

Manejo nutricional de los trastornos del comportamiento alimentario en el niño y adolescente

P.M. Ruiz Lázaro

Jefe de Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil HCU Lozano Blesa de Zaragoza. Profesor asociado médico de Psiquiatría. Universidad de Zaragoza. I+CS. Coordinador ZARIMA y ZARIMA-Prevención. Vocal ARBADA, AEETCA. UTCA Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza



Resumen

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en niños y adolescentes son patologías graves y frecuentes, discapacitantes y potencialmente mortales, que se asocian a patologías médicas multisistémicas. Con importante repercusión en la salud física, el desarrollo y el funcionamiento psicosocial. El tratamiento principal recomendado es la rehabilitación nutricional y la intervención psicoterapéutica con una terapia psicoconductual específica ambulatoria cognitivo-conductual, motivacional, basada en la familia. Se requiere hospitalización parcial o total solo en los casos más graves. Y se deben abordar las comorbilidades nutricionales, físicas y de salud mental por un equipo interdisciplinario.

Abstract

Eating disorders (ED) in children and adolescents are serious and frequent, disabling and life-threatening pathologies that are associated with multisystem medical pathologies. They present an important impact on physical health, development and psychosocial functioning. The main recommended treatment is nutritional rehabilitation and psychotherapeutic intervention with specific cognitive-behavioral, motivational, family-based outpatient psychobehavioral therapy. Partial or total hospitalization is required only in the most severe cases. Nutritional, physical and mental health comorbidities must be addressed by an interdisciplinary team.

Palabras clave: Trastornos de conducta alimentaria; Nutrición; Niños; Adolescentes.

Key words: *Eating disorders; Nutrition; Children; Adolescents.*

OBJETIVOS

- Aproximarse a la detección y diagnóstico de los trastornos del comportamiento alimentario desde Atención Primaria.
- Conocer los tratamientos principales recomendados de manejo nutricional e intervención psicoterapéutica.
- Comprender la necesidad del tratamiento con hospitalización total o parcial solo en los casos más graves.
- Saber la importancia de evitar rehabilitar nutricionalmente de manera agresiva para evitar el síndrome de realimentación, pero con la meta de una recuperación ponderal relativamente rápida.
- Entender en qué consiste la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario.

Introducción

Se reconocen seis trastornos del comportamiento alimentario (TCA) principales: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracción (TA), trastorno por evitación-restricción de ingesta de alimentos (TERIA), pica y trastorno de rumiación (TR)⁽¹⁾.

Bajo este término TCA, se engloba un conjunto de enfermedades mentales que comparten la presencia persistente de una alteración del comportamiento alimentario, que afecta al estado nutricional y de salud, así como a la funcionalidad psicosocial⁽²⁾. Los TCA en la infancia y adolescencia son trastornos psicosomáticos multifactoriales frecuentes, costosos, graves, discapacitantes y potencialmente mortales^(1,3,4). Y afectan a las personas a lo largo de su vida, con especial impacto en el desarrollo físico y psicológico de niños y adolescentes⁽³⁾. Los pacientes presentan comorbilidades médicas, psiquiátricas y posibles secuelas psicológicas^(5,6).

Epidemiología

Los TCA pueden afectar a personas de cualquier edad, género, orientación sexual, etnia y geografía^(1,7).

Adolescentes y adultos jóvenes, especialmente del género femenino, están en mayor riesgo. La AN comienza antes que la BN o el TA. La edad de inicio de la AN parece estar en descenso^(1,7). Los grupos de riesgo lo son por edad (adolescencia), género (mujeres) o por la participación en actividades profesionales o de ocio (deportistas de élite, gimnastas, atletas, patinadores, bailarines, modelos)⁽⁸⁾. Se pueden admitir unas horquillas de prevalencia de riesgo de TCA entre un 4 % y 12 % y de prevalencia de TCA entre el 1 % y 5 % en mujeres. Y menor del 1 % en hombres⁽⁹⁾. Se estima una prevalencia vital en la adolescencia de AN del 0,5-1 %. Y de BN del 2-4 % en mujeres jóvenes, con inicio posterior que la AN⁽¹⁰⁾.

Etiología

La AN es una enfermedad de origen multifactorial. Recientemente, se ha sumado el papel de las redes sociales y de la microbiota intestinal en la patogenia⁽²⁾.

Fisiopatología

En los TCA, por la pérdida ponderal, aparecen signos/síntomas de desnutrición y de adaptación a la misma.

Con la malnutrición instaurada, en especial si esta es grave o rápida, los cambios fisiopatológicos en la AN son similares a otros estados de inanición. Con el ayuno prolongado se desarrollan mecanismos adaptativos para intentar mantener la vida. Funciones “no vitales”, como el crecimiento o la reproducción, pasan a segundo plano. Entre otros cambios, hay un hipogonadismo hipogonadotrófico adaptativo. Tales adaptaciones producen un deterioro funcional en otros sistemas que limitan la capacidad para realizar actividades físicas y mentales^(11,12). En la AN, las reservas de glucosa, proteínas y micronutrientes se conservan a expensas de utilizar solo depósitos grasos; no hay cetoadaptación. Existe descenso de insulina, IGF-1, catecolaminas, T3, T4 e incremento de

cortisol, glucagón y GH. Estas alteraciones permiten explicar signos y síntomas, como intolerancia al frío, disminución de frecuencia cardiaca, respiratoria o estremecimiento^(11,12). En pacientes con BN se pueden observar cambios de semiinanición similares a la AN⁽¹²⁾.

Clínica

Los TCA son entidades nosológicas diferenciadas con nexo común en una alteración continua en la conducta alimentaria, con posible distorsión en la imagen corporal⁽¹²⁾.

La comida, la percepción de la propia imagen y el peso corporal se transforman en los elementos centrales de la vida de las personas con TCA, relegando el resto de los aspectos a un segundo plano. Dentro de su clasificación, destacan los siguientes trastornos: AN, BN y trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE) ^(6,10). La AN es un trastorno de curso crónico con malnutrición, caracterizado principalmente por una negativa, restricción o disminución de la ingesta, junto a distorsión de la imagen corporal, con miedo intenso a ganar peso, a engordar, con negativa a mantener un mínimo peso normal^(6,10-12). Dentro de la AN encontramos dos subtipos: restrictivo, sin atracones ni purgas, y purgativo, donde encontramos atracones y/o conductas purgativas. En la BN destaca la presencia de atracones de comida y posterior conducta compensatoria (purgas, vómitos autoprovocados, ejercicio intenso, laxantes, diuréticos...). Con marcadas alteraciones emocionales en relación con la evaluación de la imagen corporal. El trastorno por atracón se caracteriza por atracones sin conductas compensatorias. Se considera atracón al consumo rápido de una cantidad excesiva de comida, superior a la usual, con sensación de pérdida de control^(6,12,13). Los TCANE serán los que no cumplen todos los criterios de los manuales al uso, como el DSM-5^(6,10,12). TERIA, pica y TR se agregaron al capítulo revisado del DSM-5 TCA y de la ingestión de alimentos en 2013^(12,14). El TERIA categoriza a pacientes con patrones de alimentación selectivos y/o restrictivos sin cognición distorsionada en relación con el peso, comida e imagen corporal. La pica es una forma de compor-

tamiento peligroso, potencialmente mortal, con ingesta de sustancias no nutritivas, que ocurre con discapacidades del desarrollo y, en ocasiones, con deficiencias nutricionales (hierro, zinc)⁽¹²⁾. El TR o mericismo es un TCA DSM-5 y un trastorno gastroduodenal funcional⁽¹²⁾ en que la comida se regurgita y pasa a la boca, se mastica y expulsa.

Diagnóstico

La Atención Primaria es clave en su detección⁽⁴⁾.

Hay resultados significativamente mejores para los pacientes identificados y tratados temprano, y se evita la evolución a formas crónicas⁽⁴⁾.

Signos y síntomas de detección de TCA

En la tabla I se recogen signos y síntomas de detección de TCA.

Tabla I. Signos y síntomas de detección de trastornos del comportamiento alimentario

- Preocupación excesiva por la gordura; no se ve cómo es, se ve gordo/a (dismorfofobia)
- Adelgazamiento
- Evitar determinados alimentos considerados “que engordan”
- Comer solo alimentos dietéticos, hipocalóricos, bajos en grasas, “light” o “diet”
- Saltarse comidas, ayunos y disminuir raciones. Restricción alimentaria sin control médico
- Cambios en hábitos alimentarios: prolongar tiempo de comidas y rituales (“marear” alimentos, jugar con ellos, quitarles la grasa, trocearlos, esparcirlos, esconderlos bajo el plato o servilleta, tirarlos, elevada ingesta de agua)
- Síntomas y signos físicos de malnutrición: alopecia, sensación de frialdad, mareos, alteraciones menstruales, amenorrea y lanugo
- Ejercicio físico con exageración e hiperactividad
- Atracones
- Vómitos autoprovocados
- Empleo de laxantes y diuréticos
- Irritabilidad, inestabilidad emocional

Fuente: Referencias^(4,11,12).

Tabla II. Población con alto riesgo de presentar un trastorno del comportamiento alimentario (TCA)

- Adolescentes con índice de masa corporal (IMC) bajo en comparación con valores de referencia según edad
- Pacientes que consultan por problemas de peso sin sobrepeso
- Pacientes con cambios bruscos de peso y oscilaciones habituales relevantes
- Pacientes con alimentación emocional con sobrepeso y obesidad
- Mujeres con amenorrea o trastornos menstruales
- Pacientes con síntomas gastrointestinales, signos físicos de inanición o vómitos repetidos sin clara explicación somática
- Niños con retraso o estancamiento en el crecimiento o medro
- Deportistas de riesgo para padecer TCA (atletismo, bailarinas, gimnasia rítmica, natación sincronizada, etc.)
- Varones con orientación homosexual
- Antecedentes de obesidad o restricción en infancia o adolescencia^(4,12)

Tabla III. Versión española de la encuesta SCOFF

Nombre:		
Sexo:		
Edad:		
1. ¿Tiene la sensación de estar enfermo/a, porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo?	SÍ	NO
2. ¿Está preocupado, 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/a delgado/a?	SÍ	NO
5. ¿Diría que la comida domina su vida?	SÍ	NO

Fuente: Ruiz-Lázaro PM. Protocolo – Guía de actuación ante los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en la adolescencia en Atención Primaria. *Adolescere*. 2020; VIII; 64.e1-e7.

Sospecha de TCA

En la tabla II se recogen características que nos deben llevar a sospechar un posible riesgo de TCA.

Ante la sospecha de un posible caso, se aconseja la utilización de instrumentos de criba, como el Cuestionario SCOFF (*Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire*)⁽⁴⁾ (Tabla III).

Manejo del caso

En la AN, el peso y el índice de masa corporal (IMC) no son los únicos indicadores de riesgo físico, siendo recomendable una anamnesis y exploración física exhaustiva, y pruebas complementarias para un correcto diagnóstico etiológico⁽⁴⁾.

Pruebas médicas

En la tabla IV se indican las pruebas médicas recomendadas.

Exploración psicopatológica

En la tabla V se recoge la exploración psicopatológica recomendada.

Tabla V. Exploración psicopatológica recomendada

- SCOFF (*Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire*)
- *Eating Attitudes Test* (EAT-26)
- *Eating Disorder Inventory* (EDI-3)
- Test de Bulimia de Edimburgo (BITE)
- Cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal (CIMEC)
- Dibujo de figura humana (autorretrato, modelo ideal)⁽¹²⁾

Diagnóstico diferencial

Con enfermedades consuntivas no neoplásicas (digestivas, endocrinas, infecciosas, hematológicas, reumatólicas, neurológicas, renales), neoplásicas y trastornos psiquiátricos⁽¹²⁾. Los síntomas de la desnutrición pueden diagnosticarse erróneamente, como ansiedad, depresión o trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Tratamiento y manejo nutricional

Para todo TCA, el tratamiento principal recomendado de elección es rehabilitación nutricional y terapia psicoconductual, por lo general ambulatoria^(1,11,12).

Tabla IV. Pruebas médicas recomendadas

- Medidas antropométricas: talla y peso, cálculo del IMC o Quetelet (kg/m²)
- Electrolitos y minerales en suero: bicarbonato, calcio, sodio, potasio, fósforo, cobre y zinc
- Hemograma y análisis de orina
- Ácido fólico, B12, 25 OH vitamina D, ferritina, fosfatasa alcalina, aspartato transaminasa (AST), creatinfosfokinasa (CPK), creatinina, T3, T4, TSH y amilasa fracción salivar
- Electrocardiograma (ECG)
- Densitometría ósea, TAC cerebral, composición corporal por bioimpedancia eléctrica (BIA)^(4,11,12)

La intervención temprana mejora resultados. Es esencial un inicio rápido del tratamiento y atención especializados para los TCA, en lugar de la espera vigilante. Para casos leves o moderadamente graves, el primer paso es un tratamiento psicológico ambulatorio que involucre a la familia de manera apropiada para la edad. Si el riesgo médico o psicológico es alto o existe falta de respuesta a la atención ambulatoria, se puede brindar una atención más intensa diurna u hospitalaria. Alrededor del 20-35 % de los pacientes necesitarán este nivel más alto de atención. Para pacientes del espectro compulsivo, es posible secuenciar tratamientos, comenzando con autoayuda guiada y siendo seguidos por terapia cognitivo-conductual (TCC) o tratamiento farmacológico, o ambos.

Tabla VI. Criterios de hospitalización en trastornos del comportamiento alimentario (TCA)

- Desnutrición extrema
- Pérdida ponderal grave: IMC <15 en mayores de 14 años, pérdida de peso >20-25 %
- Peso del niño/adolescente inferior a tres cuartas partes del peso corporal óptimo
- Pérdida ponderal rápida >10 % del peso en un mes
- Bajas posibilidades de revertir pérdida de peso de forma ambulatoria
- Deshidratación, desequilibrios electrolíticos, hipokaliemia <3 mEq/L, hiponatremia <125 mEq/L
- Ritmo cardíaco anormal, frecuencia cardíaca lenta, bradicardia <40 p.m.
- Presión arterial baja
- Hipotermia
- Complicaciones neurológicas
- Enfermedades mentales comórbidas graves y pensamientos suicidas

La recuperación es posible para más del 60 % de pacientes tras nueve años de enfermedad⁽¹⁾. El restablecimiento de un apropiado estado nutricional es un pilar fundamental del tratamiento en la AN. Para ello, hay que diseñar una intervención de renutrición individualizada que incluya educación nutricional⁽²⁾.

Según gravedad, se trata con hospitalización total o parcial o tratamiento ambulatorio con diferentes psicoterapias, como la terapia basada en la familia (FBT), individual psicodinámica, TCC, terapia centrada en adolescentes, psicoterapia interpersonal o farmacoterapia, o su combinación. La FBT se considera de primera línea para la AN, y la segunda, la terapia centrada en adolescentes. Un tratamiento ateórico basado en la familia (FBT) es la principal modalidad de atención en niños y adolescentes. La psicoterapia focal para adolescentes puede usarse para personas más jóvenes con AN^(12,16). En adolescentes con BN, la TCC es una terapia alternativa y, administrada en forma de autocuidado guiado, produce mejora más rápida en atracones que la FBT y el manual se puede compartir con los padres⁽¹⁾. En la BN, tanto el tratamiento familiar como la TCC son casi igual de eficaces. En el TA, la TCC y la psicoterapia interpersonal son las más beneficiosas. Para el TERIA, se podría considerar la psicoterapia o la hospitalización. Ningún medicamento ha sido aprobado por la FDA para los TCA en niños y adolescentes⁽¹⁵⁾.

Las personas con TCA, a menudo, no reciben un tratamiento basado en pruebas científicas. Las nueve guías clínicas actuales respaldan los princi-

pales enfoques de tratamiento validados empíricamente con acuerdo considerable⁽¹²⁾. Las terapias psicológicas efectivas son la primera línea en la atención y la mayoría de las personas se recuperan a medio y largo plazo⁽¹⁶⁾. Las terapias psicológicas específicas, como la TCC transdiagnóstico mejorada (TCCT-M, CBT-E), son el tratamiento de primera línea para todo TCA, con mayor impacto en reducción de síntomas⁽¹⁶⁾.

Los pacientes con síntomas más graves o sin mejora ambulatoria pueden ser tratados en un programa hospitalario especializado parcial (Hospital de día) o completo, en unidad de corta estancia. Las terapias basadas en pruebas administradas por médicos, psicólogos y terapeutas formados sobre TCA se consideran las más eficaces. Y son las preferidas por las personas con TCA. Este enfoque también puede ser más rentable y reducir hospitalizaciones^(12,16). El tratamiento debe abordar, además, comorbilidades nutricionales, físicas y de salud mental por un equipo interdisciplinar. En casos más complejos, como la mayoría de personas con AN, casos más graves de BN y TA, y aquellos que requieren atención hospitalaria, se requieren apoyos interdisciplinares adicionales en unidad específica (psiquiatra, enfermero, nutricionista, médico/pediatra, trabajador social/terapeuta familiar y terapeuta ocupacional y de ejercicio físico)^(12,16). En la tabla VI se presentan criterios para hospitalizar.

El objetivo más común para la estabilización hospitalaria es la restauración nutricional⁽¹⁷⁾. El tratamiento hospitalario conlleva apoyo nutricional,

que en una proporción de pacientes con AN puede implicar alimentación nasogástrica. Una revisión sistemática del tratamiento nutricional en adolescentes encontró una gran variación en los protocolos, que van desde los cautelosos (por síndrome de realimentación) hasta aquellos que respaldan una resolución más rápida de la desnutrición. Una revisión posterior sugirió que algunos enfoques podrían ser demasiado conservadores^(1,12). Es importante equilibrar dos objetivos contrapuestos: lograr un aumento de peso rápido y evitar el síndrome de realimentación⁽¹⁷⁾. El síndrome de realimentación se refiere a cambios metabólicos y clínicos que, ocasionalmente, ocurren cuando un paciente desnutrido se rehabilita nutricionalmente de manera agresiva⁽¹⁵⁾; las características distintivas son la hipofosfatemia y la disfunción multiorgánica. Una revisión sistemática de adolescentes hospitalizados con AN informó una incidencia promedio de hipofosfatemia de realimentación (sin necesariamente disfunción orgánica) del 14 %. Durante la última década, se ha desafiado una máxima largamente seguida: “comenzar con poco e ir despacio”. Varios centros han descrito el inicio de dietas a 1.400 kcal o más por día, con informes recientes que demuestran el tratamiento seguro de adolescentes con desnutrición leve y moderada mediante el uso de prescripciones calóricas iniciales de 2.200 a 2.600 kcal por día, mientras se logra un aumento de peso de aproximadamente 1,3 a 2 kg por semana⁽¹⁷⁾. Pese a que el riesgo de síndrome de realimentación se correlaciona con el grado de inanición, se puede optar por un enfoque más cauteloso en niños gravemente desnutridos (70 % mediana IMC) hasta que haya más estudios⁽¹⁷⁾.

La mayoría de programas americanos reservan la alimentación por sonda nasogástrica (SNG) para pacientes que no pueden completar las comidas. Internacionalmente, algunos centros informan del uso rutinario de alimentación por SNG, ya sea exclusivamente al principio o en combinación con las comidas. Los posibles beneficios de la alimentación por SNG incluyen un aumento de peso más rápido y una estabilización médica, con menor duración de la estancia hospitalaria. Aunque algunos la consideran invasiva o punitiva, otros

la ven empática, al reducir el dolor físico y psicológico en las primeras etapas del tratamiento⁽¹⁷⁾.

La hospitalización breve de adolescentes con AN (para estabilización médica) seguida de tratamiento familiar o diurno tuvo resultados similares a la más prolongada (recuperación de peso)^(1,12). El tratamiento hospitalario es eficaz para mejorar la salud nutricional, pero puede haber recaídas. Se han añadido modificaciones para reducir la tendencia a recaer tras el alta, como intervenciones digitales y fomentar el apoyo de cuidadores^(1,12). Durante la hospitalización, las familias que observan a los profesionales del hospital implementar un plan de nutrición organizado están más equipadas para sostenerlo al momento del alta en comparación con las familias que construyen un programa de alimentación organizado bajo la supervisión de un terapeuta ambulatorio⁽¹⁵⁾.

Los programas de hospitalización diurna y parcial pueden ayudar a las personas con TCA médicamente estables que no requieren cuidados 24 horas, pero más que un tratamiento ambulatorio. Un equipo interdisciplinario brinda de 8 a 10 horas de atención cada día (comidas, terapia de grupo...) cinco días a la semana⁽¹⁵⁾.

Para la mayoría de los pacientes con AN, lo ambulatorio es eficaz y tiene

menor coste económico que el tratamiento hospitalario. Se proporciona a niños y adolescentes que se encuentran médica y estables y cuyo riesgo psiquiátrico está controlado. Una variedad de opciones de tratamiento tiene como objetivo educar a los jóvenes y a sus padres sobre los efectos fisiológicos y psicológicos de la restricción de alimentos y ayudarlos a manejar los problemas de manera efectiva⁽¹⁵⁾. La mayoría de los usos de psicofármacos son "no autorizados" ("off label"). En AN, TCANE y TERIA se limita a formas graves con agitación, hiperactividad y/o intensa rumiación, que interfieren en la rehabilitación nutricional e intervención psicoterapéutica, o para tratar la comorbilidad. En la AN se usa olanzapina. En la BN está indicado el uso de antidepresivos, como fluoxetina, asociada a TCC e intervención familiar. En el TA se emplean zonisamida y topiramato (este menos por sus efectos adversos), y se ha estudiado atomoxetina. La FDA ha aprobado la lisdexamfetamina para el TA en adultos moderado a grave y bajo control por psiquiatra especializado^(1,12,16).

Prevención

La promoción de la salud, alfabetización y disonancia cognitiva se muestran hasta la fecha como los más eficaces para una adecuada prevención de los TCA^(7,8,18,19).

Con técnicas de implicación, metodología pedagógica activa, participativa y experiencial, que responde a contenidos de procedimientos y actitudinales. Los estudios con mayores beneficios se dirigen a participantes con riesgo relativo mayor para TCA, son selectivos, interactivos, multisesión, con mujeres mayores de 15 años, sin contenido psicoeducativo, realizados por profesionales entrenados, con contenidos de aceptación corporal, alfabetización mediática o inducción de disonancia cognitiva, evaluados con medidas validadas y con períodos de seguimiento más cortos^(7,8,12,18,19). La mitad de las intervenciones preventivas en TCA (un 51 %) reducen factores de riesgo y, más de un cuarto (29 %), la patología alimentaria actual o futura. Algunos programas con buenos resultados son: *The Body Project, Sorority Body Image Program, Student Bodies* o el currículo manualizado ZARIMA^(18,19) (Fig. 1) y el DITCA en España^(7,8).

Función del pediatra de Atención Primaria

Detección temprana, prevención primaria y secundaria, supervisión médica de pacientes con TCA diagnosticado, coordinación de la atención y defensa de servicios adecuados.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de interés en la elaboración del presente manuscrito ni fuente de financiación.

Bibliografía

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

1. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. Lancet. 2020; 395: 899-911. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30059-3).
- 2.** Campos del Portillo R, Palma Milla S, Matía-Martín P, Loria-Kohen V, Martínez Olmos MA, Mories Álvarez MT, et al. Consenso del grupo de trabajo de los trastornos de la conducta alimentaria de SENPE (GTTCA-SENPE). Evaluación y tratamiento médico-nutricional en la anorexia nerviosa. Actualización 2023. Nutr. Hosp. 2024; 41; 1-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.05175>.
3. Hornberger LL, Lane MA, Committee on Adolescence. Identification and



Figura 1. Guía Programa ZARIMA.

Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. Pediatrics 2021; 147: e2020040279. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-040279>.

4. Ruiz-Lázaro PM. Protocolo – Guía de actuación ante los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en la adolescencia en Atención Primaria. Adolescere. 2020; VIII; 64:e1-e7. Disponible en: <https://www.adolescere.es/protocolo-guia-de-actuacion-ante-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-en-la-adolescencia-en-atencion-primaria/>.
5. Uniacke B, Walsh BT. Eating Disorders. Ann Intern Med. 2022; 175: ITC113-28. Disponible en: <https://doi.org/10.7326/aitc202208160>.
6. Salmerón MA, Román C, Casas J. Trastornos del comportamiento alimentario. Pediatr Integral. 2017; XXI: 82-91. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-03/trastornos-del-comportamiento-alimentario-2/>.
- 7.** Ruiz-Lázaro PM. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. En: Ruiz-Lázaro PM, Velilla M, González E, coordinadores. Buenas prácticas en prevención de trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: Ediciones Pirámide; 2017. p. 25-53.
8. Ruiz-Lázaro PM. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y los diversos ámbitos de actuación. En: Martínez MA, ed. Todo sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Una visión multidisciplinar desde la experiencia y la evidencia científica. Tarragona: Publicaciones Altaria; 2015. p. 431-76.
- 9.** Ruiz-Lázaro PM, Calvo D, Pérez J, Gómez del Barrio JA, Calado M. Prevención secundaria de los trastornos de la alimentación en adolescentes escolarizados del norte de España. En: Ruiz-Lázaro PM,
10. Díaz-Marsá M, Alberdi-Páramo I, Niell-Galmés LL. Suplementos nutricionales en trastornos de la conducta alimentaria. Actas Esp Psiquiatr. 2017; 45: 16-36.
11. Faya M, Graell M, Plana MT. Anorexia nerviosa. En: Lázaro L, Moreno D, Rubio B. Manual de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Elsevier España; 2021. p. 336-44.
12. Ruiz-Lázaro PM. Trastornos del comportamiento alimentario. Pediatr Integral. 2022; XXVI: 76-82. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-03/trastornos-del-comportamiento-alimentario-2022/>.
13. Plana MT, Graell M, Faya M. Bulimia nerviosa y trastorno por atracón. En: Lázaro L, Moreno D, Rubio B. Manual de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Elsevier España; 2021. p. 345-52.
14. Campuzano SH. Trastornos de la conducta alimentaria en el niño pequeño. Pediatr Integral. 2020; XXIV: 108-14. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2020-03/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-en-el-nino-pequeno/>.
15. Alharbi Y, Saleh F, Shahat KA. Effective Treatment Approaches for Eating Disorders in Children and Adolescents: A Review Article. Cureus. 2024; 16: e74003. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.74003>.
16. Hay Ph. Current approach to eating disorders: a clinical update. Intern Med J. 2020; 50: 24-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/imj.14691>.
17. Hornberger LL, Lane MA; Committee on Adolescence. Identification and

Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. Pediatrics. 2021; 147: e2020040279. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-040279>.

18. Ruiz Lázaro PM, de Diego Díaz Plaza M, Belmonte Cortés S. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en la comunidad. Nutr Hosp. 2022; 39: 93-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.04184>.
19. Ruiz-Lázaro PM. Programa ZARIMA. Guía de prevención de trastornos de conducta alimentaria. Zaragoza: Gobierno de Aragón. 2022.

Bibliografía recomendada

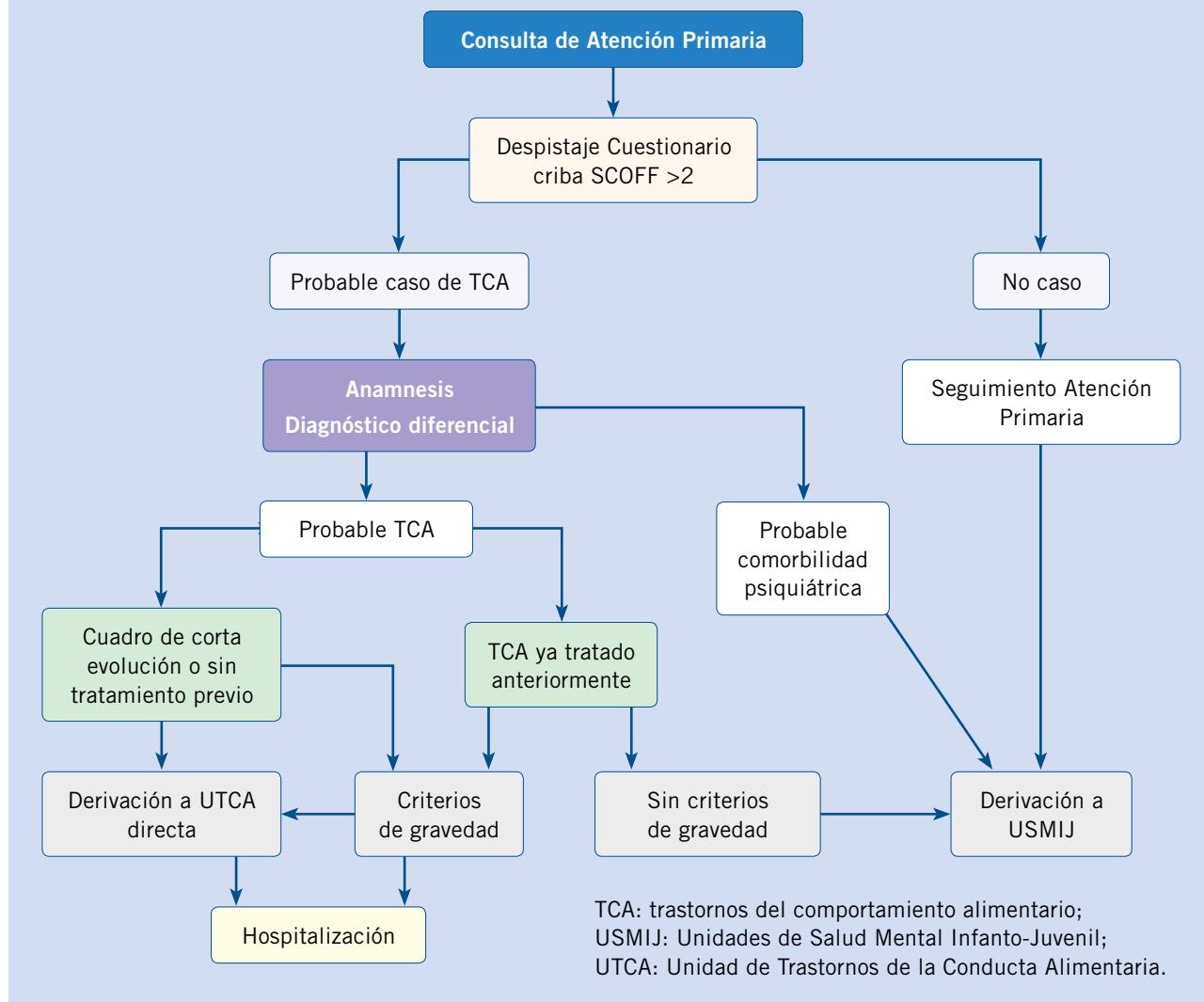
- Morandé G, Graell M, Blanco A, eds. Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Un enfoque integral. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2014. El manual de referencia, en este momento en lengua española, precisaría una nueva edición actualizada.
- Ruiz-Lázaro PM, Velilla M, González E, coordinadores. Buenas prácticas en prevención de trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: Ediciones Pirámide. 2017. Se recopilan en este texto los programas de prevención primaria y secundaria españoles. Necesario, si se desea realizar prevención de los TCA.
- Campos del Portillo R, Palma Milla S, Matía-Martín P, Loria-Kohen V, Martínez Olmos MA, Mories Álvarez MT, et al. Consenso del grupo de trabajo de los trastornos de la conducta alimentaria de SENPE (GTTCA-SENPE). Evaluación y tratamiento médico-nutricional en la anorexia nerviosa. Actualización 2023. Nutr. Hosp. 2024; 41; 1-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.05175>. Artículo imprescindible, actualizado y consensuado, para el manejo nutricional de la AN.

Caso clínico

Mujer de 14 años de edad, gimnasta rítmica, que desde hace seis meses presenta conducta restrictiva adelgazante con ingesta muy reducida, con hiperactividad, ejercicio físico excesivo con finalidad adelgazante, sin purgas, con pérdida ponderal rápida y grave en tres meses superior a 1 kg semanal, con índice de masa corporal muy bajo de 15,1 kg/m² con 40 kg, sin mejoría ambulatoria, con alimentación con rituales, disforia, irritabilidad, ansiedad con amenorrea primaria, miedo morboso a engordar, dismorfofobia de abdomen y muslos, con autolesiones autoinfligidas, extrema malnutrición con alopecia, lanugo, mareos, estreñimiento, dispepsia y frialdad. Con rasgos caratteriales premórbidos (sensible, perfeccionista), uso excesivo de pantallas y redes sociales.



Algoritmo. Circuito de atención a trastornos del comportamiento alimentario (TCA) adolescente



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es. 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 70 % 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".



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 70 % 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".

Manejo nutricional de los trastornos del comportamiento alimentario en el niño y adolescente

17. Si hablamos de diagnóstico de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), señale la respuesta CORRECTA:

- Los instrumentos de criba proporcionan siempre un diagnóstico acertado de los trastornos del comportamiento alimentario.
- El SCOFF es un instrumento de criba de TCA validado en español, que consta solo de 8 preguntas dicotómicas (Sí/No).
- El papel de Atención Primaria es irrelevante en su detección.
- Hay resultados significativamente mejores para los pacientes identificados y tratados temprano.
- Ante la sospecha de un posible caso, es obligatoria la utilización de instrumentos de criba.

18. A propósito del tratamiento recomendado de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), señale la respuesta CORRECTA:

- La recuperación es posible para más del 80 % de pacientes tras 10 años de enfermedad.
- Para todos los TCA, el tratamiento principal de elección es una forma de terapia psicoconductual hospitalaria junto a manejo nutricional.

c. En la anorexia nerviosa, entre los factores que afectan al pronóstico, no se incluye la edad de inicio ni lo temprano de la detección.

- Se considera, de primera línea, el tratamiento con olanzapina en la anorexia nerviosa.
- La primera línea en la atención son las terapias psicológicas efectivas, y la mayoría de las personas se recuperan a medio y largo plazo.

19. El tratamiento interdisciplinar de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) basado en pruebas, señale la respuesta CORRECTA:

- Alrededor del 50 % de los pacientes necesitarán un nivel más alto de atención, más intensa diurna u hospitalaria.
- Se ha descubierto que no es beneficioso aumentar el tratamiento hospitalario mediante intervenciones digitales y fomentar el apoyo de los cuidadores.
- Las guías clínicas actuales respaldan los principales enfoques de tratamiento validados empíricamente, pero sin un acuerdo considerable.

- La intervención temprana mejora los resultados; por lo tanto, es esencial un inicio rápido del tratamiento y una atención especializada.
- Un tratamiento ateórico basado en la familia (FBT) es poco aconsejable en anorexia nerviosa en adolescentes.

20. En los tratamientos de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), señale la respuesta CORRECTA:

- La mayoría de los usos también son "no autorizados" ("off label"), con excepción de la atomoxetina, aprobada por la FDA para el trastorno por atracón (TA) moderado a grave en adolescentes bajo control por un psiquiatra especializado.
- Antipsicóticos de segunda generación, como la olanzapina, son útiles en bulimia nerviosa (BN).
- Es importante equilibrar dos objetivos contrapuestos en la hospitalización por anorexia nerviosa (AN): aumentar peso rápido y evitar el síndrome de realimentación.
- El uso de psicofármacos en TCA no estaría limitado a las formas graves con agitación, hiperactividad y/o intensa rumiación, o para la comorbilidad.
- Informes recientes demuestran el tratamiento seguro de adolescentes con desnutrición grave mediante prescripciones calóricas iniciales de 2.500 kcal por día.

21. En la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), señale la respuesta CORRECTA:

- Un tercio de las intervenciones preventivas en los TCA reducen los factores de riesgo para los TCA y más de la mitad reduce la patología.

- b. El currículo manualizado ZARIMA no tiene buenos resultados, pese a su amplia difusión.
- c. La alfabetización y disonancia cognitiva se muestran hasta la fecha entre los más eficaces para una adecuada prevención de los TCA⁽⁷⁾.
- d. Los programas que producen mayores beneficios son selectivos, interactivos, monosesión, dirigidos a mujeres menores de 15 años, con contenido psico-educativo.
- e. El paradigma de la promoción de la salud se muestra hasta la fecha como la fórmula menos eficaz para favorecer una adecuada prevención de los TCA.

Caso clínico

22. Respecto al caso clínico, es criterio de ingreso; señale la respuesta CORRECTA:

- a. Bradicardia menor de 50 pulsaciones por minuto.
- b. Pérdida ponderal rápida de más de un 10 % del peso en un mes.
- c. Peso del niño/a o adolescente superior a tres cuartas partes del peso corporal óptimo.
- d. Una hiponatremia <150 mEq/L.
- e. Una pérdida de peso con índice de masa corporal <17,5 kg/m² (o equivalente según tablas percentiladas).

23. Respecto al caso clínico, son posibles factores de riesgo para su tras-

torno del comportamiento alimentario (TCA). Señale la respuesta CORRECTA:

- a. Gimnasia rítmica.
- b. Perfeccionismo.
- c. Género femenino.
- d. Uso de pantallas.
- e. Todas las anteriores.

24. Respecto al caso clínico, son posibles consecuencias de la malnutrición. Señale la respuesta INCORRECTA:

- a. Irritabilidad y ansiedad.
- b. Alopecia y lanugo.
- c. Amenorrea primaria.
- d. Autolesiones autoinflictidas
- e. Sensación de frialdad.



Pediatria Integral



sepeap
Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

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 70 % 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".