

Trastornos del comportamiento alimentario

M.A. Salmerón Ruiz*,
C. Román Hernández**,
J. Casas Rivero***

*Pediatra. Unidad de Medicina del Adolescente.
Residente de Pediatría. *Pediatra Unidad de Medicina de la Adolescencia.
Hospital Universitario La Paz, Madrid



Resumen

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son enfermedades graves cuya psicopatología se centra en la comida y en la imagen. Los pacientes presentan alteraciones psiquiátricas, comorbilidades médicas y secuelas psicológicas muy negativas que afectan a su calidad de vida. Debido a ello, la utilización del sistema sanitario es alta, por lo que es preciso que los médicos conozcan y evalúen adecuadamente estos trastornos. Los TCA tienen un espectro clínico muy amplio y se benefician de un tratamiento multidisciplinar y un seguimiento estrecho. Los afectados sienten vergüenza por su incapacidad para controlar su alimentación y peso, y miedo al juicio del profesional. El hecho de que el profesional establezca un plan de tratamiento para la recuperación, sin prejuicios, puede ayudar de forma importante a estos pacientes.

Abstract

Eating disorders are serious illnesses. The psychopathology is centred on food and body image. Patients show psychiatric disorders symptoms, adverse medical comorbidities, and very negative psychological consequences that affect their quality of life. Because of that the use of health system is high so physicians need to know and properly evaluate these disorders. Eating disorders have a broad clinical spectrum and will be benefited by a multidisciplinary treatment and close monitoring. Patients are ashamed of their inability to control their diet and weight and they are afraid of the judgment on healthcare relationship. If the professional is able to create a treatment plan for recovery, without prejudice, it would be very useful for these patients.

Palabras clave: Trastornos del comportamiento alimentario; Anorexia nerviosa; Bulimia nerviosa.

Key words: *Eating disorders; Anorexia nervosa; Bulimia nervosa.*

Introducción: definición y perfil psicológico del paciente

Se definen las características que diferencian al paciente con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) se caracterizan por alteraciones en la conducta alimentaria relacionadas con la distorsión de la imagen corporal^(1,2). Se asocian con una sobrevaloración de la forma corporal y el peso; sin embargo, en el trastorno de atracones (TA) no existe distorsión de la imagen corporal.

La AN se caracteriza por la negativa a mantener un peso mínimo normal

que conduce a una malnutrición progresiva. Se puede dividir en dos subtipos: 1) restrictivo (asociado o no al ejercicio compulsivo): para perder peso restringen de forma muy importante la ingesta de alimentos; y 2) purgativo: presenta periodos de ingesta incontrolada, que son compensados por el vómito autoinducido, laxantes o diuréticos⁽²⁻⁴⁾.

El perfil del paciente con AN es una mujer, adolescente, delgada, con excesiva preocupación por la imagen corporal y la comida. Los rasgos de personalidad más frecuentes son: 1) muy perfeccionistas y con gran nivel de autoexigencia; 2) negación del hambre; 3) inmadurez afectiva y en las relaciones de pareja; 4) fuerte dependencia de su

entorno; y 5) aislamiento social. Es frecuente la asociación con otros trastornos psiquiátricos^(2,3).

La BN y el TA se caracterizan por episodios frecuentes de ingesta excesiva de comida en un corto periodo de tiempo, en el caso de la BN, se siguen de conductas compensatorias (como las purgas) para contrarrestar el aporte calórico extra. En el TA, como no hay conductas compensatorias de forma regular, normalmente tienen sobrepeso u obesidad. El "atacón" es vivido con gran ansiedad y se prepara de forma minuciosa, eligiendo alimentos de alto poder calórico, fáciles de ingerir y de vomitar, tras el mismo, tienen una gran angustia y frustración por la pérdida del

autocontrol; estos episodios están asociados a situaciones de estrés o conflictos emocionales^(2,5).

El perfil del paciente con BN es una mujer, adolescente, con peso normal o sobrepeso y con baja autoestima. Tienen una preocupación excesiva por la alimentación, suelen tener ciclos de dietas extremas y ayuno a lo largo de su vida. No suelen comer en público y suelen hacer una actividad física irregular, al igual que la alimentación “en atracones”. Es muy frecuente que hayan consultado al médico por otras patologías sin que el paciente confiese la presencia de un TCA^(2,5).

El trastorno de atracones (TA) se define por la ingesta recurrente de una cantidad de alimentos superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo (p. ej., dos horas), con sensación de pérdida de control y sentimientos de culpa.

Los cambios más importantes en el DSM-5, son: la clasificación independiente del TA, la flexibilización en los criterios de AN y BN y que los *trastornos no especificados o atípicos* (TCANE), que anteriormente era una categoría de “cajón de sastre” al ser muy restrictivos los criterios de AN y BN, en el DSM-5 es marginal y existe una nueva categoría denominada *trastornos especificados* (v. criterios diagnósticos)⁽⁴⁾.

Epidemiología

La prevalencia real de los TCA es desconocida. Tras los nuevos criterios del DSM-5, se ha visto modificada, con aumento de la AN leve. Los trastornos de la conducta alimentaria son más frecuentes en mujeres adolescentes.

- Desde la aplicación de los nuevos criterios del DSM-5, la prevalencia de los TCA se ha modificado. Ha aumentado la prevalencia y la heterogeneidad del grupo clasificado como AN. Se calcula un aumento del 60% en el caso de la AN, que equivaldría a pasar de una prevalencia del 0,7% a una del 2,2-3,6%; y del 30% en la BN, que pasaría de un 1% a un total de 1,3-2%. La prevalencia es parecida en todos los países desarrollados y está aumentando en los países en vías de desarrollo, como China y Brasil. Este trastorno se da en todas las clases socioeconómicas⁽⁷⁻¹⁰⁾.

- Sexo: la relación hombre/mujer para los TCA es de 1/10.
- Edad de inicio: el 85% de los casos aparece entre los 14 y los 18 años, aunque puede iniciarse a cualquier edad^(7,9).
- En los últimos años, la edad de inicio está disminuyendo progresivamente⁽⁸⁾. Cuanto menor es la edad de inicio, menor diferencia de prevalencia hay entre sexos. En el caso de BN y TA, el inicio es más tardío⁽⁴⁾.
- Profesión: las deportistas de alto rendimiento, bailarinas profesionales y modelos son de alto riesgo para desarrollar un TCA⁽⁸⁾.
- Determinadas enfermedades que afectan a la imagen corporal (diabetes, fibrosis quística, obesidad, etc.) y algunos trastornos mentales (trastornos de ansiedad y depresión) predisponen a los TCA⁽⁴⁾.

Etiopatogenia

La etiología es desconocida, aunque influyen factores biológicos, psicológicos y socioculturales que predisponen, precipitan y perpetúan los TCA.

Es desconocida, aunque la hipótesis más plausible es el modelo biopsicosocial^(1,2). Los factores que intervienen en su desarrollo quedan recogidos en la figura 1.

Clínica

La clínica viene determinada por las manifestaciones psiquiátricas de la enfermedad, que provocan una escasa ingesta calórica y/o las conductas purgativas que determinan las manifestaciones físicas de la enfermedad.

La clínica está resumida por órganos y aparatos en la tabla I⁽²⁾.

Diagnóstico

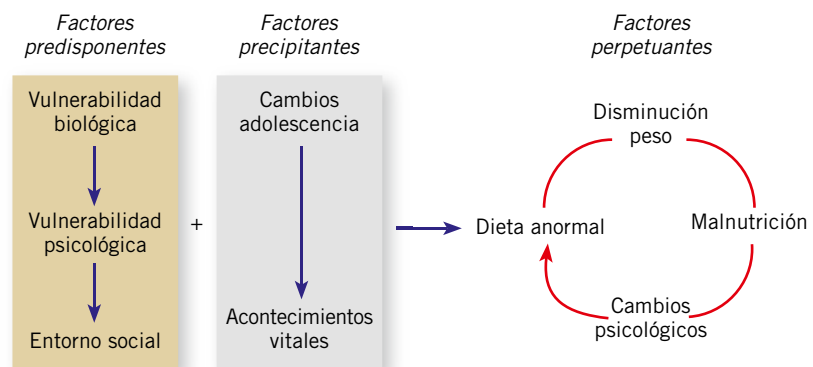
El diagnóstico es clínico; por tanto, es imprescindible una buena historia y una exploración física minuciosa. Las pruebas complementarias se realizan para conocer el estado de salud del paciente y la gravedad de las repercusiones físicas de la enfermedad. En todos los casos, se debe realizar: talla, peso, constantes y analítica básica.

El diagnóstico es clínico, por tanto, es imprescindible una buena historia clínica, evaluación física básica y psiquiátrica.

En la *primera consulta*, en el caso de Atención Primaria, sería necesario diferenciar entre un paciente ya diagnosticado de TCA y uno nuevo:

- En el primer supuesto, es necesario incidir en la entrevista en el apartado de conducta alimentaria, para intentar diferenciar si realmente existe un TCA. Por esta razón, se preguntarán solo algunos aspectos de la historia (puntos del 2 al 7).
- En el segundo caso, la entrevista debe ser completa, valorando incluso la necesidad de una segunda cita en la que se pueda disponer del tiempo necesario.

La primera consulta es la más importante, porque es necesario ganar la confianza del paciente y crear un clima que permita valorar adecuadamente los problemas psicosociales, familiares y afectivos; si esto no se consigue, la posibilidad de fracaso o incumplimiento terapéutico



Hipótesis multifactorial: sobre unos factores predisponentes (biológicos, psicológicos y entorno social) actuarían otros de carácter precipitante (cambios de la adolescencia, acontecimientos vitales, pérdidas, estrés), manteniéndose gracias a los factores perpetuantes (inanición y características de la enfermedad).

Figura 1. Etiopatogenia de los TCA: modelo biopsicosocial.

Tabla I. Fisiopatología, clínica y correlación con pruebas complementarias		
Sistema afectado	Signos y síntomas	Prueba complementaria alterada
Nutrición	Bajo peso, deshidratación, hipotermia, caquexia, debilidad y cansancio, aumentan con el grado de desnutrición	Bajo peso, bajo IMC Antropometría: disminución grasa corporal
Cardio-vascular	Debilidad, mareos, desmayo, dolor torácico, hipotensión ortostática, dificultad para respirar, palpitaciones, arritmias, bradicardia, pulso irregular y débil, extremidades frías y acrocianosis	ECG (debido a hipopotasemia): aumento de la amplitud de onda P, aumento del intervalo PR, bloqueo de primer grado, prolongación del QTc, ensanchamiento del complejo QRS, aumento de ritmos ectópicos supraventriculares y ventriculares y alteración del ST Ecocardiografía: prolapso de la válvula mitral y derrame pericárdico en la AN. Cardiomiopatía si toman ipecacuana Rx: corazón pequeño
Metabólicas	En la AN: fatiga, diuresis aumentada, intolerancia al frío y baja temperatura corporal En la BN: variaciones de peso, turgencia deficiente de la piel y edema con fóvea; en raras ocasiones, debilidad proximal, irritabilidad y calambres musculares En pacientes con deficiencia de vitaminas: estomatitis angular, glositis y diarrea. Color amarillento de palmas y plantas	- Hipopotasemia (con alcalosis hipoclorémica en vomitadores) - Hipomagnesemia (en vomitadores, abuso de laxantes y AN) - Hipofosfatemia (en vomitadores, abuso de laxantes y síndrome de realimentación) - Hipercolesterolemia en la AN - Tiroides: disminución de la T3 en la AN - Cortisol sérico aumentado en la AN Déficit vitamínico de folato, vitamina B ₁₂ , niacina y tiamina; hipercarotinemia en casos graves de AN Análisis de orina: aumento de la densidad urinaria y la osmolaridad, debido a la deshidratación por purga o el uso de diuréticos
SNC	Apatía, falta de concentración, ansiedad, depresión e irritabilidad; en la AN y en casos severos de BN, deterioro cognitivo; con menor frecuencia, convulsiones y neuropatía periférica	TAC: atrofia cortical y dilatación ventricular PET: alteración del flujo sanguíneo cerebral y del metabolismo RNM: disminución de la materia gris y blanca EEG: alteraciones inespecíficas
Digestivo	En la AN: dolor abdominal, estreñimiento, vómitos, distensión abdominal con las comidas, alteración de ruidos intestinales y distensión gástrica aguda (raro) En vomitadores: hiperplasia benigna de la parótida, caries, gingivitis, gastritis, esofagitis, alteración de la motilidad esofágica, S. Mallory-Weiss, perforación o necrosis, dolor abdominal y estreñimiento. Uso crónico de laxantes: distensión abdominal y alteración de la motilidad del colon	Función hepática: aumento GOT, GPT y BI Amilasa fraccionada: aumento de la amilasa salival en pacientes con purga. Aumento de la pancreática si hay abuso de laxantes o pancreatitis Motilidad gástrica: en la AN, retraso del vaciamiento gástrico, del tránsito intestinal y colónico, disfunción anorectal Endoscopia: inflamación y esófago de Barret Rx de abdomen: síndrome de arteria mesentérica superior y pancreatitis
Renal	En la AN: aumento o disminución de la orina	En sangre: aumento urea, disminución creatinina e insuficiencia renal prerrenal
Hematología	En la AN: fatiga y hematomas por alteración de la coagulación	Anemia normocítica, microcítica o macrocítica; leucopenia con linfocitosis relativa; disminución de VSG, trombocitopenia y anomalías de los factores de la coagulación (raro). Disminución de ferritina, vitamina B ₁₂ y ácido fólico
Sistema inmune	En la restauración del peso en la AN, fiebre por infecciones virales y menor respuesta de la fiebre a infecciones bacterianas	Alteraciones en el factor de necrosis tumoral y múltiples interleukinas, disminución de inmunoglobulinas y complemento

Continúa

Tabla I. Fisiopatología, clínica y correlación con pruebas complementarias (continuación)

Sistema afectado	Signos y síntomas	Prueba complementaria alterada
Tegumentos	En la AN: lanugo, caída del cabello y cabello seco y quebradizo, marcas de autolesiones, xerosis y acné En vomitadores: cicatrices en el dorso de la mano	Déficit vitamínicos y anemia
Orofaringe	En vomitadores: caries dental, erosión del esmalte, especialmente en la superficie lingular de incisivos, dolor y eritema de faringe, arañazos en el paladar y agrandamiento de glándulas salivales	Erosión del esmalte dental Amilasa: véase digestivo
Reproductor	En la AN: mayores tasas de complicaciones durante el embarazo y el periodo neonatal. Deficiencias nutricionales en la madre que pueden dar lugar a deficiencias en el feto. Amenorrea primaria, pérdida de la libido, problemas de fertilidad. Detención de: desarrollo sexual, caracteres sexuales secundarios y maduración psicosexual En la BN: problemas de fertilidad, oligomenorrea o amenorrea	Disminución de estrógenos en mujeres con AN o BN, disminución de testosterona en hombres. Patrón prepuberal de FSH y LH si hay amenorrea ECO pélvica: falta de desarrollo folicular y/o falta de folículo dominante con amenorrea
Óseo	Dolor óseo con el ejercicio. En casos graves: talla baja y detención del crecimiento (más en la AN que en la BN)	Radiografía óseas: fracturas por estrés (más en la AN que en la BN) y edad ósea retrasada en la AN Densitometría ósea: osteopenia y osteoporosis, sobre todo en cadera y columna lumbar (más en la AN que en la BN)

AN: anorexia nerviosa; BN: bulimia nerviosa; ECG: electrocardiograma; Rx: radiografía; EEG: electroencefalograma; ECO: ecografía; FSH: hormona folículo estimulante; IMC: índice de masa corporal; LH: hormona luteinizante; PET: tomografía por emisión de positrones; RNM: resonancia nuclear magnética; TAC: tomografía axial computarizada.

aumenta. La familia es un punto clave, por lo que es recomendable, después de un acercamiento común, plantear la necesidad de entrevistar a la familia y al paciente por separado. La primera consulta debe incluir: una historia clínica, la exploración física, la valoración de la realización de pruebas complementarias y la realización de un diagnóstico de sospecha y de las posibles complicaciones, para decidir si es necesario su derivación y la urgencia de esta (Tabla II).

Historia clínica

Es necesario que el pediatra sea muy cuidadoso. No tiene que culpabilizar al paciente. Tiene que actuar de la forma más natural posible, intentando comprender su situación, sin mostrar sorpresa.

1. Presentación del paciente: nombre, edad, sexo, escolarización, rendimiento académico, tipo de domicilio (mono-parental, biparental...).

2. Motivo de consulta: “¿qué te ocurre?”.
3. Consecuencias físicas de la enfermedad y conductas purgativas: síntomas clínicos a nivel cardiovascular, metabólico, digestivo, locomotor y reproductor (menarquia, ciclo menstrual, fecha de la última regla, regularidad, tiempo de amenorrea y uso de anticonceptivos). Es necesario ser extremadamente cuidadosos y no culpabilizar “¿has tenido la necesidad de vomitar, usar laxantes...?”.

4. Consecuencias emocionales de la enfermedad: estado de ánimo y cambios de humor. Si se afirma puede servir de ayuda, más si ha estado tiempo viviendo con la enfermedad sin comunicárselo a su familia: “has debido de estar muy triste”. “Lo has tenido que pasar muy mal”. “Todo esto que has vivido te habrá hecho estar muy rabiosa”.
5. Ansiedad ante la comida e intensidad de la ideación anoréxica. “Cuánto tiempo ocupa en tu cabeza la comida y tu cuerpo”. “¿Qué te pone más nerviosa, el inicio, la comida o terminar de comer?”.
6. Historia del peso: peso máximo y mínimo, rapidez de la pérdida, peso deseado y si con anterioridad ha usado otros métodos para perder peso.
7. Historia dietética: valorar la cantidad y calidad de la comida, para ello es muy ilustrativo preguntar

Tabla II. Niveles de tratamiento en pacientes con trastornos alimentarios

	Nivel 1: ambulatorio	Nivel 2: ambulatorio intensivo	Nivel 3: hospital de día^a	Nivel 4: ingreso no hospitalario	Nivel 5: ingreso hospitalario
Estado de salud	Estable (no presentan ningún criterio de ingreso)			Estable. No necesitan tratamiento intravenoso ni de sonda nasogástrica para la alimentación. No es necesaria la realización de pruebas de laboratorio diariamente	<i>Para niños y adolescentes:</i> si frecuencia cardíaca <40 lpm; diferencias ortostáticas (incremento >20 mmHg en el pulso o caídas >10-20 mmHg en la TA); presión arterial <80/50 mmHg; hipopotasemia ^b ; hipofosfatemia o hipomagnesemia <i>Para los adultos:</i> si frecuencia cardíaca <40 lpm; presión arterial <90/60 mmHg; glucosa <60 mg/dl; potasio <3 mEq/L; desequilibrio electrolítico; temperatura <36°C; deshidratación; alteración hepática; compromiso renal o cardiovascular, que requieran un tratamiento agudo; y diabetes mal controlada
Tendencias suicidas ^c	Pueden tener ideas suicidas. La hospitalización puede ser necesaria según el riesgo estimado				Alto riesgo de suicidio o intento de suicidio
Peso como porcentaje del peso normal ^d	>85%	>80%	>80%	<85%	<85% con disminución de peso aguda o rechazo a alimentarse, aunque no sea <85% del peso corporal normal
Motivación para recuperarse (cooperación, perspicacia y capacidad de controlar los pensamientos obsesivos)	De buena a aceptable	Aceptable	Parcial, tienen pensamientos repetitivos ^e >3 horas/día	De pobre a justa, pensamientos repetitivos ^e de 4-6 horas/día. Cooperan con un tratamiento muy estructurado	Escasa, pensamientos repetitivos ^e continuos. Falta de cooperación con el tratamiento o solo en ambientes altamente estructurados
Desórdenes (uso de sustancias, depresión, ansiedad)	Presencia de complicaciones que pueden influir en la elección del nivel de cuidado				Cualquier trastorno psiquiátrico existente que requiera hospitalización
Estructura que necesitan para comer o subir de peso	Auto-suficientes	Auto-suficientes	Necesitan ayuda para el aumento de peso	Necesitan supervisión en todas las comidas o restringen el consumo	Necesitan supervisión durante y después de las comidas o precisan sonda nasogástrica
Capacidad de controlar el ejercicio compulsivo	Autocontrol	Precisan cierto grado de estructura externa más allá del autocontrol para evitar el ejercicio excesivo			
Comportamientos de purga (laxantes y diuréticos)	Pueden reducir las purgas en un entorno no estructurado			Pueden solicitar y utilizar el apoyo de otras personas o usar sus habilidades cognitivas y conductuales	Necesitan supervisión durante y después de todas las comidas y en el baño. Incapaces de controlar las purgas diarias (severas, persistentes e incapacitantes) Las pruebas de laboratorio pueden ser normales
Entorno social	Apoyo emocional suficiente y estructurado	Apoyo emocional limitado y estructurado			Conflictos familiares graves o ausencia de familia (no tratamiento estructurado en el hogar) o viven solos, sin un sistema de apoyo adecuado
Disponibilidad geográfica del programa de tratamiento	Viven cerca del centro donde van a recibir el tratamiento			Viven lejos del centro donde van a recibir el tratamiento	

Se considera que un paciente está en un nivel determinado si cumple la mayor parte de los criterios de dicho nivel.

^aEste nivel se considera afectivo si se aplica 8 horas/día, 5 días a la semana. ^bEs necesario para evaluar adecuadamente la deshidratación; valorar iones en sangre y orina. ^cDebe ser valorado por un psiquiatra, hay que tener en cuenta diversos factores. ^dSon porcentajes aproximados, no estandarizados, es importante tener en cuenta también la composición corporal. ^ePueden formar parte de sus creencias, por tanto, sería una "idea sobrevalorada" o un pensamiento repetitivo que no es deseado, más cercano a lo obsesivo compulsivo.

Tabla III. Criterios diagnósticos DSM-5

Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa	Trastorno por atracón y TE
<p>A. Restricción de la ingesta energética en relación con los requerimientos que conduce a una significativa pérdida de peso en contexto a la edad, sexo, etapa de desarrollo y salud física. Significativa pérdida de peso se define como: un peso menor a lo mínimamente normal o, para niños y adolescentes, menos que lo mínimo esperado</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso o comportamiento persistente que interfiere con la ganancia de peso, incluso estando en un peso significativamente bajo</p> <p>C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Especificar el tipo: 1) <i>restrictivo</i>: durante los últimos tres meses, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas); y 2) <i>purgativo</i>: durante los últimos tres meses, el individuo recurre a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas) 	<p>A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingesta de alimento en un corto periodo de tiempo (p. ej., en un periodo de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar y bajo las mismas circunstancias - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento durante el episodio (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo) <p>B. Conductas compensatorias recurrentes e inapropiadas con el fin de no ganar peso, como son: provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno; o ejercicio excesivo</p> <p>C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos, una vez a la semana durante un periodo de 3 meses</p> <p>D. La autoevaluación es excesivamente influida por el peso y la silueta corporal</p> <p>E. La alteración no aparece exclusivamente durante el episodio de AN</p>	<p>Trastorno por atracón</p> <p>Sobreingesta frecuente (al menos, una vez a la semana durante tres meses) con falta de control y sentimientos de malestar. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los siguientes: 1) ingesta más rápida de lo normal; 2) ingesta hasta sentirse desagradablemente lleno; 3) ingesta de grandes cantidades de alimento sin sentir hambre físicamente; 4) comer solo por la vergüenza de la cantidad ingerida; y 5) sentimientos negativos sobre sí mismo (asco, depresión, culpa), posteriores a la ingesta</p> <p>Trastornos específicos (TE)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anorexia nerviosa atípica: se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal 2. Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada): se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses 3. Trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada): se cumplen todos los criterios para el trastorno por atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses 4. Trastorno por purgas: comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómito autoprovocado; uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones 5. Síndrome de ingestión nocturna de alimentos: episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingestión de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingestión. La ingestión nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingestión nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingestión alterado no se explica mejor por el trastorno por atracón u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno médico o a un efecto de la medicación

por un día cualquiera, recogiendo un registro de los alimentos ingeridos en cada una de las comidas. Cómo come, alimentos prohibidos, manías, rituales, conductas purgativas y frecuencia de estas conductas (si no se han recogido en el apartado de epidemiología).

8. Relación con los pares, amigos y pareja.
9. Consumo de sustancias. El uso de afirmaciones puede ayudar *“seguro que cuando sales con los amigos te*

bebes alguna cerveza o fumas algún cigarro”.

Todos los puntos anteriores deben ser contestados por el paciente, intentando que los padres intervengan lo menos posible, lo ideal es hacerlo a solas con el paciente. Posteriormente, se le preguntará a los padres sobre:

1. Cómo ven a su hija/o, incluyendo: parte física, estado de ánimo y cambios de comportamiento recientes.
2. Antecedentes personales y familiares: hay que preguntar tanto por los

antecedentes médicos y psiquiátricos y por la “forma de ser” del paciente y sus familiares.

Criterios diagnósticos

Establecidos en el DSM-5⁽⁹⁻¹¹⁾ (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), son de utilidad en la investigación para homogenizar criterios de distintas poblaciones y poder comparar. Se recogen en la tabla III⁽⁹⁾. El diagnóstico de un cuadro incompleto nunca debe considerarse como algo leve

Tabla IV. Detección precoz de los TCA

<i>Indicios físicos de sospecha</i>	<i>Indicios conductuales de sospecha</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso de origen desconocido en jóvenes - Fallo del crecimiento normal para el sexo y la edad - Irregularidades en la menstruación/amenorrea - Dolor abdominal, problemas gastrointestinales de repetición, alteraciones dentarias, hipertrofia parotídea - Mareos, 'lipotimias' - Lanugo, pérdida de cabello, lesiones en manos, mala circulación - Lesiones deportivas que no curan, fracturas, osteoporosis en jóvenes 	<ul style="list-style-type: none"> - Forma especial de comer: quitar la grasa, esconder y tirar comida, eliminar alimentos, saltarse comidas - Desaparecer tras las comidas y cerrarse en el baño - Ejercicio físico excesivo y compulsivo - Preocupación constante por su peso y sus formas - Pensamientos irracionales sobre la alimentación, el peso, el ejercicio y su imagen - Creciente interés por temas gastronómicos, ropa, moda - Tendencia a ocultar partes del cuerpo, uso de ropa holgada - Excusas para no comer - Aislamiento de amigos y compañeros

que no precisa tratamiento, ofrece la oportunidad de intervenir precozmente en una patología potencialmente mortal en un momento que será más fácil de abordar. Esto es especialmente importante en los pacientes más jóvenes, en los que el tratamiento precoz se asocia a un mejor pronóstico^(7,8) (Tabla IV).

Exploración física

Al tratarse de una enfermedad con repercusiones físicas, es necesaria una exploración física completa. Se le pueden explicar al paciente los hallazgos encontrados, salvo: peso, talla e IMC. Tiene que incluir:

- Peso, talla e IMC.
- Tensión arterial, pulso y temperatura.
- Exploración física general.
- Caracteres sexuales secundarios.

Es importante explicar al paciente y a sus familiares los siguientes puntos: 1) que el comportamiento anómalo del paciente se debe a una enfermedad y no a un deseo de manipular de forma consciente a nadie; 2) que existe una distorsión de su imagen corporal y una incapacidad para enfrentarse a sus problemas; 3) que es necesario reforzar su autoestima, su identidad y su capacidad de autocontrol; 4) que el paciente puede llegar a enfrentarse con el profesional en alguna fase del tratamiento; 5) que el peso no es lo más importante, sino el TCA que le impide desarrollar su vida

con normalidad, porque dedica la mayor parte del día al peso, a la comida y a las conductas compensatorias; 6) que el abordaje profesional inicialmente se centrará en conseguir la recuperación física del paciente; y 7) explicar la importancia de la enfermedad y la decisión que se ha tomado de derivar o no y el lugar donde se realizará la derivación^(1,3,5).

El pediatra de Atención Primaria es el profesional con mejor capacitación para el diagnóstico precoz de los TCA. Un adecuado manejo inicial asegura una alianza terapéutica y una mejor respuesta al tratamiento.

Tratamiento

Existen diferentes tipos de tratamiento según intensidad: hospitalización, hospitalización domiciliaria, hospital de día y tratamiento en consultas externas, que pueden ser llevados a cabo en diferentes niveles asistenciales.

El tratamiento debe ser realizado por un grupo multidisciplinar formado por: un psiquiatra, un psicólogo, un pediatra con conocimientos específicos de TCA y nutrición y se debería incluir a su pediatra de Atención Primaria. Se tiene que centrar en la terapia psicológica del trastorno de la alimentación y en las complicaciones asociadas. Incluye: educación psicológica familiar, nutricional y el tratamiento médico.

Objetivos del tratamiento

- Restaurar y mantener un peso saludable.
- Reducir y eliminar las restricciones, los atracones y las purgas.
- Educar en hábitos de vida: una alimentación sana, equilibrada y en la realización de ejercicio no excesivo.
- Tratar las complicaciones físicas y comorbilidades psiquiátricas asociadas: depresión, distimia, TOC, la regulación de los impulsos y los factores que contribuyen a una baja autoestima.
- Aumentar la motivación del paciente para que coopere en el tratamiento.
- Ayudar a los pacientes a reevaluar y cambiar los principales pensamientos y actitudes disfuncionales (identidad propia, imagen corporal, desarrollo, autoestima no centrada en el peso y en la imagen, afecto, sexo, familia, etc.).
- Obtener el apoyo de la familia y proporcionar asesoramiento a esta. Conseguir su colaboración es imprescindible para la terapia.
- Prevenir las recaídas^(2,4,7-9,12,13).

Niveles de tratamiento en pacientes con TCA

El nivel asistencial depende de factores: físicos, psíquicos, de la gravedad del TCA y del apoyo social (Tabla II)⁽²⁾.

Indicaciones de ingreso

- Constantes biológicas inestables (TA, pulso, temperatura...).
- Bradicardia u otras arritmias cardíacas.
- Anomalías electrolíticas.
- Urgencia psiquiátrica, riesgo elevado de suicidio o intento de suicidio.
- Pérdida de peso: excesiva (>25-30% del peso ideal) o rápida (>10% del peso en 2 meses).
- Ausencia de apoyo familiar.
- Fracaso o imposibilidad de tratamiento ambulatorio^(2,7-9,13,14).

Tratamiento de la anorexia nerviosa

a. Rehabilitación nutricional:

- Establecer objetivos para los pacientes con bajo peso grave.
 - Restaurar el peso.
 - Normalizar los patrones de alimentación y alcanzar las percepciones normales de hambre y saciedad.

- Corregir las secuelas biológicas y psicológicas de la desnutrición.
 - Evitar contacto del paciente con la elaboración de la comida. Los padres serán los responsables de cocinar.
 - Cuando la situación sea crítica, el médico es quien debe imponer su criterio de autoridad para iniciar el tratamiento y, en ocasiones, llegar a ingresar al paciente en contra de su voluntad.
 - Ayudar a volver a comer y al aumento de peso.
 - Ayudar a mantener el peso. Proporcionando un apoyo continuo a la paciente y a la familia^(2,3,7-9).
- b. *Tratamiento psiquiátrico y psicológico*: en su mayoría son tratamientos cognitivo-conductuales que se basan en técnicas de modificación de conducta, donde se van alcanzando privilegios en función del cumplimiento de objetivos terapéuticos. Es necesario que vaya acompañado de psicoterapia^(2,6-8).
- c. *Tratamiento farmacológico*:
- Los medicamentos psicotrópicos deben asociarse a intervenciones psicosociales, nunca como tratamiento único.
 - Siempre que sea posible, iniciar el tratamiento farmacológico una vez restaurado el peso. Considerar la posibilidad de antidepresivos para tratar la depresión o la ansiedad persistente después de la recuperación del mismo.
 - Considerar los antipsicóticos de segunda generación y de baja potencia en pacientes seleccionados que tengan síntomas severos.
 - Controlar los efectos secundarios generales, ya que los pacientes con desnutrición o depresión son más propensos a los efectos secundarios.
 - Restaurar la densidad mineral ósea: suplementos de calcio y vitamina D. La terapia hormonal sustitutiva con estrógenos se ha demostrado eficaz en algunos estudios, pero no existe suficiente evidencia científica. La recuperación del peso y de la función menstrual es la única medida demostrada eficaz para recuperar y mantener la densidad mineral ósea^(2,8,13).

Tratamiento de la bulimia nerviosa

a. *Rehabilitación nutricional*:

- Normalmente, los pacientes con bulimia están en sobrepeso. Es necesario calcular su peso ideal y ayudar a que lo alcancen, puesto que la obesidad puede contribuir a mantener la BN.
- Proporcionar asesoramiento nutricional para ayudar al paciente, aumentar la variedad de alimentos que se consumen y establecer un patrón de comidas regular.
- Corregir las deficiencias nutricionales.
- Minimizar la restricción de alimentos que conduce a atracones e identificar los momentos en los que suelen aparecer los atracones para poder planificar actividades incompatibles con los mismos.
- Alentar los patrones de ejercicio saludable, pero no excesivos^(5,14).

b. *Tratamiento psiquiátrico y psicológico*.

c. *Tratamiento farmacológico*: (v. tratamiento de AN).

Pronóstico

El tiempo medio de evolución de la enfermedad es de 4 años, cursando de forma episódica con gran influencia en las recaídas de los acontecimientos vitales estresantes. La BN tiene un mejor pronóstico.

El pronóstico es variable, la enfermedad puede durar mucho tiempo, con una evolución episódica y fluctuante asociada a los eventos estresantes de la vida. De forma general, la mitad de los pacientes con TCA evolucionan favorablemente y de la otra mitad, el 30% sigue presentando algún síntoma y el 20% restante tiene mala evolución. Concretamente, entre un 25% y un 50% de los pacientes con BN que son capaces de participar en el tratamiento se curan; la AN tiene peor pronóstico, sobre todo, si se asocia a conductas autolesivas. La mortalidad de la AN está entre un 2% y un 8%, de forma que sería la enfermedad psiquiátrica más letal. Los TCA tienen una alta probabilidad de recuperación en los primeros 10 años del inicio de la enfermedad, en la AN la posibilidad de recuperación disminuye al aumentar el tiempo de

evolución de la enfermedad, siendo un factor de mal pronóstico la AN prolongada^(3,5,15). Los factores conocidos que predicen un peor pronóstico son: 1) las conductas purgativas; 2) la falta de respuesta al tratamiento en enfermedades de larga evolución; 3) peso mínimo alcanzado muy bajo; 4) trastorno de obsesivo compulsivo; 5) relación familiar patológica; 6) comorbilidad; y 7) visitar páginas pro-ana, pro-mía⁽⁸⁾.

Criterios de derivación a los diferentes niveles asistenciales

Dependiendo de lo seguro que se sienta el pediatra en el manejo de estas pacientes y el apoyo que disponga de otros profesionales (psicólogos, psiquiatras y enfermeras), podrá abordar el tratamiento inicial de sus pacientes y seguirlos en su consulta hasta su curación. El compromiso terapéutico con estas patologías es de dos a cuatro años, como mínimo.

En caso de no sentirse confortable con estos pacientes, es mejor remitirlos a centros específicos para trastornos del comportamiento alimentario. Cuanto más precoz es el diagnóstico y el tratamiento, mayores son las posibilidades de éxito (Algoritmo 1)⁽⁹⁾.

El papel fundamental del pediatra es el diagnóstico precoz, el seguimiento estrecho hasta la derivación del paciente y la realización del tratamiento médico (exploraciones médicas periódicas, constantes y ayuda al soporte nutricional). Es muy importante que el papel de cada especialista esté bien definido. Existen diversas guías de TCA en las diferentes comunidades autónomas.

Prevención

La prevención primaria y secundaria es la labor fundamental del pediatra, se debe de sospechar ante una conducta anómala y se debe de incluir en las revisiones periódicas de salud.

Hay tres niveles fundamentales de prevención que dependen de los objetivos y de la población a la que vaya dirigida dicha intervención:

- Prevención primaria: el objetivo principal es evitar el desarrollo de conductas anómalas relacionadas con la comida y va dirigido a toda la población.

SCOFF
 Identificación: Fecha:.....

Seleccione la respuesta que más se ajuste a lo que le ocurre.

1. ¿Tiene sensación de estar enfermo/a, porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo?	Sí	No
2. ¿Está preocupado/a, porque siente que tiene que controlar cuánto come?	Sí	No
3. ¿Ha perdido recientemente más de 6 kg en un periodo de tres meses?	Sí	No
4. ¿Cree que está gordo/a, aunque otros digan que está demasiado delgado/a?	Sí	No
5. ¿Diría que la comida domina su vida?	Sí	No

TOTAL:

Por cada sí: 1 punto. Una puntuación mayor o igual a 2 puntos indica un probable caso de TCA.

Figura 2. Test de Scoff⁽⁸⁾.

- Prevención secundaria: está diseñada para diagnosticar y tratar los signos tempranos de los TCA, es aquí donde la Pediatría de Atención Primaria juega un papel crucial.
- Prevención terciaria: su objetivo es reducir las complicaciones de la enfermedad instaurada.

Para la detección precoz, es esencial que los profesionales sanitarios realicen preguntas para descartar TCA en la consulta, especialmente en las revisiones periódicas de salud del niño y adolescente. Los indicios físicos y conductuales de sospecha de un TCA están descritos en la tabla IV. Actualmente, se dispone de cuestionarios simples, fáciles y rápidos para la posible identificación precoz de un TCA, no para el diagnóstico. Son los cuestionarios SCOFF y ESP, el primero fue validado al español en 2005 (Fig. 2), tiene una sensibilidad del 78,4% y una especificidad del 75,8%⁽¹⁵⁾.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

1. Casas Rivero J, Salmerón Ruiz M.A. Trastornos del comportamiento alimentario. *Pediatr Integral* 2012; XVI(10): 769-79.
2. Treatment of Patients With Eating Disorders. Third Edition. American Psychiatric Association Practice guidelines 2006. DOI:10.1176/appi.books.9780890423363.138660.
3. Waldrop DR, Cushing TA, Bessman E, Talavera F, Harwood R, Benner BE. Emergent Management of

Anorexia Nervosa. Jun 17, 2011. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/805152-overview#aw2aab6b2b3aa>.

- 4.*** Phillipa H, David C, David F, Sloane M, Richard N, Lois S, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016; 50(5): 410-72.
5. Osterhout CI, Scher LM, Hilty DM, Yager I, Aronson SC, Talavera F, et al. Bulimia Nervosa. Nov 15, 2011. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/286485-overview>.
6. Rosen D and The Committee on Adolescence. Clinical Report Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2010; 126: 1240-53.
- 7.* Rome ES. Eating Disorders in Children and Adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2012; 42: 28-44.
- 8.* Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de Conducta Alimentaria. Versión completa [Internet]. Barcelona: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria/completa/general/copyright.html.
- 9.*** American Psychiatric Association DSM- 5 Development. 2010. Proposed Draft Revision to DSM Disorders and Criteria. Disponible en: <http://www.dsm5.org>.
- 10.** Mustelin L, Silén Y, Raevuori A, Hoek HW, Kaprio J, Keski-Rahkonen A.

The DSM-5 diagnostic criteria for anorexia nervosa may change its population prevalence and prognostic value. *J Psychiatr Res*. 2016; 77: 85-91.

11. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision. 4th ed. Washington, DC; 2000.
12. Kara Fitzpatrick K, Lock J. Anorexia Nervosa. *Clinical Evidence*. 2011; 04: 1011.
- 13.* Graell M, Morandé G. Programa de hospitalización para niños de edad escolar y adolescentes con trastornos alimentarios. 12º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2011. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatria.com/article/viewFile/1276/1176>.
14. Jáuregui Lobera I, León Lozano P, Bolaños Ríos P, et al. Traditional and new strategies in the primary prevention of eating disorders: a comparative study in Spanish adolescents. *Int J Gen Med*. 2010; 3: 263-72.
15. García-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibáñez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res*. 2005; 59(2): 51-5.

Bibliografía recomendada

- Phillipa H, David C, David F, Sloane M, Richard N, Lois S, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016; 50(5): 410-72.

Guía práctica actualizada de los TCA, donde se hace especial atención en los aspectos psiquiátricos, aunque están desarrollados los aspectos médicos y diferenciando según edad.

- American Psychiatric Association DSM- 5 Development. 2010. Proposed Draft Revision to DSM Disorders and Criteria. Disponible en: <http://www.dsm5.org>.

DSM-5 con cambios sustanciales respecto a la clasificación previa DSM-IVR.

- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de Conducta Alimentaria. Versión completa [Internet]. Barcelona: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria/completa/general/copyright.html.

En esta guía, se recoge: test de detección precoz, algoritmos diagnóstico y de tratamiento en los diferentes niveles asistenciales, con documentos muy útiles y prácticos para el uso diario en consulta.

- Graell M, Morandé G. Programa de hospitalización para niños de edad escolar y adolescentes con trastornos alimentarios. 12º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2011. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/>

[revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/1276/1176](http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/1276/1176).

Describe el protocolo de hospitalización del Hospital Niño Jesús de Madrid, con una descripción minuciosa del tratamiento cognitivo conductual, base del ingreso domiciliario.

Caso clínico

Acude a la consulta una chica de 16 años, traída por sus padres, porque ha confesado que tiene un problema con la comida. El curso académico que acaba de terminar fue muy difícil, mucho agobio por sacar unas notas excelentes. Hace un año, sin motivo aparente, comienza a desorganizar las comidas y a restringir, porque se ve muy gorda e inicia pérdida paulatina de peso, unos 15 kg. Hace 1 mes, acuden a una nutricionista e inicia pautas de alimentación, permitiéndole aumentar algo de peso, pero cree que le ha agobiado más y no puede dejar de pensar en el cuerpo y se pasa el día contando calorías. Ideación del 80%, agobiada: 8/10, más intenso tras las comidas. Los padres la notan mucho más triste, aunque ella afirma que sus padres son unos exagerados. No tiene relaciones sociales, no tiene ganas de salir y han dejado de llamarla para quedar. Recordatorio de 24 horas: 1.500 kcal de ingesta.

Han notado que tiene las pulsaciones muy bajas y que se cansa de forma inmediata con el ejercicio, se le cae el pelo, tiene la piel fría y estreñimiento.

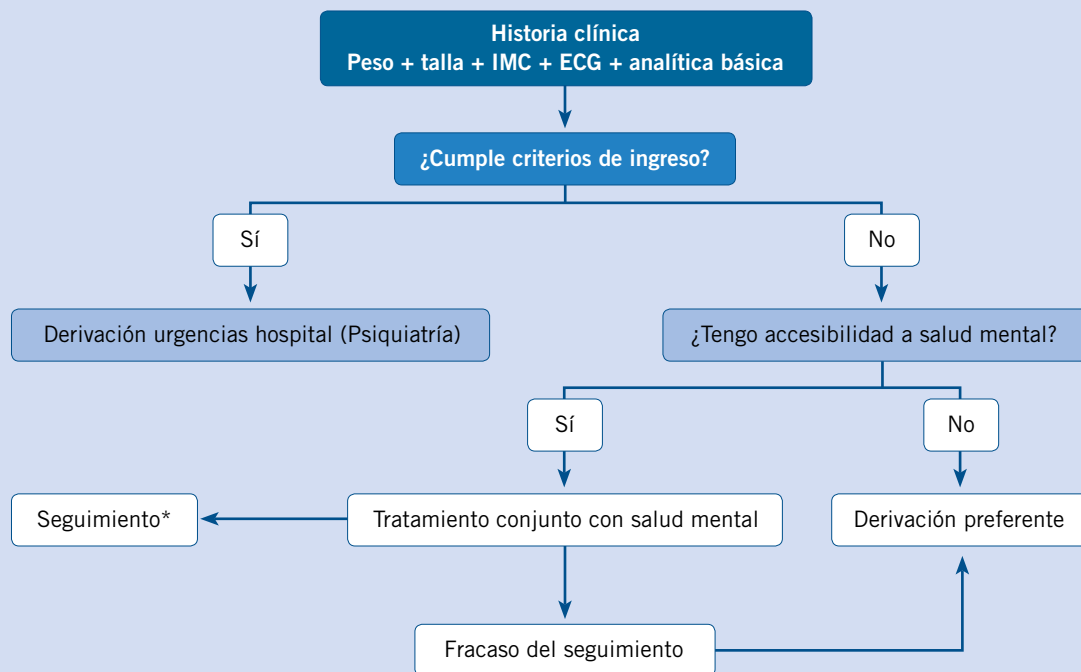
Duerme 5 horas al día, sin insomnio de conciliación y con despertar precoz (4 horas).

Antecedentes personales de interés. Menarquia a los 14 años, reglas regulares, en amenorrea un año. Ingreso al nacimiento por bajo peso al nacer. Buenas notas desde siempre, autoexigente. Dedicaba mucho tiempo al estudio y cree no obtener los resultados que se merece.

Antecedentes familiares de interés. Madre: 52 años. Hipercolesterolemia y sobrepeso. Su padre y dos hermanas viven sanas.

Exploración física. Peso: 40,65 kg. Talla: 165 cm. TA: 96/68. IMC: 14 kg/m². FC: 49 lpm. Pelo ralo, lanugo, caquexia, piel fría y seca. Resto normal, incluyendo genitales.

Algoritmo. Derivación a especializada



*Semanal hasta estabilización de IMC y control de TCA. Posteriormente, se va espaciando: mensual, bimensual...



Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Trastornos del comportamiento alimentario

9. ¿Qué característica NO es propia del perfil de un paciente con anorexia nerviosa?

- Adolescente con excesiva preocupación por la imagen corporal y la comida.
- Adolescente muy perfeccionista con gran nivel de autoexigencia.
- Adolescente con madurez afectiva excesiva y poca dependencia de su entorno.
- Adolescente con un trastorno obsesivo compulsivo.
- Adolescente con conductas restrictivas para perder peso.

10. Señale lo INCORRECTO con respecto a la entrevista clínica:

- Es fundamental realizar una historia clínica completa.
- La primera consulta no es la más importante, la confianza del paciente se puede ganar en consultas sucesivas sin que esto repercuta en el éxito del tratamiento.
- La entrevista con la familia es un punto clave, por la implicación que tienen en la curación de la enfermedad.
- Es importante no culpabilizar al paciente de lo que le ocurre.
- Se deben incluir un apartado de la evolución del peso y la talla del paciente.

11. ¿Cuál es la FALSA?

- En la anorexia nerviosa hay una restricción de la ingesta energética que conduce a una pérdida significativa de peso.
- En el trastorno de atracones, existe una sobreingesta con falta de control y sentimientos de malestar posteriores.

- Es característica, la presencia de un miedo intenso a ganar peso en la anorexia nerviosa.
- Existen dos tipos de patrones en la bulimia nerviosa: el restrictivo y el purgativo.
- El atracón se caracteriza por la ingesta de alimento en un corto periodo de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar y bajo las mismas circunstancias.

12. ¿Cuál de los siguientes NO es un objetivo en el tratamiento de los TCA?

- Restaurar y mantener un peso saludable.
- Reducir y eliminar las restricciones, los atracones y las purgas.
- Tratar las comorbilidades psiquiátricas asociadas, siempre ayudándonos de fármacos.
- Obtener el apoyo de la familia y proporcionar asesoramiento a esta.
- Incidir en la prevención de las posibles recaídas.

13. Señale lo INCORRECTO:

- Para la detección precoz, es esencial que los profesionales sanitarios estén alerta en consulta, especialmente en las revisiones periódicas de salud del niño y adolescente.
- Existen cuestionarios simples, fáciles y rápidos para la identificación precoz de un TCA, no para el diagnóstico.
- El cuestionario SCOFF es el primero validado al español en 2005.
- La prevención primaria y secundaria es la labor fundamental del pediatra de Atención Primaria.

- La prevención terciaria está diseñada para diagnosticar y tratar los signos tempranos de los TCA.

Caso clínico

14. En la entrevista con esta familia:

- Está claro que la niña tiene que comer lo que haya para toda la familia y se indicará que así lo haga sin protestar para estabilizar su peso.
- No es necesario tener la versión del paciente, puesto que afirma que a ella no le pasa nada.
- Tras entrevistar a los padres con la paciente, les indicaremos que queremos oír la versión de la niña a solas, y que luego les explicaremos el plan de actuación, todo lo que se hable con ella será secreto y solo desvelaremos este secreto si corre peligro su vida.
- Los padres estarán siempre presentes, al ser menor de edad, ellos tienen la responsabilidad del cuidado de su hija.
- Si la paciente niega que tenga ningún problema, no hay por qué seguir investigando.

15. ¿QUÉ factores precipitantes presenta esta paciente?

- Realización de una dieta para perder peso.
- Aislamiento social.
- Sexo femenino.
- Todas las anteriores.
- a y b son ciertas.

16. Para la estabilización del paciente es necesario:

- Normalización de los hábitos alimentarios.
- Estabilización en un peso adecuado.
- Psicoterapia.
- La implicación de la familia.
- Todas las anteriores son ciertas.