



Viernes 14 de febrero de 2020

Seminario:

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

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](http://www.aepap.org)

¿Cómo citar este artículo?

Escribano Ceruelo E, Jiménez García R.  
Detección precoz e intervención del pediatra  
en los trastornos de la conducta alimentaria.  
En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización  
Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0;  
2020. p. 137-146.



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

Eva Escribano Ceruelo

*Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Raquel Jiménez García

*Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

*raquel.jimgar@gmail.com*

## 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, 1% para bulimia nerviosa y 1% para el trastorno por atracones muchas veces asociado a obesidad. Los trastornos de alimentación 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, siendo más probable el trastorno por atracones, seguido de la bulimia nerviosa y de la anorexia nerviosa.

En Europa, un 2-3% de mujeres presentan trastornos alimentarios, frente a un 0,3-0,7% de varones (10:1).

## DEFINICIÓN Y TIPOS

A continuación, se describen los principales tipos de TCA y sus criterios diagnósticos según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5.ª edición (DSM-5) de la American Psychiatric Association (2013).

## ANOREXIA NERVIOSA

---

A. 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.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. 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 tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

**Tipo con atracones/purgas.** Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

## BULIMIA NERVIOSA

---

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (por ejemplo, dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.
2. 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

---

A. Episodios recurrentes de atracones que se caracterizan por las dos siguientes condiciones:

1. Comer en un corto periodo de tiempo (por ejemplo, dentro de un periodo cualquiera de dos horas) una cantidad de comida mayor que la que come la mayoría de la gente en ese mismo periodo.
2. 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 tres de los siguientes indicadores de pérdida de control:

1. Comer más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse muy lleno.
3. Comer grandes cantidades de comida cuando no siente hambre.
4. Comer grandes cantidades de comida todo el día, no planificando la hora de la comida.

5. Comer solo porque está a disgusto de cómo uno come.

6. Sentirse a disgusto con uno mismo, deprimido, o muy culpable después de comer.

C. Importante malestar por los atracones.

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

E. No existen criterios para la bulimia nerviosa.

### TRASTORNO DE EVITACIÓN O RESTRICCIÓN DE INGESTIÓN DE ALIMENTOS

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 o energéticas adecuadas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:

1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
2. Deficiencia nutritiva significativa.
3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
4. 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 for-

ma 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 si 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...

## 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 sobre todo si aparecen de nuevo, o ya conocidas, pero con un aumento marcado de intensidad y en corto periodo de tiempo de comportamientos distintos con la comida, tales como saltarse comidas.
- Pérdida de peso o no ganancia del peso/talla esperado 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 la comida familiar 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, presíncopes o síncopes.

## EVALUACIÓN. COMPLICACIONES MÉDICAS

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 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.
  - Menarquia, 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 postprandial, dolor abdominal, ardor epigástrico.
- Vómitos, síntomas de reflujo gastroesofágico, erosión dental.
- 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). Obsesividad 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?”).
- **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** (por ejemplo, “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 anorexia nerviosa 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.

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

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

La mayoría de los adolescentes hacen negación de la enfermedad. Habitualmente se tardan unos 2 años, y pasan por alrededor de unos 5 profesionales (pediatras, médicos de familia si mayores de 14 años, nutricionistas, psicólogos...) antes de llegar a una unidad especializada en TCA. La negación será manifiesta, y está será vivida con gran intensidad emocional por parte del adolescente. Puede ser necesaria mucha empatía y dedicación, al tiempo que firmeza sobre el que "se debe hacer algo" para frenar el curso de esta enfermedad y su relevancia. Se trata de una enfermedad crónica grave con una alta mortalidad.

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.

A pesar de la elevada prevalencia de los TCA, de su elevada morbimortalidad y de la disponibilidad de opciones terapéuticas, siguen estando infradiagnosticados. Sin embargo, su identificación precoz es muy

importante, ya que una menor duración de la enfermedad se asocia con un mejor pronóstico.

## 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, en su evolución, 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 anorexia nerviosa con sobrepeso previo o con bulimia nerviosa).

Se realizará la toma de constantes vitales:

- Temperatura, frecuencia cardiaca, tensión arterial (decúbito supino y de pie).
- La bradicardia (FC <60 latidos/min) está presente en la mayoría de los pacientes con anorexia nerviosa, 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 ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). En función del IMC se clasificará el grado de desnutrición:
  - Desnutrición leve: IMC z-score -1 a -2 (adultos: IMC 17-18,49  $\text{kg}/\text{m}^2$ ).
  - Desnutrición moderada: IMC z-score -2 a -3 (adultos: IMC 16-16,99  $\text{kg}/\text{m}^2$ ).
  - Desnutrición grave: IMC z-score <-3 (adultos: IMC <16  $\text{kg}/\text{m}^2$ ).
  - Desnutrición extrema: IMC <15  $\text{kg}/\text{m}^2$ .
  - 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 musculares (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), el cabello (alopecia, pelo fino o ralo), las uñas (friables, coiloniquia), 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 1** se reflejan las alteraciones analíticas más frecuentes.

**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).

**Tabla 1.** Alteraciones analíticas en pacientes con 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, CO <sub>2</sub> normal o elevado y Cloro normal o bajo y/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	↓ Vitamina D3
Pruebas función tiroidea	Tirotropina (TSH) normal, T3 y T4 bajos o en límite normal-bajo (síndrome eutiroideo enfermo)
Gonadotropinas y esteroides sexuales	↓ Hormona luteinizante (LH) y hormona foliculo estimulante (FSH). ↓ Estradiol en mujeres. ↓ Testosterona en hombres
IGF-1	↓ IGF-1

↓: disminución; ↑: aumento; TCA: trastornos de la conducta alimentaria.

5. Inestabilidad fisiológica.
  - a. Bradicardia grave (frecuencia cardíaca <50 latidos/min durante el día, <45 latidos/min por la noche).
  - b. Hipotensión (<90/45 mmHg).
  - c. Hipotermia (temperatura <35,6 °C).
  - d. Hipotensión ortostática (disminución de la tensión sistólica >20 mmHg o de tensión diastólica >10 mmHg o un aumento de la frecuencia cardíaca >20 latidos/min).
6. Rechazo total a alimentarse.
7. Atracones y vómitos incontrolables.
8. Fracaso del tratamiento ambulatorio.
9. Complicaciones médicas de la malnutrición (síndrome, 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 2** se recogen los diagnósticos diferenciales.

## INTERVENCIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

El médico de Atención Primaria tiene un papel crítico en:

- La detección y diagnóstico precoz de los distintos tipos de TCA. Estos pacientes pueden no reconocer que están enfermos o pueden ser ambivalentes a la hora de aceptar el tratamiento. Este es un síntoma de su enfermedad. Además, los pueden minimizar, racionalizar u ocultar los síntomas o

**Tabla 2.** Diagnóstico diferencial de los TCA

<b>Enfermedades gastrointestinales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enfermedad inflamatoria intestinal</li> <li>■ Enfermedad celíaca</li> </ul>
<b>Enfermedades infecciosas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Diarrea infecciosa</li> <li>■ Infecciones crónicas (VIH, tuberculosis)</li> </ul>
<b>Enfermedades endocrinas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hipertiroidismo o hipotiroidismo</li> <li>■ Diabetes <i>mellitus</i></li> <li>■ Hipopituitarismo</li> <li>■ Enfermedad de Addison</li> </ul>
<b>Alteraciones psiquiátricas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Trastorno obsesivo compulsivo</li> <li>■ Trastornos por ansiedad</li> <li>■ Depresión</li> <li>■ Abuso de sustancias</li> </ul>
<b>Otros</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tumor del sistema nervioso central</li> <li>■ Cáncer oculto</li> <li>■ Síndrome de la arteria mesentérica superior</li> </ul>

**TCA:** trastornos de la conducta alimentaria; **VIH:** virus de la inmunodeficiencia humana.

comportamientos. Su racionalidad persuasiva y su competencia en otras áreas de la vida pueden disfrazar la gravedad de su enfermedad.

- Excluir otras causas de la pérdida ponderal, sin demorar la intervención si se sospecha un TCA.
- Realizar una adecuada valoración nutricional y psicosocial. Identificar las variaciones en el peso, retraso en el crecimiento o detenimiento del desarrollo.
- Determinar el grado de malnutrición.
- Monitorizar las complicaciones médicas agudas y crónicas.
- Manejo inicial. La intervención inicial es muy importante ya que una menor duración de la enfermedad se asocia a un mejor pronóstico. Se reco-

mienda realizar una intervención de **mínima incisión**, haciendo hincapié en la historia del desarrollo físico y madurativo, así como una adecuada evaluación física y antropométrica. Tras lo que se realizan una serie de recomendaciones iniciales al tiempo que derivará al paciente a una unidad de psiquiatría.

- Coordinar los cuidados con salud mental y otros niveles de tratamiento.

### TRATAMIENTO E INTERVENCIÓN

Los objetivos del tratamiento son:

- Renutrición. Recuperación del IMC objetivo (individualizado), alcanzando y manteniendo un peso saludable.
- Adquisición de un patrón regular y variado de comidas, con un horario determinado.
- Duración y estilo alimentario normalizado.
- Tratamiento de las complicaciones médicas. Recuperación de la menstruación.
- Eliminación de conductas compensatorias (vómitos, laxantes, diuréticos, ejercicio físico excesivo/compulsivo).
- Mejora del estado de ánimo, disminución de la ansiedad e ideación anoréxica.

### RECOMENDACIONES A PADRES DE PACIENTES DE CON TCA

- Acogida a los progenitores. Es importante ayudar a las familias a comprender que no causaron la enfermedad y que tampoco su hijo eligió tenerla. Este reconocimiento facilita la aceptación del diagnóstico, tratamiento, derivación, intervenciones y minimiza el estigma indebido asociado con la enfermedad.

- Dieta: se recomienda una dieta variada (con todo tipo de alimentos), con cantidades "adecuadas" a la edad y etapa de desarrollo.

- Pautas de actuación generales:

- Realizar el mayor número de comidas en familia (intentar que coma acompañado).
- Recomendar reposo después de comer (no realizar ejercicio físico).
- Evitar ir al baño inmediatamente después de las comidas.
- Evitar que participe en la elaboración de las comidas o en la compra de los alimentos.
- No realizar ejercicio físico.

- Control antropométrico y de constantes semanal hasta la evaluación en la unidad especializada.

- **No se recomienda una intervención máxima.** Es una enfermedad mental en ocasiones grave con repercusiones médicas que precisa de un tratamiento psicológico individualizado en función de la persona y etapa de desarrollo, que varía en función de 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.

### BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. [Fecha de acceso 18 nov 2019]. Disponible en [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)

- Chatoor I, Ganiban J, Hirsch R, Borman-Spurell E, Mrazek D. Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39:743-51.
- 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.
- Graell Berna M, Villaseñor Montarroso A, Faya Barrios 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.
- 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*. Editorial Médica Panamericana; 2014.
- Thomas JJ, Eddy KT. *Cognitive-Behavioral Therapy for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: Children, Adolescents, and Adults*. 1.ª edición. Cambridge University Press; 2019.
- Keery H, Sarah LeMay-Russell S, Barnes T, Eckhardt S, Peterson C, Lesser J, *et al*. Attributes of children and adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder. *J Eat Disord*. 2019;7:31.
- Nicholls D, Lynn R, Viner RM. Childhood eating disorders: British national surveillance study. *Br J Psychiatry*. 2011;198:295-301.
- Society for Adolescent Health and Medicine, Golden NH, Katzman DK, Sawyer SM, Ornstein RM, Rome ES, Garber AK, *et al*. 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.