

Tema 7. Trastorno del comportamiento alimentario

A.M.^a Nieto Serrano, G. Torres Sancho, J. Casas Rivero

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades psiquiátricas graves de etiología multifactorial y con una significativa repercusión orgánica. Se caracterizan por una alteración del patrón de ingesta o de la conducta sobre el control del peso, que conduce a los pacientes a un deterioro físico y psicosocial. La utilización del sistema sanitario es elevada en estos pacientes. La edad de inicio de la enfermedad es cada vez más precoz, por lo que es preciso que los pediatras conozcan y evalúen adecuadamente estos trastornos. Los TCA tienen un espectro clínico muy amplio y se pueden beneficiar de un tratamiento multidisciplinario y un estrecho seguimiento.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y de la ingestión de alimentos son un problema grave de Salud Pública. Gran parte de los periodos críticos del desarrollo de los TCA ocurren en la infancia y la adolescencia, y si no se detectan a tiempo, pueden causar un deterioro de la salud física y del desarrollo emocional, cognitivo y psicosocial. Tal como destaca la «Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria del Sistema Nacional de Salud» (2009), los TCA «han adquirido una gran relevancia sociosanitaria por su gravedad, complejidad y dificultad para establecer un diagnóstico en todas sus dimensiones y tratamiento específico».

La Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB) define los TCA como «trastornos mentales caracterizados por un comportamiento patológico frente a la ingesta alimentaria y una obsesión por el control del peso».

Generalmente tienden a la cronicidad y a presentar resistencia a los tratamientos, dada su compleja etiopatogenia (se originan por la interacción de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores) y la vulnerabilidad de la población sobre la

que inciden, sometida a influencias socioculturales presentes de alguna manera en el trastorno.

La quinta versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5)¹ plantea algunas innovaciones sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Las más relevantes son las siguientes:

- La constitución de una categoría diagnóstica propia para el trastorno por atracón (TA), antes incluida en los llamados trastornos no especificados o atípicos.
- La flexibilización y ampliación de los criterios de anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) (en la versión revisada del DSM-IV sólo suponían el 9% de los diagnósticos de TCA por el carácter restrictivo de los criterios).
- La creación de una nueva categoría llamada *trastornos especificados* (véase Criterios diagnósticos).

En este tema hablaremos de las alteraciones alimentarias más frecuentes en los grupos de edad de la infancia y la adolescencia: AN, BN y TA.

La AN y la BN se caracterizan por alteraciones en la conducta alimentaria relacionadas con la distorsión de la imagen corporal. Se asocian a una sobrevaloración de la forma corporal y el peso; sin embargo, en el TA no existe distorsión de la imagen corporal. Pasamos a describir más ampliamente las características diferenciales y los perfiles de los pacientes.

Anorexia nerviosa

Se caracteriza por una preocupación obsesiva sobre la alimentación, así como una fobia extrema a ganar peso y el control del mismo. Cursa con bajo peso y en las mujeres provoca una pérdida de la menstruación. En la mayoría de los casos, estas personas sienten el deseo de seguir bajando de peso aunque estén muy por debajo del considerado normal para su altura y talla.

Nos referimos a AN restrictiva cuando la persona desarrolla estrategias conductuales dirigidas a restringir la toma de alimentos (generalmente acompañadas de un abuso de la actividad física), mientras que en la AN purgativa la persona utiliza el vómito, los laxantes o los diuréticos para conseguir la reducción de peso.

El perfil del paciente con AN es una mujer, adolescente, delgada y con determinados rasgos de personalidad muy marcados, como el perfeccionismo, un gran nivel de exigencia, inmadurez afectiva y en las relaciones de pareja, presencia de conflictos en las relaciones familiares y/o sociales... La AN se asocia frecuentemente con otros trastornos psiquiátricos, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el trastorno del estado de ánimo y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

Bulimia nerviosa

Se caracteriza por una pérdida de control vinculada a problemas de manejo emocional. La persona expresa un importante malestar después de efectuar el atracón (culpa, desprecio a uno mismo, frustración), aunque la necesidad de realizarlo es imperiosa. Presenta siempre un fuerte deseo obsesivo de perder peso, pero lo irregular de su conducta no lo permite.

Hablamos de BN purgativa cuando el paciente compensa el atracón con conductas purgativas, como el vómito, los laxantes y los diuréticos. Hablamos de BN no purgativa cuando los pacientes no utilizan estas estrategias de compensación, aunque sí se valen del ayuno y la restricción extrema para perder peso. Esto hace que se mantengan en un peso normal.

El perfil del paciente con BN es una mujer, adolescente, con un peso normal o sobrepeso. Tienen una preocupación excesiva por la alimentación, y suelen alternar ciclos de dietas extremas y ayuno a lo largo de su vida. No suelen comer en público y normalmente intentan hacer alguna actividad física, aunque no de manera constante, al igual que se alimentan en «atracones», que a veces son espontáneos y otras meditados y preparados con tiempo. Las comorbilidades más frecuentes de la BN son el TDAH, el trastorno límite de la personalidad (en torno al 50%) y el abuso de sustancias.

Trastorno por atracón

El TA se caracteriza por la presencia del atracón como manifestación principal, pero, a diferencia de la bulimia, no hay conductas compensatorias. Se observa en personas con sobrepeso que han intentado múltiples dietas sin éxito, y con frecuencia el uso de la comida está vinculado a conflictos emocionales. Es fundamental diferenciar este trastorno de la obesidad o el sobrepeso, ya que requiere un tratamiento muy distinto. Es un trastorno que puede llegar a ser muy invalidante y podría requerir un ingreso hospitalario del paciente para realizarle una buena evaluación y controlar adecuadamente su conducta alimentaria.

Epidemiología

Después de los cambios introducidos en los criterios del DSM-5, destacamos sus importantes repercusiones sobre los TCA, así como sus prevalencias, cursos, desenlaces e investigación.

Hasta ahora, los TCA no especificados, a pesar de ser una categoría residual, englobaban a la mayoría de los casos de TCA diagnosticados, en torno al 70% (Mitchison y Mond. *Epidemiology of eating disorders, eating disordered behaviour, and body image disturbance in males: a narrative review.* J Eat Disord. 2015; 3: 20).

En cuanto a la AN, han aumentado la prevalencia y la heterogeneidad de este grupo de trastornos. 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%. Ha sucedido lo mismo en el caso de la BN, que ha aumentado en torno a un 30%, pasando de un 1% a un total del 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. No existen diferencias significativas según el nivel socioeconómico².
- Sexo: la relación hombre/mujer para los TCA es de 1/10.
- Edad de inicio: en el 85% de los casos aparece entre los 14 y los 18 años, aunque puede iniciarse a cualquier edad.
- En los últimos años la edad de inicio ha ido disminuyendo progresivamente. Cuanto menor es esta edad, menor diferencia de prevalencia hay entre sexos. En la BN y el TA, el inicio es más tardío.

Factores etiopatogénicos

La etiología es desconocida, aunque intervienen factores biológicos, psicológicos y socioculturales que predisponen, precipitan y perpetúan los TCA, considerándose en la actualidad un trastorno multifactorial²⁻⁵.

Los principales factores que intervienen en su desarrollo quedan recogidos en la figura 1.

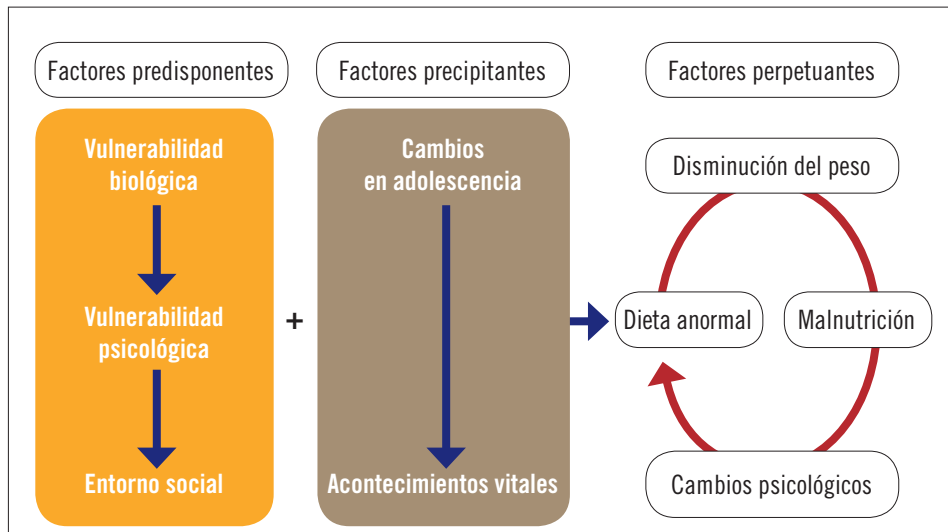


Figura 1. Etiopatogénesis de los trastornos de la conducta alimentaria: modelo biopsicosocial

Los factores predisponentes incluyen factores biológicos, psicológicos y sociales.

Factores biológicos

- Genéticos. La heredabilidad de los TCA en los estudios realizados en gemelos es alta, por lo que el factor genético es de indudable relevancia, considerándose el factor de riesgo más potente entre los TCA. La mayoría de los estudios se centran en el análisis de los polimorfismos de genes relacionados con el control del peso corporal y con las vías serotoninérgicas y dopaminérgicas^{3,4}. Los autores de investigaciones publicadas recientemente han localizado una región del genoma en el cromosoma 12 (rs4622308), que presenta una correlación genética significativa entre AN y los trastornos, tanto psiquiátricos como metabólicos⁶. Otros estudios han detectado que las variantes genéticas del gen *EPHX2* se asocian con el riesgo de desarrollar AN^{7,8}.
- Hormonales. El cerebro regula la homeostasis de la energía y el apetito por el centro de las vías de señalización en el hipotálamo y el tronco del encéfalo en respuesta a las señales periféricas procedentes del tejido adiposo y el tubo digestivo. Entre los péptidos reguladores del apetito se encuentran los siguientes^{3,4,8}:
 - Neuropéptido Y (NPY). Estimulador del apetito.
 - Leptina, grelina y adiponectina. Desempeñan un papel fundamental en la regulación de la ingesta, la saciedad y la homeostasis del gasto energético.
 - Colecistoquinina (CCK), péptido pancreático AA, péptido similar al glucagón de tipo 1 (*glucagon-like peptide 1* [GLP-1]), la oxintomodulina y otros péptidos. Actúan aumentando la sensación de saciedad y disminuyendo la ingesta de alimentos.
- Sexo femenino.
- Antecedentes personales de pérdida de bienestar fetal, así como de sobrepeso u obesidad.

Tabla 1. Características y trastornos de la personalidad en pacientes anoréxicas

Características y trastornos de la personalidad que diferencian significativamente a pacientes con anorexia de los controles y pueden considerarse factores de riesgo
<p>Características de la personalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neuroticismo • Introversión • Perfil fóbico obsesivo • Características obsesivas • Perfeccionismo autoorientado • Competitividad, preocupación por logros • Autocontrol e inhibición emocional • Búsqueda de novedad baja • Evitación de daños alta • Dependencia de gratificación alta • Persistencia alta • Autodirección baja • Alexitimia
<p>Trastornos de la personalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno por evitación • Trastorno dependiente • Trastorno obsesivo-compulsivo • Trastorno de la empatía

Reproducida de Toro¹⁰.

Factores psicológicos

Entre los rasgos de personalidad que cuentan con más apoyo como factores de riesgo para desarrollar un TCA, podemos destacar el perfeccionismo, la dificultad para comunicar emociones negativas y resolver conflictos, y la baja autoestima^{3,4,9}. Otras características y trastornos de la personalidad que guardan relación con los TCA se enumeran en la tabla 1¹⁰.

Factores sociales²⁻⁵

- Los cánones actuales de belleza con respecto al cuerpo, los medios masivos de comunicación y la asociación existente entre delgadez y éxito han influido considerablemente en los TCA.
- Entorno familiar, escolar y amistades. Entre los factores de riesgo de aparición de TCA podemos citar un estatus socioeconómico alto (para la AN, aunque no está tan definido para la BN), el modelo de crianza familiar (de excesiva exigencia), el rechazo parenteral y la existencia de vínculos patológicos afectivos. Incluso en muchas ocasiones bajo un TCA se esconden traumas infantiles o historias de abuso y maltrato infantil.

En la instauración de un TCA, los factores precipitantes actúan junto con los factores predisponentes²⁻⁵.

Los factores perpetuantes de la enfermedad son la desnutrición, las alteraciones propias de la enfermedad, el refuerzo social por la pérdida de peso, el aislamiento y la falta de una adecuada respuesta familiar y social²⁻⁵.

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 (tabla 2)³.

Diagnóstico y diagnóstico diferencial

El diagnóstico es clínico, por lo que resulta imprescindible realizar una buena historia y una evaluación física y psiquiátrica. Las pruebas complementarias se llevan a cabo para conocer el estado de salud del paciente y la gravedad de las repercusiones físicas de la enfermedad.

La primera consulta médica es la más importante, porque es necesario ganarse la confianza del paciente y crear un clima que permita valorar adecuadamente sus problemas psicosociales, familiares y afectivos; si esto no se consigue al principio, la posibilidad de fracaso o incumplimiento terapéutico aumenta. La familia es un pun-

Tabla 2. Fisiopatología, clínica y correlación con las 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	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso, bajo IMC • Antropometría: disminución de la grasa corporal
Cardiovascular	Debilidad, mareos, desmayo, dolor torácico, hipotensión ortostática, dificultad para respirar, palpitaciones, arritmias, bradicardia, pulso irregular y débil, extremidades frías y acrocianosis	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Radiografía: corazón pequeño
Funciones metabólicas	<ul style="list-style-type: none"> • 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 fovea; en raras ocasiones, debilidad proximal, irritabilidad y calambres musculares • En pacientes con deficiencia de vitaminas: estomatitis angular, glositis y diarrea. Color amarillento de las palmas y plantas 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipopotasemia (con alcalosis hipoclorémica en pacientes vomitadores) • Hipomagnesemia (en pacientes vomitadores, abuso de laxantes y AN) • Hipofosfatemia (en pacientes vomitadores, abuso de laxantes y síndrome de realimentación) • Hipercolesterolemia en la AN <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Tiroides: disminución de la T3 en la AN • Cortisol sérico aumentado en la AN <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Déficit vitamínico de folato, vitamina B₁₂, niacina y tiamina; hipercarotinemia en casos graves de AN <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de orina: aumento de la densidad urinaria y la osmolaridad, debido a la deshidratación por purga o al uso de diuréticos

(continúa)

Tabla 2. Fisiopatología, clínica y correlación con las pruebas complementarias (continuación)

Sistema afectado	Signos y síntomas	Prueba complementaria alterada
Nervioso central	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	<ul style="list-style-type: none"> • TC: atrofia cortical y dilatación ventricular • PET: alteración del flujo sanguíneo cerebral y del metabolismo • RM: disminución de la materia gris y blanca • EEG: alteraciones inespecíficas
Digestivo	<ul style="list-style-type: none"> • 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, síndrome de Mallory-Weiss, perforación o necrosis, dolor abdominal y estreñimiento. Uso crónico de laxantes: distensión abdominal y alteración de la motilidad del colon 	<ul style="list-style-type: none"> • Función hepática: aumento de GOT, GPT y BI • Amilasa fraccionada: aumento de la amilasa salival en pacientes con purga. Aumento de la amilasa pancreática si hay abuso de laxantes o pancreatitis • Motilidad gástrica: en la AN, retraso del vaciamiento gástrico, del tránsito intestinal y colónico, disfunción anorrectal • Endoscopia: inflamación y esófago de Barrett • Radiografía de abdomen: síndrome de arteria mesentérica superior y pancreatitis
Renal	En la AN: aumento o disminución de la orina	<ul style="list-style-type: none"> • En sangre: aumento de urea, disminución de creatinina e insuficiencia renal prerrenal
Hematología	En la AN: fatiga y hematomas por alteración de la coagulación	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia normocítica, microcítica o macrocítica; leucopenia con linfocitosis relativa; disminución de la VSG, trombocitopenia y anomalías de los factores de la coagulación (raro). Disminución de ferritina, vitamina B₁₂ y ácido fólico
Inmunitario	En la restauración del peso en la AN, fiebre por infecciones virales y menor respuesta de la fiebre a infecciones bacterianas	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones en el factor de necrosis tumoral y múltiples interleucinas; disminución de inmunoglobulinas y complemento

Tabla 2. Fisiopatología, clínica y correlación con las pruebas complementarias (continuación)

Sistema afectado	Signos y síntomas	Prueba complementaria alterada
Tegumentos	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Déficits vitamínicos y anemia
Orofaringe	En pacientes 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 las glándulas salivales	<ul style="list-style-type: none"> • Erosión del esmalte dental • Amilasa: véase aparato digestivo
Reproductor	<ul style="list-style-type: none"> • 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 del desarrollo sexual, caracteres sexuales secundarios y maduración psicosexual • En la BN: problemas de fertilidad, oligomenorrea o amenorrea 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de estrógenos en mujeres con AN o BN; disminución de testosterona en hombres. Patrón prepuberal de FSH y LH si hay amenorrea • Ecografía pélvica: falta de desarrollo folicular y/o de folículo dominante con amenorrea
Óseo	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor óseo con el ejercicio. En casos graves, talla baja y detención del crecimiento (más en la AN que en la BN) 	<ul style="list-style-type: none"> • Radiografía ósea: 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 la cadera y la columna lumbar (más en la AN que en la BN)

AN: anorexia nerviosa; BN: bulimia nerviosa; ECG: electrocardiograma; EEG: electroencefalograma; FSH: hormona folículo-estimulante; IMC: índice de masa corporal; LH: hormona luteinizante; PET: tomografía por emisión de positrones; RM: resonancia magnética; ST: segmento ST; TC: tomografía computarizada; VSG: velocidad de sedimentación globular.

to clave, por lo que es recomendable, después de un acercamiento común, plantear la necesidad de entrevistar a los familiares 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 necesaria la derivación del paciente y la urgencia de ésta².

Historia clínica

La entrevista constituye la primera y más importante parte de todo acto médico que tenga como objetivo aproximarse a la salud integral del adolescente. Es necesario que el pediatra sea muy cuidadoso ya que, muy a menudo, la entrevista representa la única y última oportunidad que tiene para orientar, corregir, diagnosticar, asesorar, interpretar o ayudar a este grupo de pacientes. El pediatra no tiene que culpabilizar al paciente; debe actuar de la forma más natural posible, intentando comprender su situación, sin mostrar sorpresa¹¹. Para ello, es importante que el pediatra desarrolle habilidades durante la entrevista que le permitan establecer un vínculo de confianza y autoridad con el paciente, mediante la validación, la comprensión o la explicación de lo que va escuchando:

- Presentación del paciente: nombre, edad, sexo, escolarización, rendimiento académico, tipo de domicilio (monoparental, biparental...). Cuando no conocemos a un paciente, este punto nos puede servir de gran ayuda para un primer acercamiento. Lo ideal es que el profesional se presente y, a continuación, invite a que se presente el paciente: *«Sólo sé tu nombre, no conozco nada más de ti; si quieres puedes presentarte; cuéntame cosas de ti: qué edad tienes, a qué colegio vas...»*.
- Motivo de consulta: *«¿Qué te ocurre?»*.
- 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 al paciente: *«¿Has tenido la necesidad de vomitar, usar laxantes...?»*.
- Consecuencias emocionales de la enfermedad: estado de ánimo y cambios de humor. Las afirmaciones pueden servir de ayuda, más si el paciente 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...»*.
- Grado de conciencia de enfermedad. Distorsión de la imagen corporal. Ansiedad ante la comida e intensidad de la ideación anoréxica. Ideación suicida: *«¿Cuánto tiempo ocupa en tu cabeza la comida y tu cuerpo?»*, *«¿cómo te ves?»*, *«¿qué te pone más nerviosa: el inicio, la comida o terminar de comer?»*, *«¿te has sentido culpable?»*, *«¿alguna vez has sentido que no podías más?»*, *«¿alguna vez has pensado en terminar con todo?»*, *«¿has llegado a pensar cómo lo harías?»*.

- Historia del peso: peso máximo y mínimo, rapidez de la pérdida, peso deseado y si con anterioridad ha usado otros métodos para perder peso.
- Historia dietética. Valorar la cantidad y la calidad de la comida, para lo que es muy ilustrativo preguntar por un día cualquiera, registrando los alimentos ingeridos en cada una de las comidas. Asimismo, hay que valorar cómo come el paciente, los alimentos prohibidos, las manías, los rituales, las conductas purgativas y la frecuencia de éstas.
- Relación con los padres, amigos y pareja.
- Consumo de sustancias. El uso de ciertas 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, y posteriormente preguntar a los padres sobre otras cuestiones:

- Cómo ven a su hija/o: parte física, estado de ánimo y cambios de comportamiento recientes.
- Antecedentes personales y familiares: hay que preguntar tanto por los antecedentes médicos y psiquiátricos como por la «forma de ser» del paciente y sus familiares.

Criterios diagnósticos

Los criterios establecidos en el DSM-5^{1,10,12-14} son de utilidad en la investigación para homogenizar y poder comparar a las distintas poblaciones (tabla 3). El diagnóstico de un cuadro incompleto nunca debe considerarse como algo leve que no precisa tratamiento, ya que 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 quienes el tratamiento precoz se asocia a un mejor pronóstico¹⁵⁻¹⁷.

Exploración física

Al tratarse de una enfermedad con repercusiones físicas, es necesario realizar una exploración física completa. Se le pueden explicar al paciente los resultados obtenidos, salvo el peso, la talla y el índice de masa corporal (IMC)²⁻⁴. Debe incluir las siguientes medidas y aspectos:

- Peso, talla e IMC.
- Presión arterial, pulso y temperatura.
- Exploración física general. Hay que prestar atención a los aspectos reseñados en la tabla 4⁴.
- Caracteres sexuales secundarios.

Tabla 3. Criterios diagnósticos del DSM-5

Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa	Trastornos por atracón y trastornos específicos
<p>A. Restricción de la ingesta energética en relación con los requerimientos que conduce a una significativa pérdida de peso en función de la edad, el sexo, la etapa de desarrollo y la salud física. Una significativa pérdida de peso se define como un peso menor a lo mínimamente normal o, para niños y adolescentes, menor que el 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 teniendo 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> <p>Especificar el tipo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Restrictivo. Durante los últimos 3 meses, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas) 2. Purgativo. Durante los últimos 3 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 (p. ej., 2 h) en una cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingeriría 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; ejercicio excesivo</p> <p>C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos, 1 vez a la semana durante un periodo de 3 meses</p> <p>D. La autoevaluación está excesivamente influida por el peso y la silueta corporal</p> <p>E. La alteración no aparece exclusivamente durante el episodio de AN</p>	<p>Trastornos por atracón: Sobreingesta frecuente (al menos, 1 vez a la semana durante 3 meses) con falta de control y sentimientos de malestar. Los episodios de atracones se asocian a ≥ 3 de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 sólo por la vergüenza de la cantidad ingerida, y 5) sentimientos negativos sobre sí mismo (asco, depresión, culpa), posteriores a la ingesta <p>Trastornos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. AN atípica. Se cumplen todos los criterios para la AN, excepto que el peso del individuo, a pesar de una pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal 2. BN (de frecuencia baja y/o duración limitada). Se cumplen todos los criterios para la BN, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, como promedio, menos de 1 vez a la semana y/o durante menos de 3 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 1 vez a la semana y/o durante menos de 3 meses

Tabla 3. Criterios diagnósticos del DSM-5 (continuación)

Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa	Trastornos por atracón y trastornos específicos
<p>Especificar si se está:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En remisión parcial. Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la AN, el criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución) • En remisión total. Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la AN, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado <p>Especificar la gravedad actual. La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el IMC actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leve: IMC ≥ 17 • Moderado: IMC 16-16,99 • Grave: IMC 15-15,99 • Extremo: IMC < 15 	<p>Especificar si se está:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En remisión parcial. Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la BN, algunos criterios, pero no todos, no se han cumplido durante un periodo continuado • En remisión total. Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la BN, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado <p>Especificar la gravedad actual. La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional. Según el promedio de episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leve: 1-3 episodios • Moderado: 4-7 episodios • Grave: 8-13 episodios • Extremo: 14 episodios 	<p>4. Trastorno por purgas. Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómito autoprovoado; uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones</p> <p>5. Síndrome de ingestión nocturna de alimentos. Episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche, que se manifiestan por la ingestión de alimentos al despertarse o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe conciencia y recuerdo de la ingestión. La ingestión nocturna de alimentos no se explica mejor por las influencias externas, como los cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingestión nocturna de alimentos causa un 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, ni se puede atribuir a otro trastorno médico o a un efecto de la medicación</p>

AN: anorexia nerviosa; BN: bulimia nerviosa; IMC: índice de masa corporal.

Es importante explicar al paciente y a sus familiares los siguientes puntos²:

- Que el comportamiento anómalo del paciente se debe a una enfermedad y no a un deseo de manipular de forma consciente a nadie.
- Que existe una distorsión de su imagen corporal y una incapacidad para enfrentarse a sus problemas.
- Que es necesario reforzar su autoestima, identidad y capacidad de autocontrol.
- Que el paciente puede llegar a enfrentarse con el profesional en alguna fase del tratamiento.
- El control del peso no es lo más importante en esta situación, sino el propio TCA, que impide al paciente desarrollar su vida con normalidad, porque dedica la mayor parte del día al peso, la comida y las conductas compensatorias.
- Que el abordaje profesional inicialmente se centrará en conseguir la recuperación física del paciente.
- 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.
- Debe advertirse a la familia que puede ser necesario un ingreso del paciente en cualquier momento del curso evolutivo de la afección en caso de que exista un deterioro clínico significativo.

Tabla 4. Hallazgos exploratorios en los trastornos de la conducta alimentaria

- Aspecto triste y demacrado
- Resaltes óseos marcados
- Atrofia muscular
- Piel agrietada, seca y pigmentada
- Extremidades frías y cianóticas
- Palmas y plantas amarillentas
- Lanugo, vello axilar y púbico conservado
- Caída de pelo
- Atrofia mamaria
- Hiperтроfia parotídea
- Alteraciones dentarias
- Edemas
- Corazón: bradicardia, arritmias, hipotensión
- Abdomen: palpitations, masas fecales

Pruebas complementarias

Las pruebas dependerán del grado de afectación nutricional y de si es necesario realizar un diagnóstico diferencial con alguna patología (tabla 5)^{2,3}.

Diagnóstico diferencial³

- Enfermedad orgánica crónica no diagnosticada (infecciones intestinales, congénitas, metabólicas o neoplásicas).
- Endocrinológicas: hipertiroidismo, diabetes mellitus, enfermedad de Addison o cualquier alteración del eje hipotálamo-hipofisario.
- Enfermedad valvular cardiaca.
- Trastornos de la motilidad esofágica, espasmo esofágico o estenosis esofágica.
- Enfermedad inflamatoria intestinal, incluidas la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.

Tabla 5. Pruebas complementarias según la gravedad o la sospecha diagnóstica

Pruebas complementarias básicas: deben realizarse en todos los pacientes con TCA	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma completo con VSG • Bioquímica: electrolitos, glucemia, urea, creatinina, colesterol y triglicéridos. TSH, T4, T3, fosfatasa alcalina, GOT, GPT • Orina de micción con iones y osmolaridad
Pruebas complementarias adicionales: en pacientes desnutridos o sintomáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Bioquímica: calcio, magnesio^a, fósforo^a, potasio^a, ferritina, complemento C3^b, estradiol en la mujer, testosterona en el hombre • ECG, ecocardiograma • Orina de 24 h • Densitometría ósea (en desnutrición severa, anorexia de larga evolución o amenorrea >6 meses). Edad ósea
Otras	<ul style="list-style-type: none"> • Tóxicos en sangre y orina: ante la sospecha clínica o pacientes con purgas • Amilasa fraccionada: pacientes que se provocan el vómito • LH, FSH, PRL, GnRH si hay amenorrea y peso normal • Sangre oculta en heces si se sospecha una hemorragia digestiva baja • RM o TC cerebral si hay clínica neurológica. Ecografía abdominal/pélvica

^aDebe solicitarse diariamente en pacientes hospitalizados los 5 primeros días, y posteriormente 3 veces a la semana durante 3 semanas. El magnesio debe pedirse en todos los pacientes con alteraciones del QTc. ^bHay autores que recomiendan solicitar el complemento de forma sistemática, por ser un marcador precoz de desnutrición.

ECG: electrocardiograma; FSH: hormona folículo-estimulante; LH: hormona luteinizante; RM: resonancia magnética; TC: tomografía computarizada; TCA: trastornos de la conducta alimentaria; VSG: velocidad de sedimentación globular.

- Trastornos pediátricos autoinmunes neuropsiquiátricos asociados a la infección por estreptococos.
- Tumor cerebral.
- Enfermedad psiquiátrica: ansiedad, depresión, TOC.

Tratamiento

Dado que los TCA en el adolescente son una enfermedad grave, el abordaje terapéutico debe iniciarse inmediatamente y ser lo suficientemente intensivo y extensivo (duración) para asegurar la mejoría. La intervención terapéutica se organiza en función de la clínica y el estadio evolutivo de la enfermedad. En el adolescente con TCA, el abordaje familiar es imprescindible^{2,4,5}.

Existen diferentes tipos de tratamiento según la intensidad (hospitalización, hospitalización domiciliaria, hospital de día y tratamiento en consultas externas), que pueden llevarse a cabo en diferentes niveles asistenciales; éstos se encuentran resumidos en la tabla 6³.

Tabla 6. Niveles de tratamiento en pacientes con trastornos alimentarios

Estado de salud	Nivel 1: ambulatorio	Nivel 2: ambulatorio intensivo	Nivel 3: hospital de día	Nivel 4: ingreso no hospitalario	Nivel 5: ingreso hospitalario
	Estable. No presenta 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	Para niños y adolescentes: si la FC es <40 lpm; diferencias ortostáticas (incremento >20 lpm en el pulso o descensos >10-20 mmHg en la PA); PA <80/50 mmHg; hipopotasemia; hipofosfatemia o hipomagnesemia Para los adultos: si la FC es <40 lpm; PA <90/60 mmHg; glucosa <60 mg/dL; potasio <3 mEq/L; desequilibrio electrolítico; temperatura <36 °C; deshidratación; alteración hepática; afectación renal o cardiovascular, que requieran un tratamiento agudo; diabetes mal controlada
Tendencias suicidas	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	>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: pensamientos repetitivos >3 h/día	De pobre a justa: pensamientos repetitivos de 4-6 h/día; cooperan con un tratamiento muy estructurado	Escasa: pensamientos repetitivos continuos; falta de cooperación con el tratamiento o sólo en ambientes estructurados

Tabla 6. Niveles de tratamiento en pacientes con trastornos alimentarios
(continuación)

Estado de salud	Nivel 1: ambulatorio	Nivel 2: ambulatorio intensivo	Nivel 3: hospital de día	Nivel 4: ingreso no hospitalario	Nivel 5: ingreso hospitalario
Trastornos (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	Autosuficiente	Autosuficiente	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 además 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 (sin 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. A) Este nivel se considera afectivo si se aplica 8 h/día, 5 días a la semana. B) Es necesario para evaluar adecuadamente la deshidratación; valorar iones en sangre y orina. C) Debe ser valorado por un psiquiatra y hay que tener en cuenta diversos factores. D) Son porcentajes aproximados, no estandarizados; es importante tener en cuenta también la composición corporal. E) Pueden formar parte de sus creencias; por tanto, sería una «idea sobrevalorada» o un pensamiento repetitivo no deseado, más cercano a lo obsesivo-compulsivo.					

FC: frecuencia cardiaca; PA: presión arterial.

La renutrición, o restauración del patrón alimentario, es la primera medida que cabe adoptar, siempre apoyada por los padres; junto con la intervención psicológica, constituye el programa conductual de recuperación de peso.

El plan de vida (figura 2) se utiliza en todas las modalidades de tratamiento, y consiste en un conjunto de indicaciones médico-conductuales que deben cumplirse a su tiempo, con las que se pretende la instauración de hábitos fisiológicos y sociales adecuados y sustituir las conductas patológicas relacionadas con la enfermedad. El plan de vida se refiere a pautas de alimentación, sueño, actividad física, escolaridad, vida social, medicación e indicación de psicoterapia. Con todo ello se promueve el desarrollo de una función ejecutiva necesaria y difícil, que puede estar perturbada por el trastorno, especialmente por el incremento de la rigidez cognitiva y la disminución de la capacidad de procesamiento global de la información⁴.

Plan de vida

Paciente: **Fecha:**.....

.....

1. Horarios de sueño
Hora de levantarse: Hora de acostarse:.....
- Reposo: 30 minutos después de desayuno y merienda
1 hora después de comer y cenar

2. Horario escolar
- Completo
- Parcial
- Tiempo de estudio/deberes:..... Descanso:.....
- Supervisión de adultos
- Evaluaciones escolares

3. Alimentación:
Dieta:.....
Suplemento:.....
Agua:.....
- Debe tomarlo todo
- No debe acudir al baño hasta 1 hora después de las comidas
- No debe intervenir en la preparación de la comida
- No debe entrar en la cocina
- No hablar de comida durante el tiempo de comer

4. Actividades:
- Escribir diario
- Paseos
- Deportes
- Gimnasia escolar
- Otras actividades

5. Medicación:.....

6. Otras indicaciones:
- No dispondrá de teléfono/móvil ni verá la TV

Figura 2. Modelo de plan de vida utilizado en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en la Unidad de Medicina de la Adolescencia del Hospital Universitario La Paz

Objetivos del tratamiento

- Restaurar y mantener un peso saludable.
- Reducir y eliminar las restricciones, los atracones y las purgas.
- Educar en hábitos de vida: seguir una alimentación sana y equilibrada, y realizar un ejercicio no excesivo.
- Tratar las complicaciones físicas y las 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 proporcionarle asesoramiento. Conseguir su colaboración es imprescindible para la terapia.
- Prevenir las recaídas^{2-5,18}.

Indicaciones de ingreso

- Constantes biológicas inestables (presión arterial, pulso, temperatura...).
- Arritmias cardíacas, bradicardia (<40 lpm). Dolor precordial por un ejercicio excesivo.
- Anomalías electrolíticas (hipopotasemia <3 mEq/L), tetania, alteración de la conciencia y convulsiones.
- Alteración hepática o renal grave.
- Urgencia psiquiátrica, riesgo elevado de suicidio o intento suicida, gran impulsividad, crisis familiar que no garantice la contención.
- 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 realizar tratamiento ambulatorio²⁻⁵.

Tratamiento de la anorexia nerviosa

Rehabilitación nutricional

- Establecer objetivos para los pacientes con un bajo peso excesivo y 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 la participación del paciente en la elaboración de la comida: los padres serán los responsables de cocinar.
 - Si la situación es crítica, el médico es quien debe imponer su criterio de autoridad para iniciar el tratamiento; en ocasiones, se puede llegar a ingresar al paciente en contra de su voluntad.

- Ayudar a volver a comer y lograr un aumento del peso:
 - Establecer un objetivo de peso y un ritmo de ganancia ponderal saludable. El objetivo nutricional debe establecerse individualmente en cada paciente, con un intervalo de pesos saludables que se recalculan cada 3-6 meses, en el que hay que tener en cuenta la talla, el peso premórbido, el percentil de crecimiento, el desarrollo físico y puberal, y el potencial de crecimiento. Un peso saludable es aquel en el que se restaura la ovulación o se reanuda el desarrollo físico y sexual; muchas de las pacientes no necesitan alcanzar el p50 de IMC.
 - Por lo general, se comienza con una ingesta de 30-40 kcal/kg/día (1.000-1.500 kcal), con un aumento progresivo del aporte calórico. Normalmente se establece como objetivo una ganancia de 250-500 g/semana en programas ambulatorios. Hay que negociar la dieta, para que los pacientes se sientan cómodos.
 - Ayudar al paciente a regular la actividad física.
 - Vigilar la aparición de un síndrome de realimentación¹⁹. En el síndrome de realimentación pueden presentarse un conjunto de alteraciones electrolíticas, metabólicas y cardíacas secundarias a la depleción y la rápida repleción. Se manifiesta con hipopotasemia, hipofosfatemia, hipomagnesemia, insuficiencia cardíaca, edema de realimentación y dolor abdominal. Es más frecuente en pacientes con una desnutrición grave (menos de un 70% del peso ideal) y durante las 2 primeras semanas de rehabilitación nutricional.
- Ayudar a mantener el peso, proporcionando un apoyo continuo al paciente y su familia:
 - Paulatinamente se devuelve al enfermo y a su familia la capacidad para tomar decisiones sobre las funciones vitales básicas.
 - Ayudar al paciente a lidiar con sus preocupaciones sobre el aumento de peso y los cambios de su imagen corporal.

Tratamiento psiquiátrico y psicológico

El equipo terapéutico, el enfermo y la familia deben ser realistas respecto al tratamiento, que a menudo es un proceso a largo plazo. Aunque los resultados pueden ser favorables, el curso del tratamiento raras veces está exento de incidencias y el clínico debe estar preparado para vigilar con cuidado el progreso.

Existen diferentes protocolos de tratamiento, pero son escasos los trabajos que valoran los resultados evolutivos finales. La naturaleza de los TCA y la gran diversidad de tratamientos ya establecidos en la práctica hacen difícil en ocasiones satisfacer la demanda de datos basados en la evidencia, algo que es básico en las decisiones del tratamiento clínico²⁰.

En los pacientes con AN, la psicoterapia puede ser útil una vez corregida la desnutrición. En un metaanálisis²⁰ se ha constatado que la psicoterapia conductual produjo una mayor ganancia de peso y acortó la estancia hospitalaria respecto al tratamiento exclusivo con psicofármacos. Con el tratamiento cognitivo se obtienen mejores resul-

tados que con los consejos dietéticos, en términos de evitar recaídas desde la restauración del peso en el hospital. Hay una evidencia limitada en pacientes menores de 19 años con una duración de su enfermedad <3 años, en quienes la terapia familiar fue superior en términos de ganancia de peso a la psicoterapia individual.

Podemos decir que en la psicoterapia son necesarios, al menos, 2 niveles de tratamiento, aunque normalmente son 3:

- Nivel individual. En su mayoría, consiste en la combinación de tratamientos cognitivo-conductuales, orientados a la ganancia y el mantenimiento de peso y el cumplimiento del plan de vida, y psicoterapia, orientada al manejo de los síntomas emocionales, afectivos o sociales que se hayan deteriorado y al tratamiento de las comorbilidades asociadas.
- Nivel familiar. Es importante hacer un trabajo psicoeducativo con la familia para que pueda ser realmente un activo en el tratamiento. A veces, la familia forma parte del tratamiento psicológico.
- Nivel grupal. Muchas veces es necesaria la inclusión del paciente en un grupo psicoterapéutico para completar el tratamiento individual.

Tratamiento farmacológico

- Históricamente, las intervenciones farmacológicas han desempeñado un papel limitado en los TCA, proporcionando principalmente un alivio sintomático de los problemas psiquiátricos, como la depresión y la ansiedad. Por tanto, los medicamentos psicotrópicos deben asociarse a intervenciones psicosociales, y nunca como tratamiento único.
- Siempre que sea posible, hay que iniciar el tratamiento farmacológico una vez restaurado el peso. Se recomienda considerar la posibilidad de administrar antidepresivos para tratar la depresión y la ansiedad persistente después de la recuperación del peso:
 - Los antidepresivos tricíclicos (ADT) y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) deben evitarse en pacientes con un peso bajo, por su letalidad potencial y la toxicidad en sobredosis.
 - Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) desplazaron rápidamente a los ADT, dada su mayor seguridad y tolerabilidad. Dentro de este grupo de fármacos, la fluoxetina es de elección, pues parece mejorar la sintomatología depresiva y obsesiva, reducir los niveles de ansiedad, disminuir el número de recaídas y ayudar al mantenimiento de la recuperación ponderal. La dosis puede oscilar entre 20 y 60 mg/día. En la BN las dosis utilizadas suelen ser más altas que en la depresión, y ayudan al control de atracones y purgas.
 - Las benzodiacepinas pueden resultar útiles en momentos puntuales de ansiedad; se aconseja administrar las de semivida media, aunque hay que usarlas con cautela, vigilando la posibilidad de abuso o dependencia.

- 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 presentarlos.
- Restaurar la densidad mineral ósea (DMO) con 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 al respecto.
- La recuperación del peso y la función menstrual es la única medida que se ha demostrado eficaz para recuperar y mantener la DMO^{2-5,8}.

Tratamiento de la bulimia nerviosa

- Rehabilitación nutricional:
 - Normalmente, los pacientes con BN presentan sobrepeso. Es necesario calcular su peso ideal y ayudarlos a que lo alcancen, puesto que la obesidad puede contribuir a mantener la BN.
 - Proporcionar asesoramiento nutricional para ayudar al paciente a consumir una mayor variedad de alimentos y establecer un patrón de comidas regular.
 - Corregir las deficiencias nutricionales.
 - Minimizar la restricción de alimentos que conduce a los atracones e identificar los momentos en que éstos suelen producirse para poder planificar actividades incompatibles con ellos.
 - Alentar los patrones de ejercicio saludable, aunque no excesivos.
- Tratamiento psiquiátrico y psicológico (véase Tratamiento de la anorexia nerviosa).
- Tratamiento farmacológico (véase Tratamiento de la anorexia nerviosa).

Pronóstico

El 85% de los casos de AN se inician antes de los 25 años de edad, con una incidencia máxima de inicio a los 14-18 años. Sin embargo, los estudios demuestran que tan sólo se diagnostica el 50% de los casos, y sólo 1 de cada 3 recibe tratamiento especializado²¹.

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. Estos trastornos presentan además una alta comorbilidad psiquiátrica (trastornos afectivos, depresión, ansiedad...), principalmente en la fase aguda de la enfermedad, aunque también pueden aparecer tras la recuperación.

En general, la mitad de los pacientes con TCA evoluciona favorablemente; de la otra mitad, el 30% sigue presentando algún síntoma y el 20%, una mala evolución. Concretamente, un 25-50% de los pacientes con BN capaces de participar en el tratamiento se curan; la AN tiene peor pronóstico, sobre todo si se asocia a conductas autolesivas.

Tabla 7. Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria

Indicios físicos de sospecha	Indicios conductuales de sospecha
<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 las 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

La mortalidad de la AN se sitúa en un 2-8%, por lo que sería la enfermedad psiquiátrica más letal.

Los factores conocidos que predicen un peor pronóstico son los siguientes: 1) conductas purgativas; 2) falta de respuesta al tratamiento en enfermedades de larga evolución; 3) peso mínimo alcanzado muy bajo; 4) TOC; 5) relación familiar patológica; 6) comorbilidad, y 7) visitar páginas pro-ana, pro-mía^{15,21}.

Prevención

La prevención primaria y secundaria es la labor fundamental del pediatra. Se debe sospechar un TCA ante una conducta anómala e incluirlo en las revisiones periódicas de salud.

Hay 3 niveles fundamentales de prevención que dependen de los objetivos y 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.
- Prevención secundaria. Está diseñada para diagnosticar y tratar los signos tempranos de los TCA. Es aquí donde la pediatría de atención primaria ejerce 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 un TCA en la consulta, especialmente en las revisiones periódicas

5. American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders, 3.ª ed. American Psychiatric Association Practice guidelines, 2006 [DOI: 10.1176/appi.books.9780890423363.138660].
6. Duncan L, Yilmaz Z, Gaspar H, Walters R, Goldstein J, Anttila V, et al. Eating Disorders Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Significant locus and metabolic genetic correlations revealed in genome-wide association study of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2017 [DOI: 10.1176/appi.ajp.2017.16121402].
7. Scott-Van Zeeland AA, Bloss CS, Tewhey R, Bansal V, Torkamani A, Libiger O, et al. Evidence for the role of EPHX2 gene variants in anorexia nervosa. *Mol Psychiatry*. 2014; 19(6): 724-732.
8. Lutter M. Emerging treatments in eating disorders. *Neurtherapeutics*. 2017 [DOI: 10.1007/s13311-017-0535-x].
9. Bernstein BE. Anorexia nervosa: practice essentials, background, pathophysiology, 2017. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/912187/overview>
10. Toro J. Riesgo y causas de la anorexia nervosa, 1.ª ed. Barcelona: Ariel, 2004.
11. Casas Rivero J, Iglesias Diz JL. La entrevista al adolescente. *Adolescere*. 2015; 3(2): 64-68.
12. Rosen D; Committee on Adolescence. Clinical report identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*. 2010; 126: 1.240-1.253.
13. Campbell K, Peebles R. Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics*. 2014; 134; 582 [DOI: 10.1542/peds.2014-0194].
14. 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.º 2006/10. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria/completa/general/copyright.html
15. Mustelin L, Silén Y, Raevouri 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 Psychiatric Res*. 2016; 77: 85-91.
16. Gagandeep R. Bulimia nervosa: practice essentials background, frequency, 2016. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/286485-overview>
17. Mendoza Velásquez JJ. Revisión de artículos: trastornos de la conducta alimentaria y la ingesta de alimentos. *Medscape*. 2017. Disponible en: http://espanol.medscape.com/verarticulo/5901730_3
18. Fernández López MT, López Otero MJ, Álvarez Vázquez P, Arias Delgado J, Varela Correa JJ. Síndrome de realimentación. *Farm Hosp*. 2009; 33(4): 183-197.
19. Jagielska G, Kacperska I. Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatr Pol*. 2017; 51(2): 205-218.
20. Madruga D, Leis R, Lambruschini F. Trastornos del comportamiento alimentario: AN y BN. Cap. 7. En: SEGHNPAEP. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica, 2.ª ed. Ergón, S.A. 2010; 325-339. Disponible en: www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf
21. 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): 51-55.

