQ	NESHI
Tipo.	Cuestionario auto-administrado.	Entrevista semiestructurada.
Objetivo	Detectar del Síndrome. Valorar severidad de los síntomas.	Establecer un diagnóstico preciso del Trastorno.
Estructura	17 Ítems. Puntuación a través de Escala tipo Likert, de 0 a 4. Signos valorados: anorexia diurna, hiperfagia e ingestiones nocturnas y alteraciones del estado del ánimo y del sueño).	Valorar cuatro partes: 1º Alteraciones de la ingesta y del patrón del sueño. 2º Presencia de Trastornos del ánimo y su asociación con eventos vitales estresantes. 3º Historia dietética y tratamientos. 4º Criterios diagnósticos actuales.
Resultado.	Puntuación mayor de 30 puntos: criterio diagnóstico del Síndrome. Es una herramienta eficaz, con adecuada validez y consistencia interna, incluidas las versiones traducidas como la española (33).	Se confirma el diagnóstico en función del criterio del experto en Trastornos de Alimentación que realice la entrevista.

Figura de elaboración propia. Fuente: Kucukgoncu S et al (11). Vander Wal JS (16) y Meule A et al (30).

Detección de ritmos circadianos alterados en la práctica clínica.

La detección de un proceso de cronodisrupción pasa por “*determinar las variables fisiológicas clásicas desde una nueva perspectiva*” tomando el tiempo como un factor clave (6). La presentación de las siguientes técnicas en esta revisión narrativa resulta relevante por la relación que parece tener el Síndrome del Comedor Nocturno con la cronodisrupción:

- Determinación de la temperatura periférica: permite valorar variaciones circadianas.
- Medición del cortisol salival: técnica rápida y no invasiva. Hay que realizar tres mediciones (por la mañana, después de comer y por la noche) para determinar si se produce una alteración de los biorritmos.
- Registro del sueño: indicando hora de irse a dormir, despertares y demás indicadores que pudieran considerarse cronodisruptores.

4. Tratamiento.

El abordaje terapéutico del Síndrome del Comedor Nocturno debe ser multidisciplinar para proporcionar a los pacientes diagnosticados, una atención a nivel orgánico, nutricional y psicosocial. Bajo este enfoque se elaboró en 2015 el proyecto del protocolo “*Pharmacological and psychosocial interventions for night eating syndrome in adults*” (34).

Los objetivos generales que se deben plantear al llevar a cabo un tratamiento en los pacientes con NES son: conseguir unos hábitos saludables en la alimentación, estructurar los horarios de las comidas y el control del peso, e intervenir sobre los TDA y Trastornos del sueño.

Las intervenciones tanto farmacológicas como psicoterapéuticas, que inicialmente conformaron el diseño del protocolo [Figura 6], no parecen distar verdaderamente de los tratamientos que se emplean para el abordaje del Trastorno por Atracón (35) o de algunos casos de obesidad (25).

En relación a la tipología de las investigaciones en este campo, predominan los estudios de Series de Casos. También se han realizado varios Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA) y estudios cuasi-experimentales, tanto para implementar un tratamiento farmacológico, como una intervención psicoterapéutica (11).

Figura 6: Tratamientos del Síndrome del Comedor Nocturno.

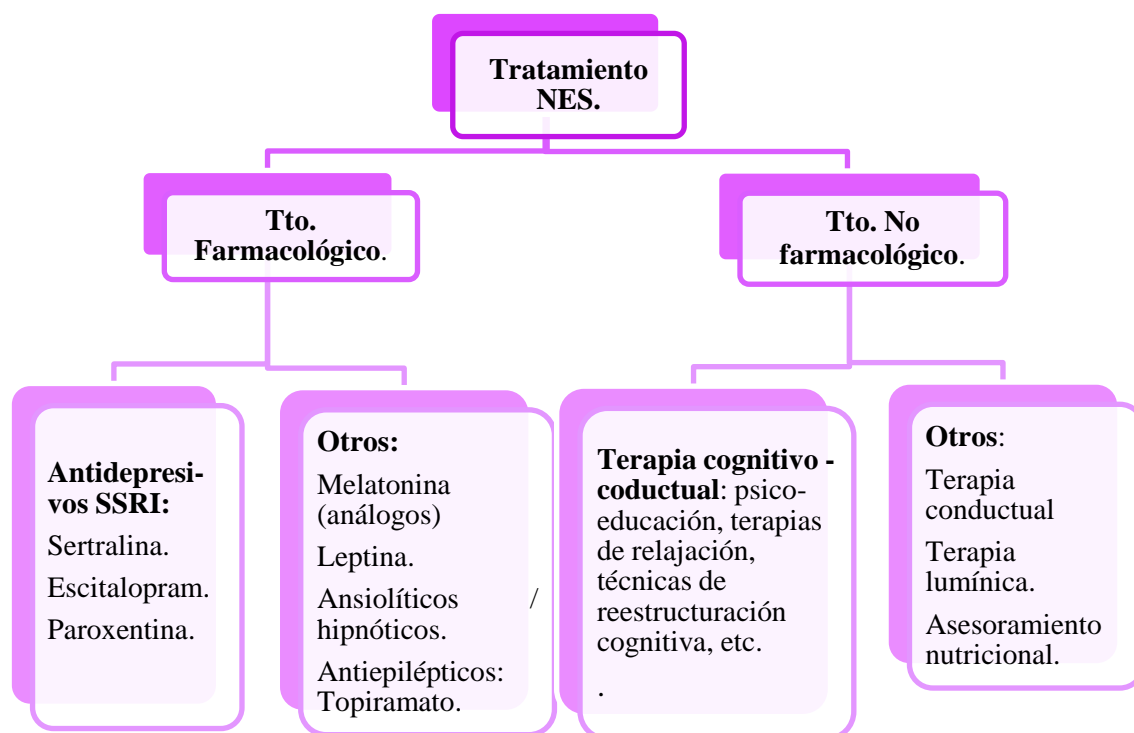


Figura de elaboración propia. Fuente: Proyecto de protocolo de Costa MB et al (34).

Tratamientos farmacológicos.

➤ **Antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (SSRI):**

Fármacos que se sitúan en la primera línea de tratamiento para el NES. Los más empleados son la **Sertralina** y el **Escitalopram**.

Entre los resultados de los estudios experimentales con estos antidepresivos destacan: una considerable disminución de la ingesta calórica tras la cena, una mayor bajada de peso y una notable mejoría sobre la sintomatología ansiosa-depresiva. En consecuencia, parece evidenciarse que la administración de estos fármacos causa una mejoría sobre la calidad de vida en los pacientes afectados (11).

➤ **Otros Tratamientos farmacológicos (11):**

- **Ramelton y Agomelantina:** son agonistas de la melatonina. Actúan a nivel del ritmo circadiano de dicha hormona provocando una mejoría sobre la conciliación del sueño y de los estados distímicos. Además, a diferencia de la melatonina, que puede interferir sobre el estado inmunológico, los efectos secundarios de este grupo son mínimos.

- Topiramato: antiepiléptico que actúa como estabilizador del ánimo. Su utilización para la pérdida de peso en pacientes obesos es ya una realidad. Sin embargo, todavía no parece demostrarse una evidencia clara que indique que dicho fármaco incida sobre la disminución de las ingestas nocturnas. Además, debe de tenerse en cuenta, sus efectos secundarios a nivel neurológico y renal, lo que conlleva que sea administrado con precaución.

Tratamientos no farmacológicos.

➤ **Terapia cognitivo – conductual.**

Los “comedores nocturnos” tienden a presentar una serie de distorsiones cognitivas y alteraciones conductuales que pueden ser abordados a través de la Terapia Cognitivo–Conductual (TCC) (11,16,36). La distorsión o pensamiento irracional más característica entre las personas que sufren este Síndrome es la creencia: “necesitan comer algo para poder dormirse de nuevo” (9). A su vez, el hecho de plantearse tal pensamiento, provoca que lleven a cabo una serie de conductas anormales, [Figura 7] que refuerzan positivamente la clínica del Síndrome: las ingestas nocturnas, la alteración del patrón del sueño, etc.

Figura 7: Alteraciones cognitivas y de la conducta producidas en el paciente con NES.

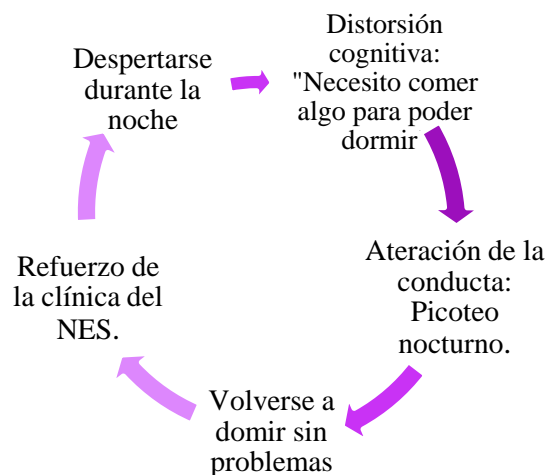


Figura de elaboración propia. Fuentes: Vinai P et al (9) y Allison KC et al (36).

Siguiendo esta línea, a los objetivos generales terapéuticos, descritos al inicio del apartado, se le suma uno específico de la TCC: interrumpir el círculo vicioso que se inicia tras la creencia errónea indicada.

Para su consecución, este tipo de psicoterapia se estructura en siete pilares básicos [Tabla 6]. En relación a las intervenciones mencionadas en la tabla, se han identificado estudios (29, 37) con resultados estadísticamente significativos que muestran que la Psicoeducación y la Relajación Muscular Progresiva (RMP) son medidas terapéuticas verdaderamente eficaces para abordar el Síndrome. Por otra parte, que el ejercicio físico cause un beneficio directo sobre los pacientes con NES no figura como concluyente (37).

Tabla 6: Componentes de la Terapia cognitivo conductual en el tratamiento del NES.

1. Psico-educación	- Explicar información relativa al Síndrome. - En hábitos de alimentación saludables e higiene del sueño.
2. Modificación de alimentación.	- Implementar un horario de comidas regular. - Llevar un diario de comidas estructurando ingestas diarias. - Realizar cambios graduales sobre la cantidad de ingesta antes de irse a dormir o para volver a dormir. - Control sobre el entorno: estímulos ambientales.
3. Estrategias de relajación.	- Respiración profunda. - Relajación muscular progresiva.
4. Técnicas de reestructuración cognitiva.	- La comida y el significado que se otorga a la ingesta. - El sueño y el insomnio. - Trastornos del ánimo: clínica depresiva.
5. Apoyo social.	- Apoyo emocional para poder realizar los cambios. - Colaboración con asociaciones de apoyo.
6. Ejercicio físico.	
7. Remisión de la medicación.	

Tabla traducida. Fuente: Vander Wal JS (16).

➤ **Otros Tratamientos no farmacológicos.**

- Terapia conductual: en la literatura científica consultada (16,36) se clasifica de manera independiente la TCC y las Terapias conductuales. Éstas últimas no contemplan en su abordaje las distorsiones cognitivas y las modificaciones conductuales se llevan a cabo a partir de la implementación de contratos de contingencia o de técnicas del comportamiento como: dejar notas para restringir el acceso a la comida, esconderla o encadenar la nevera (36).

- **Terapia lumínica:** es una terapia que se aplica en los pacientes con el Síndrome con el propósito de intervenir sobre la sintomatología depresiva. El investigador Friedman y su equipo han parecido comprobar su eficacia a través de la publicación de dos estudios de casos (11).

Cronoterapia.

La cronoterapia se define como aquella terapia dirigida a intervenir sobre los procesos de cronodisrupción, actuando a nivel de las alteraciones producidas en las entradas y salidas que regulan los ritmos circadianos (25). A día de hoy, no se han diseñado estudios experimentales dirigidos al tratamiento cronobiológico para los casos del Síndrome del Comedor Nocturno. Dado que, el Síndrome estudiado guarda una estrecha relación con aspectos fundamentales del campo de la cronobiología (17) se considera pertinente, por tanto, la exposición de los tratamientos disponibles bajo el enfoque de esta ciencia:

- Las intervenciones terapéuticas llevadas a cabo para regular los sincronizadores externos de los biorritmos se dirigen a: conseguir una exposición regular de la luz, establecer un patrón óptimo del sueño y de la alimentación, e incidir sobre los horarios y la realización de actividad física de fondo regular.
- También se han diseñado intervenciones para modificar las alteraciones circadianas que se producen a nivel de las salidas. Pueden ser tanto farmacológicas, administrando análogos de la melatonina, como no farmacológicas, realizando intervenciones dirigidas a reducir los niveles de cortisol y a establecer unos horarios regulares, así como un estilo de vida saludable (25).

5. La relación del Síndrome del Comedor Nocturno con la práctica clínica enfermera.

En la introducción del presente trabajo se alude al ámbito de la atención comunitaria como el contexto más propicio para abordar el NES.

Leislle A, et al (38) expusieron los métodos de diagnóstico y pautas generales para el tratamiento de los TCA en atención primaria, entre los que se hallaba el Síndrome del Comedor Nocturno [Anexo 3]. A priori, resulta llamativo que no se reflejara ninguna herramienta diagnóstica para la detección del Síndrome. Otro aspecto destacable en relación al diagnóstico, se consideraban como población de riesgo a aquellas personas

con Obesidad y que presentaran dificultad para disminuir de peso; obviando así otros factores que otorgasen un alto riesgo para el padecimiento del NES. Por último en referencia al tratamiento, se destacó nuevamente la psicoeducación como una intervención terapéutica eficaz en el abordaje de este trastorno de alimentación.

En la búsqueda bibliográfica realizada no se han hallado publicaciones que relacionen directamente la práctica clínica enfermera con el Síndrome del Comedor Nocturno, ya que los trabajos de investigación publicados por enfermería tienden a dirigirse a la Anorexia, la Bulimia o el Trastorno por Atracón. No obstante, a raíz de los métodos diagnósticos y tratamientos expuestos a lo largo de este trabajo, comienza a divisarse las funciones asistenciales que desempeñaría la enfermería para el abordaje del Síndrome.

Los autores Baile J, Gil-Ezquerro et al (22) llevaron a cabo una búsqueda bibliográfica no sistemática y expusieron en líneas generales la labor asistencial llevada a cabo por enfermería, en los diferentes niveles de atención sanitaria para la detección y seguimiento de los TCA. Así se evidencia el papel enfermero en la atención a pacientes con estos trastornos tanto en Atención Primaria (AP) como en Salud Mental Comunitaria (SMC).

En estos dos ámbitos su función asistencial se centra en el seguimiento de los pacientes con Trastornos de la Alimentación a largo plazo. Para ello se realizan valoraciones, llevadas a cabo en forma de entrevista semiestructurada según los Patrones Funcionales de Salud (PFS) y se implementan Planes de Cuidados. Estos planes están especialmente dirigidos a promover unos hábitos de vida saludables en relación a la alimentación, el sueño y el afrontamiento del estrés; así como a prevenir recaídas, mediante las siguientes intervenciones: enseñanza del proceso de enfermedad y tratamientos, asesoramiento nutricional, control periódico del plan alimentario y la proporción tanto de soporte, como de apoyo emocional al paciente y familiares (20-22). Junto con estas intervenciones generales, especialmente desde los Centros de Salud Mental (CSM) se proponen cuidados enfermeros más especializados y dirigidos a técnicas propias de psicoterapia [Tabla 7].

Tabla 7: Psicoterapia realizada por enfermería: intervenciones enfermeras sobre los TCA.

Terapias de Relajación.	Engloban un amplio grupo de técnicas como la respiración abdominal, la relajación muscular progresiva, el Mindfulness, la
--------------------------------	---

	risoterapia, la musicoterapia, etc. Ayudan a mejorar el patrón del sueño y reducir la ansiedad (39). Algunas de ellas aparecen definidas en el Manual de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Ejemplo NIC: [6040] Terapia de relajación.
Técnicas de reestructuración cognitiva.	También aparece recogida como una intervención enfermera. NIC: [4700] Reestructuración cognitiva. Las actividades realizadas se dirigen a la corrección de pensamientos distorsionados y al planteamiento de objetivos realistas por parte del paciente para conseguir un cambio lento pero progresivo de los hábitos alimentarios.
Psicoeducación.	Este tipo de terapia se realiza a través de aquellas intervenciones dirigidas a la educación para la salud. Por ejemplo: NIC: [1850] Fomentar el sueño. Entre sus actividades se destacan educar en higiene del sueño y regular los horarios y biorritmos.
Técnicas conductuales.	También definida como una intervención enfermera. NIC: [4350] Manejo de la conducta: ayudar al paciente a identificar manejar las conductas negativas.

Tabla de elaboración propia. Fuente: Valera Fernández et al (39). Manual de procedimientos de enfermería en SMC (21) y Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) (44).

Cuidados enfermeros a pacientes con obesidad que presentan dificultad a la adherencia terapéutica.

Larrañaga A, (23) puso de manifiesto uno de los principales problemas en la adherencia al tratamiento de la obesidad: la presencia de conductas patológicas que se encuadran dentro de un tipo de Trastorno de la Alimentación, como el Trastorno por Atracón o del Comedor Nocturno. La enfermera de AP ocupa una labor fundamental en el abordaje de la Obesidad, y el tipo de seguimiento que lleve a cabo con el paciente supondrá un factor determinante para el éxito del tratamiento (40). Nuevamente, se destaca la psicoeducación como una medida terapéutica eficaz para producir cambios conductuales positivos y duraderos en el paciente (29).

En el ensayo clínico aleatorizado *“Beneficios de la terapia cognitivo – conductual y la presoterapia en pacientes obesos”* (41) se planteó como objetivo principal que la TCC resultaría efectiva para mejorar los hábitos de alimentación en relación a **qué, cómo, cuándo y dónde comer**. A través de la consecución de diversas técnicas cognitivo-

conductuales basadas en el auto-registro (diarios sobre las comidas), el control de estímulos y los cambios de actitud frente a las ingestas (reducir atracones como respuestas al estado anímico) entre otras, el grupo de intervención no sólo cumplió con el objetivo, sino que también obtuvo unos resultados más favorecedores en: obtener una mayor disminución de peso, mantenida a largo plazo y reducir las conductas alimentarias negativas: picoteo secundario a estado distímico ($p < 0.001$) o secundario a ansiedad ($p < 0.007$).

CONCLUSIONES.

El objetivo planteado en esta revisión de la literatura científica ha sido: analizar el papel que puede desempeñar la enfermería en una detección precoz y en el seguimiento del Síndrome del Comedor Nocturno, bajo el contexto de atención comunitaria.

En relación a la detección temprana del NES se concluye que, se puede identificar a los grupos de riesgo desde las consultas de enfermería, tanto de AP como de los CSM. A través de una valoración por PFS, se detectan los problemas de salud asociados a los siguientes patrones: nutricional-metabólico, sueño-descanso, adaptación-tolerancia al estrés o autopercepción-autoconcepto [Figura 8]. Una vez identificada la población susceptible de padecer el trastorno, se les podría aplicar cuestionarios de detección específicos, como la traducción al español validada del NEQ (33).

Figura 8: Valoración enfermera teórica aplicada al NES. Patrones disfuncionales:

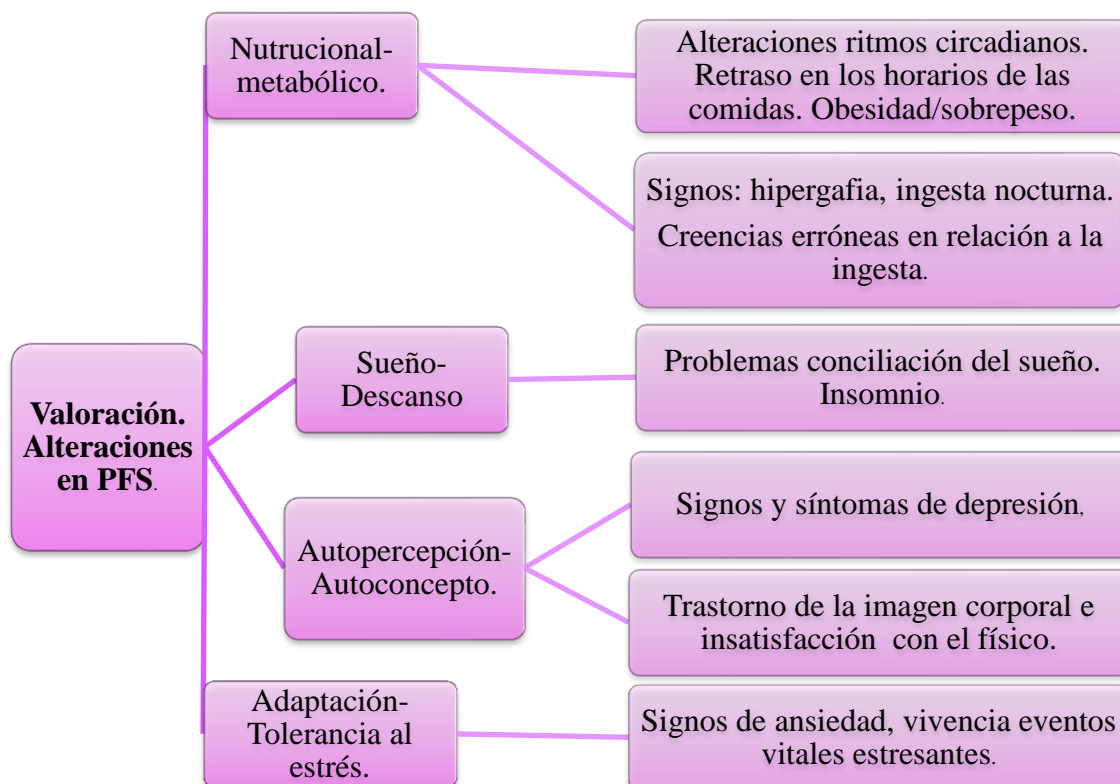


Figura de elaboración propia. Fuente consultada: Manual de procedimientos de enfermería en SM (21).

Por otra parte, tras la revisión de los resultados (20, 21, 37, 39, 40, 41) se considera que desde la enfermería comunitaria se puede realizar un abordaje integral e individualizado

del paciente con NES. Por ello, en concordancia con el Proceso de Atención Enfermero se propone un Plan de Cuidados dirigido al Síndrome del Comedor Nocturno [Tabla 8]

Tabla 8: Diseño de Plan de Cuidados dirigido al Síndrome del Comedor Nocturno.

DxE: [78] Gestión ineficaz de la propia salud.

- **NOC: [1608] Control de Síntomas.**
 - **Indicadores:** *“Reconoce la intensidad y frecuencia del síntoma, utiliza medidas preventivas, utiliza diario de síntomas y/o refiere control de síntomas”.*
 - **NIC: [4470] Ayuda en la modificación de sí mismo.**
 - **Actividades:** Identificar una meta de cambio responsable y específica. Explorar con el paciente las barreras potenciales al cambio de conducta y ayudarle a formular un plan sistemático para implementarlo.
- **NOC: [1601] Conducta de cumplimiento.**
 - **Indicadores:** *“Acepta el diagnóstico y modifica la pauta orientada por el profesional sanitario”.*
 - **NIC: [5602] Enseñanza: proceso de enfermedad.**
 - **Actividades:** Trabajar la conciencia de enfermedad.

Estas intervenciones de enfermería conllevan la aplicación de técnicas conductuales y de modificación del comportamiento; así como de psicoeducación al trabajar la conciencia de enfermedad. Cómo ya se ha indicado, ambas son técnicas que actualmente se aplican en el abordaje terapéutico del NES.

DxE: [232] Obesidad.

- **NOC: [1627] Conducta de pérdida de peso.**
 - **Indicadores:** *“Se compromete con un plan para comer de forma saludable, Identifica estados emocionales que afecten a las ingestas y utiliza un diario para controlar la ingesta de alimentos”.*
 - **NIC [5246] Asesoramiento nutricional.**
 - **Actividades:** Determinar cuáles son los hábitos alimentarios del paciente. Ayudarle a elaborar un registro de las ingestas y un plan alimentario para el control y bajada de peso. Conocer qué significado le atribuye a la comida.

Al tratar un problema de Sobrepeso u Obesidad en un paciente con NES, se deben de tener en cuenta una serie de consideraciones y diferencias respecto a un paciente que no lo presente. Resultaría esencial educarle en la importancia de mantener unos horarios saludables, acordes con los biorritmos fisiológicos y destacar la importancia del desayuno.

DxE: [178] Trastorno del patrón del sueño.

- **NOC: [4] Sueño.**

- Indicadores: “*Sueño interrumpido, duerme toda la noche, dependencia de ayudas para dormir*”.
- **NIC: [1850] Mejorar el sueño.**
 - Actividades: Determinar el patrón sueño/vigilia del paciente. Enseñarle técnicas que faciliten la conciliación del sueño.

En la atención a estos pacientes cobra gran importancia la psicoeducación en higiene del sueño. Dada la importancia de disminuir los niveles de cortisol durante la noche, se recomienda enseñar terapias de relajación e implementar las intervenciones no farmacológicas de cronoterapia descritas anteriormente.

DxE: Trastorno de la imagen corporal.

- **NOC: [1200] Imagen corporal.**

- Indicadores: “*Satisfacción con el aspecto corporal*”.
- **NIC: Reestructuración cognitiva.**
 - Actividades: Ayudar al paciente a identificar: las propias interpretaciones equivocadas sobre factores estresantes, el sistema de creencias que afecta a su salud y las emociones negativas.

La reestructuración cognitiva debería ser una NIC fundamental en el Plan de Cuidados elaborado por la enfermera especialista en Salud Mental. Se trabajarían aquellos pensamientos irracionales, tan presentes en estos pacientes, y que en ocasiones conducen a conductas erróneas, como la ingesta emocional. También, sería importante explicar los inconvenientes de las ingestas nocturnas y explorar si presenta la creencia de “necesitar comer para dormir de nuevo”.

- **NOC [1302] Afrontamiento de problemas.**

- Indicadores: “*Refiere bienestar psicológico y disminución de emociones negativas*”.
- **NIC: [5400] Potenciación del autoestima:**
 - Actividades: Ayudar al paciente a establecer sus fortalezas.

Se ha descrito que las personas con este Síndrome tienden a presentar una mayor insatisfacción con el físico, por tanto trabajar este aspecto será importante para su recuperación.

DxE: [69] Afrontamiento ineficaz.

- **NOC: [1405] Autocontrol de los impulsos**

- Indicadores: *“Identifica conductas compulsivas perjudiciales, confirma el acuerdo para el control de la conducta y mantiene el autocontrol sin supervisión”.*
- **NIC: [4350] Manejo de la conducta.**
 - Actividades: Responsabilizar al paciente de su conducta, establecer y pactar límites y estructurar conjuntamente los horarios, que conforman su día a día.

Por un lado, enseñar técnicas de modificación de conducta como poner post-it en lugares visibles de la casa, encadenar la nevera y esconder la comida, pueden resultar eficaces. La psicoeducación como medida para establecer unos hábitos saludables y afrontar los problemas, vuelve a resultar imprescindible.

- **NOC: [1302] Afrontamiento de problemas.**

- Indicadores: *“identifica patrones de superación ineficaces, adopta conductas para reducir el estrés y verbaliza la necesidad de asistencia”.*
- **NIC: [5230] Mejorar el afrontamiento.**
 - Actividades: Valorar el impacto que tiene sobre el paciente una situación estresante y tratar de comprender su perspectiva. Indicarle que no es adecuado tomar decisiones bajo un fuerte estrés y fomentar su dominio gradual sobre la situación.

Estos pacientes presentan una mayor vulnerabilidad a la vivencia de eventos estresantes y tienden a emplear medidas de afrontamiento inefectivas. Por tanto, reforzar en técnicas de afrontamiento activas y asegurar que el paciente cuente con apoyo social, serían intervenciones esenciales.

DxE: [146] Ansiedad.

- **NOC: [1402] Autocontrol de la ansiedad.**

- Indicadores: *“Monitoriza la intensidad de la ansiedad, planifica estrategias de superación efectivas, realiza técnicas de relajación”.*
- **NIC: [6040] Terapia de relajación.**
 - Actividades: Explicar los fundamentos y beneficios de la relajación. Enseñar diferentes técnicas y fomentar la práctica frecuente de las mismas.

Figura de elaboración propia. Fuente: Guía de Cuidados de Enfermería Familia y Comunitaria (20) Manual de procedimientos de enfermería en SMC (21), Manuales NANDA- NOC- NIC (42,43,44).

El Plan de Cuidados propuesto se ha realizado a partir de la selección de diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería de otros planes estandarizados para el abordaje de un TCA en general, que se han considerado más pertinentes para el Síndrome del Comedor Nocturno.

Limitaciones de la revisión.

A día de hoy, el Síndrome del Comedor Nocturno se considera un trastorno desconocido, no sólo entre la población general, sino también por múltiples profesionales de la salud (11,18). Este hecho supone una importante limitación, ya que influye negativamente sobre la calidad del diagnóstico y los tratamientos que pueda recibir el paciente con NES (11,19).

En España destaca la inexistencia de líneas de investigación específicas en esta materia. La única revisión narrativa sobre el NES publicada en nuestro país tuvo que ser excluida del trabajo, por no ajustarse a los criterios de inclusión ni tener disponibilidad del texto completo. Además, mientras se llevan a cabo estudios de investigación concretos sobre la Anorexia, la Bulimia o el Trastorno por Atracón; el NES ha quedado incluido en “un cajón de sastre” denominado “Trastornos de la Conducta Alimentaria no Específicos (TCANE)” (13, 21). De hecho, las últimas investigaciones, describen al Síndrome del Comedor Nocturno como un factor de riesgo de la Obesidad, al relacionar esta enfermedad crónica con los hábitos alimentarios y los estilos de vida vigentes en la población española (23).

Seguidamente, se citan las limitaciones derivadas de la carencia de investigación y del desconocimiento acerca del Síndrome, en nuestro país:

- A día de hoy, al no haberse realizado ningún estudio de prevalencia del NES, se desconoce su incidencia real en España.
- Al desconocer el Síndrome no se aplican las herramientas de detección específicas del NES en la población de riesgo, y puede quedar enmascarado bajo otro trastorno, con aquel que comparta manifestaciones clínicas similares, como por la ejemplo, la Obesidad.

- En las Guías de Práctica Clínica de Enfermería sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, no se describe un Plan de Cuidados estandarizado que identifique los problemas prevalentes y más característicos del paciente “comedor nocturno”.
- Tampoco se ha evidenciado el empleo, de manera sistemática, de los tratamientos ya evidenciados en otros países para el abordaje del NES, respecto al rol de la enfermería española.

Por otra parte, deben considerarse otras limitaciones relacionadas de forma directa con la elaboración del trabajo:

- En relación con la metodología, una de las mayores dificultades ha sido encontrar publicaciones científicas de enfermería sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria o la Obesidad, que permitieran establecer una relación con el Síndrome objeto de estudio. Esto puede deberse a los filtros de búsqueda empleados, que han limitado considerablemente el número de resultados hallados.
- El espacio y número de referencias bibliográficas máximas ha supuesto un factor limitante. Se considera que por ajustarse al espacio, algunos de los apartados se han abordado de manera más somera, y obviando algunas aclaraciones de interés: por ejemplo, en la relación de la Cronobiología y el NES.

Propuestas de investigación y mejoras en la práctica clínica enfermera.

- Se propone la elaboración de futuros estudios de investigación de prevalencia, para determinar la incidencia real del Síndrome del Comedor Nocturno en España.
- Se recomienda estandarizar el uso de las herramientas de detección precoz en el Síndrome, como el NEQ, para aplicar en la población de riesgo; es decir, en aquella que tras una valoración por PFS, se hayan detectado alteraciones funcionales en los patrones descritos, previamente en las conclusiones.
- En el presente trabajo, se elabora un Plan de Cuidados estandarizado, meramente teórico, para estos pacientes. Sería interesante la implementación de dicho Plan, desde las consultas de enfermería de AP y de CSM, a través de estudios

experimentales, para comprobar la eficacia de las diferentes intervenciones enfermeras.

- Una vez constatado a través de este trabajo, que desde la enfermería se puede valorar, detectar y tratar el NES, se concluye que debería abrirse un nuevo campo de investigación en la enfermería española en relación con este Síndrome.

Por último, se reitera la importancia para los profesionales de la salud, de conocer la existencia y las principales manifestaciones clínicas del NES, ya que trabajan día a día con población susceptible de padecerlo. De ello depende un diagnóstico exacto y preciso, y por lo tanto, la implementación de un tratamiento eficaz y capaz de repercutir positivamente sobre la calidad de vida del paciente (19).

Agradecimientos.

Mi más sincero agradecimiento a Isabel Calvo Viñuela, tutora de la presente revisión narrativa, por su paciencia y tiempo. Gracias también por introducirme en un tema, desconocido para mí hasta hace unos meses, y guiarme durante su largo desarrollo.

Al personal de la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, por sus tutorías individualizadas, que realizaban con gran paciencia.

A Virginia, desde siempre gran amiga, por ayudarme a redactar el Abstract.

Y por último, gracias a mi familia y amigos, por escuchar hasta la saciedad el tema del Síndrome del Comedor Nocturno sin referir una sola queja, durante estos últimos meses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Valera Moreiras G, Serrano Iglesias M, Alonso Aperte E, García González A, Anchón Tuñón A. Alimentación y Sociedad en la España del siglo XXI. Zridi ed. Madrid: Fundación Mapfre; 2015.
2. Sánchez - Barbudo A. Avances en medicina del adolescente: Trastornos de la Conducta Alimentaria del S. XXI. Voxpaed. 2010; 17(1):19-27.
3. Rebato Ochoa M. Las “nuevas” culturas alimentarias: globalización vs. Etnicidad. Biblid. 2009; 10:135-147.
4. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estado de nutrición y riesgo cardiovascular en España (ENRICA): Sanofi. Madrid; Octubre, 2013.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
6. Garaulet Aza M. La cronobiología, la alimentación y la salud. Mediterráneo económico. 2015; 101(27): 101-122.
7. Cleator J, Abbot J, Judd P, Sutton C, Wilding JPH. Night eating syndrome: implications for severe obesity. Nutr Diabetes [Revista on-line] 2012 [Consultado 18 enero 2016]; 2(44): doi:10.1038/nutd.2012.16. Disponible en: <http://goo.gl/Ky4vyn>.
8. Lundgren JD, McCune A, Spreser C, Harkins P, Zolton L, Mandal K. Night eating patterns of individuals with eating disorders: Implications for conceptualizing the night eating syndrome. Psychiatry Res. 2011 3/30; 186(1):103-108.
9. Vinai P, Cardetti S, Studt S, Carpegna G, Ferrato N, Vallauri P, et al. Clinical validity of the descriptor. “Presence of a belief that one must eat in order to get to sleep” in diagnosing the Night Eating Syndrome. Appetite. 2014 4/1;75: 46-48.
10. Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP, Geliebter A, Gluck ME, Vinai P, et al. Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. Int J Eat Disord. 2010; 43(3):241-247.
11. Kucukgoncu S, Midura M, Tek C. Optimal management of night eating syndrome: Challenges and solutions. Neuropsychiatr Dis Treat. 2015;11:751-760.

12. National Institute of Mental Health [página principal en Internet] Maryland: NIH [citado 26 febrero 2016]. Eating Disorders among adults; [3 pantallas]. Disponible en: <http://goo.gl/j8A9dm>
13. Peláez Fernández MA, Raich Escursell RM, Labrador Encinas FJ. Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. Revista mexicana de trastornos alimentarios. 2010; 1(1):62-75.
14. Runfola CD, Allison KC, Hardy KK, Lock J, Peebles R. Prevalence and Clinical Significance of Night Eating Syndrome in University Students. Journal of Adolescent Health. 2014; 55(1):41-48.
15. Saraçlı Ö, Atasoy N, Akdemir A, Güriz O, Konuk N, Sevinçer GM, et al. The prevalence and clinical features of the night eating syndrome in psychiatric out-patient population. Compr Psychiatry. 2015;57:79-84.
16. Vander Wal JS. Night eating syndrome: A critical review of the literature. Clin Psychol Rev. 2012;32(1):49-59.
17. Gallant AR, Lundgren J, Drapeau V. The night-eating syndrome and obesity. Obesity Reviews. 2012;13(6):528-536
18. Vandereyckent W. Media Hype, Diagnostic Fad or Genuine Disorder? Professionals' Opinions About Night Eating Syndrome, Orthorexia, Muscle Dysmorphia, and Emetophobia. Eating disorder. 2011;19:145-155. Doi: 10.1080/10640266.2011.551634
19. Goncalves MD, Moore RH, Stunkard AJ, Allison KC. The treatment of night eating: the patient's perspective. European Eating Disorders Review. 2009; 17(3):184-190.
20. Nieto E, Casado A, García C, Peláez L. Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2º ed. España: Faecap; 2009
21. Caminero Luna P, Castelo Sardina C. Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la comunidad de Madrid: Planificación estratégica, comisión consultiva de cuidados de enfermería 2010 -2014. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. ed. Madrid: SaludMadrid 2012.
22. Baile J, Gil - Ezquerro , Raquel, Escalada - Abraham A. El papel de la enfermería en atención de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. Pulso. 2015;82:30-33

23. Larrañaga Vidal A, García-Mayor RV. Alta frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria inespecíficos en personas obesas. *Nutrición Hospitalaria*. 2009;24(6):661-666
24. Stunkard AJ, Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP. A biobehavioural model of the night eating syndrome. *Obesity Reviews*. 2009;10:69-77.
25. Gómez-Abellán P, Madrid JA, Ordovás JM, Garaulet M. Aspectos cronobiológicos de la obesidad y el síndrome metabólico. *Endocrinología y Nutrición*. 2012;59(1):50-61.
26. Kucukgoncu S, Tek C, Bestepe E, Musket C, Guloksuz S. Clinical Features of Night Eating Syndrome among Depressed Patients. *Eur eat disord rev*. 2014 03; 22(2):102-108.
27. Meule A, Allison KC, Platte P. Emotional Eating Moderates the Relationship of Night Eating with Binge Eating and Body Mass. *European Eating Disorders Review*. 2014;22(2):147-151.
28. De Zwaan M, Marschollek M, Allison KC. The night eating syndrome (NES) in bariatric surgery patients. *Eur Eating Disord Rev*. 2015;23(6):426-434.
29. Grave RD, Calugi S, Ruocco A, Marchesini G. Night eating syndrome and weight loss outcome in obese patients. *Int J Eat Disord*. 2011;44(2):150-156.
30. Meule A, Allison KC, Brähler E, de Zwaan M. The association between night eating and body mass depends on age. *Eating Behav*. 2014;15(4):683-685.
31. Nolan LJ, Geliebter A. "Food addiction" is associated with night eating severity. *Appetite*. 2016 3/1;98:89-94.
32. Depner CM, Stothard ER, Wright Jr. KP. Metabolic consequences of sleep and circadian disorders. *Curr Diabetes Rep [Revista online]* 2014 [consultado 1 marzo 2016];14(7):507. doi: 10.1007/s11892-014-0507-z. Disponible en: <http://goo.gl/US6EIN>.
33. Moizé V, Gluck ME, Torres F, Andreu A, Vidal J, Allison K. Transcultural adaptation of the Night Eating Questionnaire (NEQ) for its use in the Spanish population. *Eating Behav*. 2012 8;13(3):260-263.
34. Costa MB, Stein AT, Fernandes Moça Trevisani V, Valente O, Harb A, Melnik T. Pharmacological and psychosocial interventions for night eating syndrome in adults (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 4. Art. No.: CD011667. Doi: 10.1002/14651858.CD011667

35. Amianto F, Ottone L, Abbate Daga G, Fassino S. Binge-eating disorder diagnosis and treatment: a recap in front of DSM-5. BMC Psychiatry [Revista online] 2015 [consultado 10 marzo 2016];15:70. doi: 10.1186/s12888-015-0445-6. Disponible en: <http://goo.gl/xeebcx>.
36. Allison KC, Tarves EP. Treatment of Night Eating Syndrome. Psychiatr Clin North Am. 2011 12;34(4):785-796.
37. Vander Wal JS, Maraldo TM, Vercellone AC, Gagne DA. Education, progressive muscle relaxation therapy, and exercise for the treatment of night eating syndrome. A pilot study. Appetite. 2015 6/1;89:136-144.
38. Leslie A. Sim, PhD; Donald E. McAlpine, MD; Karen B. Grothe, PhD; Susan M. Himes, PhD et al. Identification and Treatment of Eating Disorders in the Primary Care Setting. Mayo Clin Proc. 2010;85(8):746-751.
39. Valera MR, Coletas J, Ramírez M, Gracia A, Valera AB, Marín MJ. Trastornos del sueño y trastornos de la conducta alimentaria. Relajación con risoterapia. Estudio piloto. Rev Enferm Salud Ment. 2016;3:5-12. Doi: 10.5538/2385-703X.2016.3.5
40. Phillips K, Wood F, Kinnersley P. Tackling obesity: the challenge of obesity management for practise nurses in primary care. Family Practise. 2014;31(1): 51-59.
41. Torres V, Castro Sánchez AM, Matarán Peñarocha GA, Lara Palomo I, Aguilar Ferrándiz ME, Moreno Lorenzo C. Beneficios de la terapia cognitivo-conductual y la presoterapia en pacientes obesos: ensayo clínico aleatorizado. Nutr Hosp 2011; 26(5):1018-1024.
42. Herdman H, Kamitsuru S. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015.
43. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner Ch. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.
44. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.

ANEXOS.

Anexo 1: Ritmos circadianos fisiológicos. Anexo 2: Mecanismo serotoninérgico

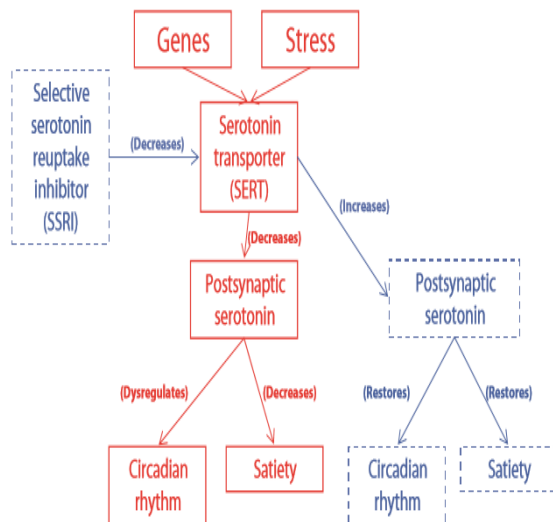
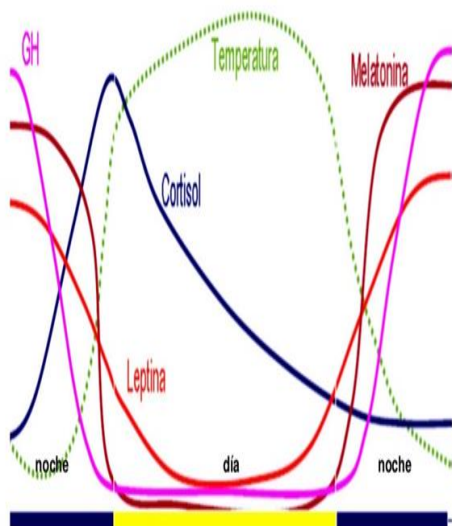


Imagen obtenida de Google imágenes. Búsqueda: “Ciclos hormonales melatonina y cortisol”

Figura extraída. Fuente: Stunkard AJ et al (24).

Anexo 3: Criterios diagnósticos y de tratamientos para los TCA aplicados en AP.

Eating disorder	Demographic characteristics and diagnostic symptoms	Screening tool options	Common physical symptoms to monitor	Pharmacological treatment	Psychological treatment
Anorexia nervosa (AN)	Female 13-25 y BMI <18.5 Amenorrhea Restrictive eating Fear of weight gain (not always disclosed)	SCOFF ⁷ EDDS ⁸	Hypokalemia Hypophosphatemia Hypomagnesemia Renal function ECG (bradycardia and arrhythmias) Metabolic alkalosis Osteopenia	No evidence for fluoxetine or other SSRI for AN symptoms SSRIs beneficial for treatment of comorbid anxiety and depression	Maudsley family-based therapy for adolescents CBT or other comparable modality (no differences between modalities)
Bulimia nervosa (BN)	Female 16-35 y 18.5 > BMI < 25 Binge eating Vomiting, fasting, or other compensatory behavior Strong drive for thinness	SCOFF ⁷ EDDS ⁸	Hypokalemia Hypomagnesemia Renal function Metabolic alkalosis Russell signs Dental caries Enamel erosion	Fluoxetine or other SSRI for BN symptoms SSRI for comorbid symptoms	CBT has most evidence for BN and comorbid symptoms Interpersonal therapy Dialectical behavior therapy
Binge-eating disorder	Male and female 25-50 y BMI >25 Binge-eating with absence of compensatory behavior	EDDS ⁸ EAT ⁹ QEWPR ¹⁰	Complications related to obesity Limited ability to lose weight	Sibutramine for weight loss Orlistat for weight loss SSRI for comorbid depression or anxiety	Group or individual CBT for binge-eating and comorbid symptoms Behavioral weight management
Night-eating syndrome	Male and female BMI >25 25%-50% of kilocalories consumed after evening meal Initial insomnia	Not available	Complications related to obesity Limited ability to lose weight	Sertraline or other SSRI	Research evidence not available Behavioral therapy for weight management or eating modification

Figura extraída de “Identification and Treatment of Eating disorders in the Primary Care Setting” (38).

