



Viernes 25 de marzo de 2022

Seminario:

**Detección e intervención del pediatra
en los trastornos de la conducta
alimentaria**

Moderadora:

Pilar Rojo Portolés

Pediatra. CS Esquivias. Toledo.

Ponentes/monitoras:

■ **Eva Escribano Ceruelo**

*Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.
Madrid.*

■ **Raquel Jiménez García**

*Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.
Madrid.*

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Jiménez García R, Escribano Ceruelo E.
Detección precoz e intervención del pediatra
en los trastornos de la conducta alimentaria.
En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización en
Pediatría 2022. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2022.
p. 123-133.



Detección precoz e intervención del pediatra en los trastornos de la conducta alimentaria

Raquel Jiménez García

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

raquel.jimgar@gmail.com

Eva Escribano Ceruelo

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

OBJETIVOS DOCENTES

1. Aprender a reconocer precozmente los signos y síntomas de los distintos trastornos de la conducta alimentaria (TCA).
2. Realizar una correcta evaluación médica y establecer los criterios de gravedad.
3. Conocer las principales pautas terapéuticas y el papel del pediatra en el seguimiento evolutivo de estos pacientes.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) representan la tercera causa de enfermedad crónica en niños y adolescentes, después del asma y la obesidad. La prevalencia en la población se sitúa en 0,3% para anorexia nerviosa (AN), 1% para bulimia nerviosa (BN) y 1,6% para el trastorno por atracones (TA), muchas veces asociado a obesidad. Los TCA son más frecuentes en la adolescencia que en cualquier otra época de la vida. Hay estudios que encuentran que el 40% de los adolescentes hacen o han hecho dieta y que el 13% desarrolla algún trastorno alimentario. La edad media de inicio son 12,5 años.

En Europa, un 2-3% de mujeres presentan trastornos alimentarios, frente a un 0,3-0,7% de varones (10:1). Los TCA se presentan en todas las razas y niveles socioeconómicos.

DEFINICIÓN Y TIPOS

Se describen los principales tipos de TCA y sus criterios diagnósticos según el *Diagnostic and Statistical Manual*

of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) (Tabla 1).

Tabla 1. Criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (DSM-5)

Anorexia nerviosa (AN)
Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un “peso corporal significativamente bajo” con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Un “peso significativamente bajo” se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado
Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo
Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual
Tipo restrictivo: Durante los últimos 3 meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (vómitos autoprovocados, uso incorrecto de laxantes, diuréticos o enemas)
Tipo con atracones/purgas. Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (vómitos autoprovocados, uso incorrecto de laxantes, diuréticos o enemas)
Bulimia nerviosa (BN)
A. Episodios recurrentes de atracones. Un atracón se caracteriza por: <ul style="list-style-type: none"> ■ Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas ■ Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (por ejemplo, sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere)
B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo
C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses
D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal
E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa
Trastorno por atracón (TA)
A. Episodios recurrentes de atracones que se caracterizan por las dos siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> ■ Comer en un corto periodo de tiempo (dos horas) una cantidad de comida mayor que la que come la mayoría de la gente en ese mismo periodo ■ Sensación de pérdida de control durante los episodios (por ejemplo, no poder parar de comer o no controlar lo que uno come)
B. Durante los episodios de atracones al menos 3 de los siguientes indicadores de pérdida de control: <ul style="list-style-type: none"> ■ Comer más rápidamente de lo normal ■ Comer hasta sentirse muy lleno ■ Comer grandes cantidades de comida cuando no siente hambre ■ Comer grandes cantidades de comida todo el día, no planificando la hora de la comida ■ Comer solo porque está a disgusto de cómo uno come ■ Sentirse a disgusto con uno mismo, deprimido, o muy culpable después de comer
C. Importante malestar por los atracones

» continúa de pág. anterior

D. Los atracones son al menos de 2 veces por semana y en un periodo de 6 meses

E. No existen criterios para la bulimia nerviosa

Trastorno de evitación/restricción de ingestión de alimentos (TERI)

A. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos (por ejemplo, falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las necesidades nutritivas y/o energéticas adecuadas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:

- Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
- Deficiencia nutritiva significativa.
- Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
- Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada

C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución

D. El trastorno alimentario no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno alimentario se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional

FACTORES DETERMINANTES

Los TCA emergen debido a la confluencia de varios factores:

- **Socioculturales:** presión social que considera el atractivo físico como el valor personal predominante, equiparando belleza y atracción con delgadez. Algunas personas buscan su autoestima en la modificación de la apariencia corporal.
- **Personales:** son más vulnerables las personas con mayor sensación de ineficacia y malestar en las relaciones interpersonales, o que dependen en exceso de las opiniones externas y que eliminan las emociones e imperfecciones.
- **Genético-biológicos:** existe mayor riesgo si tienen familiares que padecen esta enfermedad. Hacer dieta predispone a padecer TCA, tanto más cuanto mayor sea su duración e intensidad.
- **Familiares:** son más vulnerables las familias en las que la apariencia ocupa un lugar privilegiado o no

existe una alimentación estructurada. Se puede producir un efecto contagio si las personas cercanas están a régimen o hacen dietas especiales. Familias en las que se teme el surgimiento y la expresión de emociones negativas.

- **Desencadenantes:** comentarios negativos acerca del físico en su grupo de pares, charlas de “saludismo”, interés por cambios de hábitos alimentarios: veganismo, ortorexia. Otros cambios vitales: separación de los padres, estudios en el extranjero, situaciones de acoso, experiencia sexual no deseada, pubertad, confinamiento (durante la pandemia COVID-19)...

DETECCIÓN PRECOZ Y DIAGNÓSTICO

El pediatra es la figura que, por su proximidad y confianza al paciente y la familia, conocedor de sus situaciones vitales, se encuentra en un lugar privilegiado para la detección de los pródromos o incluso en los primeros estadios del trastorno de alimentación.

Estos son los signos y síntomas de alarma:

- Dificultades para la alimentación *de novo*, o ya conocidas, pero con un aumento marcado de intensidad, con comportamientos distintos a los habituales con la comida (por ejemplo, saltarse comidas).
- Pérdida de peso o no ganancia del peso/talla esperados para su etapa de desarrollo. Fluctuaciones de peso.
- Evitar comer algunos alimentos o texturas.
- Estar obsesionado con la comida y con su peso (contaje de calorías, control del tipo y cantidad de alimento que come, saltarse comidas, pesarse repetidamente). Interés por páginas web o redes sociales de dietas.
- Hacer dieta de manera implacable (no la rompe ante ningún evento). La dieta se hace cada vez más estricta a pesar de la pérdida ponderal. Limita los alimentos que ingiere (pan, dulces, fritos) y cambia la forma de comer (lentamente, trocea la comida, la acumula en la boca, la esparce por el plato, la aplasta, deja comida en los bordes). Se ausenta de las comidas familiares con diversas excusas.
- En las chicas, desaparición de la menstruación.
- Vómitos autoprovocados (olor característico después de utilizar el baño, intentar ocultar el olor del aliento por distintos métodos, visitas repetidas al baño después de comer, durante las comidas, o por largos periodos de tiempo, dejar correr el agua del grifo cuando está en el baño para ocultar el sonido al provocar el vómito).
- Comprar laxantes, enemas o diuréticos (esconder paquetes de medicación para ir al baño o píldoras adelgazantes).
- Cambios del estado de ánimo: irritabilidad, tristeza, llanto, tendencia al aislamiento, autoexigencia.

- Incremento o cambios de la actividad física, especialmente en varones y sobre todo después de comer o por la noche cuando el resto duermen, por ello siempre se preguntará por el sueño.
- Síntomas somáticos: síntomas físicos inespecíficos, el más frecuente dolor abdominal, junto con inapetencia, sensación de plenitud gástrica y estreñimiento en su evolución. La presencia de mareos, presíncope o síncope.

EVALUACIÓN

Anamnesis

El primer paso es realizar una historia clínica dirigida. Es recomendable realizar la entrevista con el paciente, si es posible a solas, completándola posteriormente con los padres. La anamnesis incluirá:

- **Historia del peso.** Historia de desarrollo (peso, altura, características sexuales secundarias) durante la infancia y adolescencia. Peso máximo y mínimo, peso perdido y en cuánto tiempo. Utilización previa de otros métodos para perder peso. Antecedente de obesidad.
- **Hábitos dietéticos.** Ingesta de alimentos y líquidos (tipo y cantidad) (por ejemplo, “¿comes todo tipo de alimentos?”, “¿cuánta agua u otros líquidos bebes al día?”), alimentos evitados (grasas o hidratos de carbono), motivo de la evitación de alimentos (inapetencia, adelgazar, no poder tragar), contaje de calorías. Tipo de dieta familiar (veganos, vegetarianos...).
- Historia dietética de 24 horas (preguntar por un día cualquiera, recogiendo un registro de los alimentos ingeridos en cada una de las comidas). Rituales alrededor de las comidas (trocear, escurrir, esconder, dejar comida en el plato, prepararla para otros...). Atracones (tipo de comida y cantidad), frecuencia y desencadenantes.

- **Conductas compensatorias. Vómitos autoinducidos, frecuencia, momento en relación con la ingesta. Uso de diuréticos, laxantes, fármacos adelgazantes y otros.**
- **Ejercicio.** Qué tipo de ejercicio hace durante el día, con qué frecuencia, nivel de intensidad (“¿haces mucho ejercicio?”). Sentimientos de ansiedad y necesidad cuando no puede realizarlo.
- **Consecuencias físicas de la enfermedad:**
 - Detención de ganancia de peso o pérdida de peso.
 - Detención de desarrollo estatural.
 - Detención desarrollo puberal.
 - Menarquía, ciclo menstrual, fecha de la última menstruación, regularidad, tiempo de amenorrea y uso de anticonceptivos.
 - Mareo, presíncope o cansancio.
 - Palidez, aparición frecuente de hematomas o sangrado.
 - Intolerancia al frío, extremidades frías.
 - Palpitaciones, dolor torácico, disnea, intolerancia al ejercicio.
 - Caída del cabello, lanugo, piel seca.
 - Hipertrofia parotídea.
 - Callosidad en superficie dorsal de la mano (signo de Rusell).
 - Sensación de plenitud, distensión abdominal posprandial, dolor abdominal, ardor epigástrico.
 - Vómitos, síntomas de reflujo gastroesofágico.
- Erosión dental, caries.
- Cambios en el hábito intestinal: diarrea, estreñimiento, sangre en heces.
- Debilidad, calambres musculares.
- **Estado mental:** disminución de atención, concentración, o bien hiperalerta, lenguaje escaso y monotemático. Obsesión con peso, comida y actividades académicas.
- **Alteraciones del sueño.**
- Preguntar por sintomatología que acompaña a otras enfermedades incluidas en el **diagnóstico diferencial:** hipertiroidismo, diabetes, cáncer, infección o enfermedad inflamatoria intestinal.
- **Consecuencias emocionales de la enfermedad.** Ansiedad ante la comida e intensidad de la ideación anoréxica (por ejemplo, “¿cuánto tiempo ocupa en tu cabeza la comida y tu cuerpo?”). Estado de ánimo y cambios de humor: irritabilidad (por ejemplo, “¿cómo estás de ánimo?”, “¿te sientes triste o irritable?”).
- **Comorbilidad:** depresión. Ansiedad. **Ideación autolítica.** Autolesiones.
- **Historia social:** antecedente de maltrato o abuso sexual, factores estresantes recientes (familia, colegio, amigos), burlas en el colegio, aislamiento social (por ejemplo, “¿te llevas bien con tu familia?”, “¿tienes buenos amigos?”). Implicación en webs de comidas, autolesiones, proanorexia (“proana”) o probulimia (“pro-mia”). Actividad en redes sociales. Relaciones sexuales de riesgo.
- **Consumo de sustancias** (p. ej., “cuando sales con tus amigos, ¿bebes?, ¿fumas?”). Otras drogas.
- **Antecedentes personales y familiares:** hay que preguntar tanto por los antecedentes médicos

como psiquiátricos (obesidad, TCA, depresión u otras enfermedades mentales, como ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo), adicciones. Alergias. Estado vacunal.

No se debe descartar el diagnóstico de AN en base a las siguientes condiciones: negativa explícita del deseo de perder peso o negar verse obeso, sexo masculino, edad menor de 12 años, trastorno orgánico o estrés al inicio de la sintomatología, sintomatología depresiva, no presencia de dieta, pero existencia de ejercicio excesivo (sobre todo en varones).

Lo que diferencia a la bulimia nerviosa de la AN no es la presencia de conductas purgativas, sino la existencia de un patrón cíclico atracón-purga-atracón.

Los adolescentes con AN pueden no reconocer ni admitir el miedo a ganar peso.

A pesar de la elevada prevalencia y morbimortalidad de los TCA y de la disponibilidad de opciones terapéuticas, siguen estando infradiagnosticados. Habitualmente se tardan unos 2 años, y pasan por alrededor de unos 5 profesionales (pediatras o médicos de familia, endocrinólogos, gastroenterólogos, nutricionistas, psicólogos...) antes de llegar a una unidad especializada en TCA. Sin embargo, **su identificación precoz es muy importante, ya que una menor duración de la enfermedad se asocia con un mejor pronóstico.**

La mayoría de los adolescentes hacen negación de la enfermedad, a veces también sus familias. Por la falta de conciencia de enfermedad, la negativa a iniciar el tratamiento puede ser manifiesta y será vivida con gran intensidad emocional. Es necesaria mucha empatía y dedicación, al tiempo que firmeza para frenar el curso de esta.

Por otra parte, es importante destacar que cualquier paciente con una presentación atípica de un TCA, ya sea en función de la edad, el sexo u otros factores no típicos de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, requiere una búsqueda meticulosa de otra explicación alternativa.

EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración física nos dará el signo de alarma más específico: la **pérdida de peso** o la detención de la curva de peso y evolutivamente, en los pacientes pre-púberes, enlentecimiento de la talla junto con el parón del desarrollo puberal.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que el peso no es el único marcador clínico de un TCA, personas con peso normal pueden tener TCA (por ejemplo, pacientes con AN con sobrepeso previo o con BN).

Se realizará la **toma de constantes vitales:**

■ **Temperatura, frecuencia cardiaca, tensión arterial** (decúbito supino y tras 3 minutos estando de pie). La bradicardia (FC <60 lpm) está presente en la mayoría de los pacientes con AN, especialmente en aquellos con una malnutrición grave. Además de la delgadez, la **bradicardia** es el signo físico más constante. Su presencia, en el contexto clínico adecuado, debe alertar al médico sobre la posibilidad de la existencia de un TCA.

■ **Peso, talla, IMC (kg/m²).** En función del IMC se clasificará el grado de desnutrición:

- Desnutrición leve: IMC Z-score -1 a -2 (adultos: IMC 17-18,49 kg/m²).
- Desnutrición moderada: IMC Z-score -2 a -3 (adultos: IMC 16-16,99 kg/m²).
- Desnutrición grave: IMC Z-score < -3 (adultos, IMC <16 kg/m²).
- Desnutrición extrema: IMC <15 kg/m².
- Equivalencia Z-score y percentiles (p): -3 = p 0,1; -2 = p 2,3; -1 = p 15,9; +1 = p 84,1; +2 = p 97,7; +3 = p 99,9.

Se realizará una exploración física completa, prestando especial atención a la valoración de las masas muscula-

res (pérdida, flacidez), los depósitos de grasa subcutánea (desaparición de la grasa corporal y de la bola adiposa facial de Bichat), la piel (sequedad, palidez, dermatitis, petequias, lanugo, autolesiones), el cabello (alopecia, pelo fino o ralo), las uñas (friables, coiloni-quia), la cavidad bucal (estomatitis, queilitis, gingivitis, caries, esmalte dental), la hipertrofia parotídea, la perfusión periférica (acrocianosis, frialdad distal), el edema de extremidades, la auscultación cardíaca (soplos, frecuencia cardíaca), los signos de deshidratación y el desarrollo puberal. Exploración neurológica completa.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Los resultados de las pruebas de laboratorio pueden ser normales incluso en presencia de un TCA que pone en peligro la vida del paciente. Anormalidades menores pueden indicar que los mecanismos compensatorios han alcanzado límites críticos.

En la **Tabla 2** se reflejan las alteraciones analíticas más frecuentes.

Tabla 2. Alteraciones analíticas más frecuentes en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria (TCA)

Estudios	Potenciales hallazgos anormales en TCA
Hemograma	Anemia, leucopenia o trombocitopenia
Bioquímica	Glucosa: ↓ (pobre nutrición), ↑ (omisión insulina)
	Sodio: ↓ (sobrecarga agua o laxantes)
	Potasio: ↓ (vómitos, laxantes, diuréticos, realimentación)
	Cloro: ↓ (vómitos), ↑ (laxantes)
	Bicarbonato sanguíneo: ↑ (vómitos), ↓ (laxantes)
	Gasometría venosa: alcalosis metabólica, CO2 normal o elevado y Cloro normal o bajo o pH urinario de 8-8,5 (vómitos recurrentes)
	Urea: ↑ (deshidratación)
	Creatinina: ↑ (deshidratación, disfunción renal), ↓ (pobre masa muscular). Una cifra normal puede estar "relativamente elevada" debido a la pobre masa muscular.
	Calcio: ligeramente ↓ (pobre nutrición a expensas de hueso)
	Fósforo: ↓ (pobre nutrición o realimentación)
	Magnesio: ↓ (pobre nutrición, laxantes o realimentación)
	Total proteína/albumina: ↑ (en malnutrición aguda a expensas de masa muscular), ↓ (en malnutrición crónica)
	Bilirrubina total: ↑ (disfunción hepática), ↓ (disminución masa de eritrocitos)
	GOT, GPT: ↑ disfunción hepática
Amilasa: ↑ (vómitos, pancreatitis)	
Lipasa: ↑ (pancreatitis)	
Perfil lipídico	El colesterol puede estar elevado en la malnutrición temprana o bajo en la malnutrición avanzada
VSG	Muy baja (útil en diagnóstico diferencial)
Vitamina D3	↓ Vit D3
Pruebas función tiroidea	Tirotrópina (TSH) normal, T3 y T4 bajos o en límite normal-bajo (síndrome eutiroides enfermo)
Gonadotropinas y esteroides sexuales	↓ Hormona luteinizante (LH) y hormona foliculo estimulante (FSH). Estradiol ↓ en mujeres. Testosterona ↓ en hombres
IGF-1	↓ IGF-1

CRITERIOS DE INGRESO

Los criterios de ingreso en adolescentes con TCA son:

1. Peso: $\leq 75\%$ del peso ideal para la edad y sexo, IMC $< 16 \text{ kg/m}^2$ (especialmente cuando la pérdida de peso es muy rápida), pérdida de peso mantenida a pesar de un tratamiento intensivo. Estos criterios no son estrictos, pues algunos factores, como la ausencia de otros criterios médicos o contar con un apoyo familiar adecuado, pueden modificarlos.
2. Deshidratación.
3. Alteraciones electrolíticas (hipopotasemia, hiponatremia, hipofosfatemia).
4. Alteraciones electrocardiográficas (por ejemplo, prolongación del QTc o bradicardia grave).
5. Inestabilidad fisiológica.
 - a. Bradicardia grave (FC $< 45\text{-}50$ lpm durante el día, < 40 lpm por la noche).
 - b. Hipotensión ($< 90/45$ mmHg).
 - c. Hipotermia (temperatura $< 35,6$ °C).
 - d. Hipotensión ortostática (disminución de la TAS > 20 mmHg o de TAD > 10 mmHg o un aumento de la FC > 20 lpm).
6. Rechazo total a alimentarse.
7. Atracones y vómitos incontrolables.
8. Fracaso del tratamiento ambulatorio.
9. Complicaciones médicas de la malnutrición (síncope, convulsiones, insuficiencia cardíaca, pancreatitis...).
10. Comorbilidad psiquiátrica o médica que impide el seguimiento ambulatorio (ideación suicida, depresión grave, diabetes *mellitus* tipo 1, trastorno obsesivo compulsivo).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En la **Tabla 3** se describen las entidades que deben incluirse en el diagnóstico diferencial.

Tabla 3. Diagnóstico diferencial de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Enfermedades gastrointestinales
Enfermedad inflamatoria intestinal
Enfermedad celiaca
Enfermedades infecciosas
Diarrea infecciosa
Infecciones crónicas (VIH, tuberculosis)
Enfermedades endocrinas
Hipertiroidismo o hipotiroidismo
Diabetes mellitus
Hipopituitarismo
Enfermedad de Addison
Alteraciones psiquiátricas
Trastorno obsesivo compulsivo
Trastornos por ansiedad
Depresión
Abuso de sustancias
Otros
Tumor del sistema nervioso central
Cáncer oculto
Síndrome de la arteria mesentérica superior

COMPLICACIONES MÉDICAS

Los TCA se asocian con múltiples complicaciones médicas, consecuencia de la pérdida de peso y la malnutrición, así como los métodos purgativos utilizados y pueden afectar a la mayor parte de los órganos o sistemas:

- **Constitucionales:** caquexia, malnutrición, retraso crecimiento, hipotermia.

- **Cardiovasculares:** atrofia miocárdica, prolapso mitral, derrame pericárdico, bradicardia, arritmia, cambios EKG, hipotensión, acrocianosis.
- **Ginecológicas:** amenorrea.
- **Endocrinas:** osteoporosis, síndrome del enfermo eutiroideo, hipercolesterolemia, hipoglucemia, diabetes insípida neurogénica, mal control diabetes *mellitus*.
- **Gastrointestinales:** gastroparesia (vaciamiento gástrico retardado), estreñimiento, dilatación gástrica, aumento del tiempo de tránsito colónico, hepatitis, síndrome de arteria mesentérica superior, diarrea.
- **Renales:** disminución del filtrado glomerular, cálculo renal, disminución en la capacidad de concentración de la orina, deshidratación, hipopotasemia, hipomagnesemia, nefropatía hipovolémica.
- **Hematológicas:** anemia, leucopenia, trombopenia.
- **Neurológicas:** atrofia cerebral, aumento de ventrículos, deterioro cognitivo, neuropatía periférica, convulsiones.
- **Dermatológicas:** xerosis, lanugo, efluvio telógeno, carotenodermia, autolesiones.
- **Dentales:** erosión, caries.
- **Musculares:** pérdida de masa muscular.
- **Déficit de vitaminas.**
- **Síndrome de realimentación.**

TRATAMIENTO- INTERVENCIÓN

Los objetivos del tratamiento son:

1. **Renutrición.** Recuperación del **IMC objetivo** (individualizado), alcanzando y manteniendo un peso saludable.

2. El peso diana/objetivo debe ser individualizado, considerando el desarrollo ponderoestatural previo (es muy importante conocer la curva de peso, talla e IMC previas) y la etapa puberal. Debe recalcularse periódicamente en función del estado de crecimiento y ajustado en base al estado de salud general.
3. **Adquisición de un patrón regular y variado de comidas**, con un horario determinado y una duración y estilo alimentario normalizado.
4. **Tratamiento de las complicaciones médicas. Recuperación de la menstruación.**
5. **Eliminación de conductas compensatorias** (vómitos, laxantes, diuréticos, ejercicio físico excesivo/compulsivo).
6. **Mejora del estado de ánimo**, disminución de la ansiedad e ideación anoréxica.

Es una enfermedad mental, en ocasiones muy grave, que tiene importantes repercusiones físicas. Precisa de un **tratamiento por parte de Psiquiatría/Psicología** en función de la persona y etapa de desarrollo, que varía según la etapa de la enfermedad y su gravedad. Actualmente el Tratamiento Basado en la Familia (TBF) es el tratamiento más efectivo para AN. Los objetivos del equipo de trabajo especializado son aumentar la cantidad y variedad de los alimentos consumidos, estabilizar la pérdida de peso o iniciar su recuperación, normalizar el ejercicio físico, evaluar y tratar las comorbilidades, tratar patrones distorsionados del pensamiento propios del trastorno y trabajar mediante psicoeducación la estructura y funcionamiento familiar.

INTERVENCIÓN DEL PEDIATRA/MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

El pediatra o médico de Atención Primaria tiene un papel muy importante en:

1. **La detección y diagnóstico precoz de los distintos tipos de TCA.** Identificar los factores de riesgo, pa-

trones de alimentación alterados, evaluación del peso, talla e IMC, ciclo menstrual y signos vitales.

2. **Excluir otras causas** de la pérdida ponderal, sin demorar la intervención si se sospecha un TCA.
 3. Realizar una adecuada **valoración nutricional**. Identificar las variaciones en el peso, retraso en el crecimiento o detenimiento del desarrollo. Determinar el grado de malnutrición.
 4. Monitorizar las **complicaciones médicas** agudas y crónicas.
 5. **Coordinar los cuidados con salud mental y otros niveles de tratamiento.**
 - a. Conocer los recursos disponibles en la Comunidad (centro de salud mental, Unidad específica de TCA, hospitalización, hospital de día...).
 - b. Conocer los motivos de derivación urgente al hospital.
 - c. Realizar un seguimiento estrecho del paciente hasta que pueda ser atendido en los dispositivos de salud mental. Control antropométrico y de constantes (tensión arterial y frecuencia cardíaca) periódico (semanal o quincenal).
 6. **Recomendaciones a los padres/ pacientes con TCA.**
 - a. Es importante ayudar a las familias a comprender que no son responsables de la enfermedad y tampoco su hijo/a. Esto facilita la aceptación de la enfermedad.
 - b. Guiar sobre una alimentación saludable, con patrones de alimentación normalizados. "La comida es la medicina necesaria para la recuperación". Es importante focalizar la atención en los hábitos de alimentación saludables más que en el peso.
- c. Pautas de actuación generales en casa:
 - i. Realizar el mayor número de comidas en familia (la comida tiene que estar supervisada).
 - ii. Evitar conversaciones en torno a la comida y el peso.
 - iii. Realizar 5 comidas al día. Beber 1,5 litros de agua al día.
 - iv. No saltarse comidas, comer despacio y sin distracciones (móvil, televisor).
 - v. No participar en la elaboración de la comida ni de la compra.
 - vi. Evitar ir al baño hasta 1 hora después de comer.
 - vii. Mantener reposo 1 hora después de comer.
 - viii. Realizar deporte de forma saludable. Dependiendo de la situación clínica puede ser recomendable evitar realizar ejercicio físico (seguir recomendaciones de salud mental).
 - ix. Mantener rutinas y horarios a la hora de acostarse, incluso los fines de semana.
 - x. Facilitar la comunicación y la expresión de opiniones y sentimientos.
 - xi. Mejorar la autoestima.
 - xii. Evitar el abuso de las tecnologías en la vida diaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hornberger LL, Lane MA. Committee on adolescence. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*. 2021;147:e2020040279.
2. Brynes N, Tarchichi T, McCormick AA, Downey A. Restrictive Eating Disorders: Accelerating Treatment Outcomes in the Medical Hospital. *Hosp Pediatr*. 2021;11:751-9.
3. Couturier J, Isserlin I, Norris M, Spettigue W, Brouwers M, Kimber M, et al. Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Eat Disord*. 2020;8:4.
4. Academy for Eating Disorders (AED). Trastornos de la conducta alimentaria. Guía de Cuidados médicos. [Fecha de acceso 25 de octubre de 2021]. Disponible en <https://www.aedweb.org/publications/medical-care-standards>
5. Graell M, Villaseñor A, Morandé G. Clínica y evaluación de los trastornos de alimentación de la edad prepuberal. En: Morandé G, Graell M, Blanco MA (eds.). *Trastornos del comportamiento alimentario y obesidad*. Panamericana; 2014.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistic manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing; 2013.
7. González-Juárez C, Pérez-Pérez E, Martín B, Mitja I, Roy R, Vázquez de la Torre P. Detección de adolescentes en riesgo de presentar trastornos de la alimentación. *Aten Primaria*. 2007;39:189-94.
8. Graell Berna M, Villaseñor Montarros A, Faya Barríos M. Signos de alerta en los trastornos de la conducta alimentaria en Atención Primaria. Del nacimiento a la adolescencia. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2015*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015. p. 423-30.
9. Golden NH, Katzman DK, Sawyer SM, Ornstein RM, Rome ES, Garber AK, et al. Society for Adolescent Health and Medicine. Position paper of the Society for Adolescent Health and Medicine: medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults. *J Adolesc Health*. 2015;56:121-5.

