

# Manejo de los trastornos de la conducta alimentaria en primaria; detectar, derivar y acompañar

**M.A. Salmerón Ruiz.** Hospital Ruber Internacional de Madrid.

Adolescere 2024; XII (2): 54-59

## Resumen

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son un conjunto de patologías psiquiátricas con repercusiones físicas que el pediatra debe conocer con el objetivo de prevenir y detectar precozmente los casos. Lo que mostró mayor evidencia en la prevención son la promoción de los hábitos de vida saludables. El test de SCOFF y el seguimiento del peso, de la talla y el IMC son útiles para la detección precoz. Los pacientes diagnosticados de TCA deben ser tratados en unidades específicas o en su defecto, por salud mental y el pediatra.

**Palabras clave:** Trastorno de la conducta alimentaria; Trastorno por atracón; Anorexia nerviosa; Bulimia; Bulimia nerviosa; Adolescente.

## Abstract

Eating Disorders (ED) are a group of psychiatric pathologies with physical repercussions that the pediatrician should be aware of in order to prevent and detect cases promptly. What has shown the most evidence in prevention is the promotion of healthy lifestyle habits. The SCOFF test and monitoring of weight, height and BMI are useful for early detection. Patients diagnosed with ED should be treated in specific units or, in their absence, by the mental health service and the pediatrician.

**Key words:** *Eating disorder; Binge eating disorders; Anorexia nervosa; Bulimia; Bulimia nervosa; Adolescent.*

## Definición<sup>(1)</sup>

En el DSM5<sup>(2)</sup> los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se engloban bajo el epígrafe de "Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la ingesta de alimentos". Este apartado incluye a la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN), el Trastorno por Atracón (TA), Pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, otros trastornos alimentarios y de la ingesta especificados que engloban a las formas atípicas y los trastornos alimentarios y de la ingesta no especificados.

Según el DSM5<sup>(2)</sup> la definición de los TCA es "la alteración persistente en la alimentación o el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial." Existen unos criterios diagnósticos de cada trastorno que pueden ser consultados en el DSM5<sup>(2)</sup>. En este artículo, para mejorar su comprensión y facilitar la práctica clínica del pediatra de atención primaria, se explicarán las diferencias entre la AN, BN y TA.

La AN se caracteriza por una restricción de la ingesta de alimentos lo que genera un aporte calórico insuficiente para las necesidades del paciente. Esta situación prolongada en el tiempo ocasiona un peso significativamente bajo para la edad, el sexo y afecta al desarrollo. Los pacientes presentan un miedo intenso a ganar peso o engordar que ocasiona mecanismos de compensación como la provocación del vómito o la realización de ejercicio de forma obsesiva. Hay alteración en la forma en que se experimenta el peso o la forma corporal, lo que se denomina distorsión de la imagen corporal. En la práctica clínica la pérdida de peso significativa es un síntoma de evolución de enfermedad. Los síntomas iniciales son: insatisfacción por la imagen corporal, miedo intenso a engordar que ocasiona pensamientos obsesivos relacionados con los alimentos calóricos. Una vez instaurados estos pensamientos durante un tiempo variable, el paciente toma la decisión de pasar a la acción y comienza la restricción que puede ir acompañada o no de conductas compensatorias.

La BN son episodios recurrentes de atracones caracterizados por ingerir una cantidad mayor de comida que la mayoría de las personas y una sensación de falta de control durante el episodio. Tras el atracón, el paciente siente gran culpabilidad lo que ocasiona conductas compensatorias inapropiadas y recurrentes para prevenir el aumento de peso (p. ej., los vómitos autoinducidos o el uso indebido de laxantes).

En el TA hay episodios recurrentes de atracones generando un malestar marcado por los episodios, pero el paciente no tiene conductas compensatorias.

La característica común - en la AN, BN y TA - es la incapacidad del paciente para afrontar los retos del día a día y la dificultad en la gestión emocional. La AN gestiona utilizando el control por la comida y la restricción. La BN y el TA al comer sienten calma momentáneamente y a la vez son las causas del malestar.

## Epidemiología

La epidemiología sigue siendo **desconocida**, se piensa que está subestimada. Hay estudios de prevalencia siguiendo los criterios del DSM5. Según una revisión sistemática publicada en el 2022<sup>(3)</sup> los TCA son más frecuentes en mujeres con una prevalencia del 2,58 % en países desarrollados y por trastornos son un 0,16 % en la AN, 0,63 % en la BN y 1,53 % el TA. La prevalencia en la adolescencia de los TCA oscila dependiendo del estudio entre un 0,3 y un 2,3 %<sup>(1)</sup>.

La epidemiología y la etiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) siguen siendo desconocidas

## Etiología

La etiología es desconocida. El modelo más aceptado es el **biopsicosocial**. Los hallazgos que justifican la posible etiología biológica son la heredabilidad genética, que es más frecuente en el sexo femenino y la AN es más prevalente en la raza blanca y la BN en la raza negra, asiática y latina<sup>(1)</sup>. Respecto a la etiología social, es más frecuente en los pacientes con TCA los antecedentes de eventos traumáticos, experiencias adversas en la infancia, ser cis género con orientación homosexual y los pacientes transgénero<sup>(1)</sup>. En los dos últimos casos por un riesgo mayor de experiencias adversas en la infancia como el maltrato entre iguales o la no aceptación en el entorno familiar. Se demostró una relación prospectiva entre desarrollar un TCA y las siguientes causas: 1) la presión social relacionada con la imagen corporal<sup>(4)</sup> 2) ser víctima o agresor de ciberacoso<sup>(5)</sup> y 3) mayor tiempo de uso de pantallas (específicamente con el TA)<sup>(6)</sup>.

## Detección

La detección precoz permite: disminuir el riesgo de la aparición de complicaciones a corto plazo, a medio y a largo plazo. La detección junto a la prevención son dos pilares fundamentales en atención primaria.

- a) Las complicaciones según el trastorno<sup>(1)</sup>, se resumen en la Tabla I.
- b) Las herramientas en la consulta para la detección precoz que demostraron evidencia científica son:
  - i. El test de SCOFF<sup>(1)</sup> que fue validado en español en 2005 (Tabla II), tiene una sensibilidad del 78,4 % y una especificidad del 75,8 %. Es un cuestionario autoadministrado de 5 ítems con respuestas dicotómicas (SI - NO).

El pediatra de atención primaria es fundamental para la prevención y detección precoz de los casos

- ii. El seguimiento a lo largo del tiempo del peso, la talla y el índice de masa corporal. Es una práctica habitual en la consulta del pediatra. El aumento o la disminución de peso a partir de los 10 años -sin causa aparente- obliga a descartar un TCA<sup>(1)</sup>.

## Abordaje de los casos

Tras detectar si existe riesgo de que el paciente pueda tener un TCA es necesario como en cualquier otra patología, realizar una anamnesis y exploración física completa.

- a) La **anamnesis dirigida** tiene como finalidad establecer: la sospecha diagnóstica, el diagnóstico diferencial, la valoración de las complicaciones y la gravedad. Las preguntas abiertas ayudan al paciente a poder dar más información. Es importante evitar emitir juicios de valor o culpabilizar. La pérdida o ganancia de peso es un signo de evolución de enfermedad. La detección del sufrimiento o la preocupación excesiva por el cuerpo y la comida son los primeros síntomas que aparecen. Los aspectos importantes de la anamnesis dirigida se resumen en la Tabla III.
- b) Una **exploración física completa** dirigida a buscar los signos físicos de la enfermedad y autolesiones. Debe incluir la valoración del desarrollo sexual, la tensión arterial, el peso, la talla y el índice de masa corporal. En un paciente con la sospecha o el diagnóstico de un TCA es importante **evitar que el paciente conozca su peso**. El peso forma parte de los pensamientos obsesivos de la enfermedad e independientemente de la cifra es una causa de malestar y están incapacitados para valorar el peso como un parámetro de riesgo tanto por exceso como por defecto. Sin embargo, la cifra de peso es importante para el clínico al permitir conocer la evolución de una forma objetiva independientemente de lo que cuente el paciente. Un aumento de peso importante puede indicar la presencia de atracones o su reducción una mayor restricción o comportamientos purgativos.
- c) Las **pruebas complementarias** van dirigidas a la detección de las complicaciones o para establecer un diagnóstico diferencial con otras patologías. Las pruebas que más frecuentemente se solicitan en atención primaria son:
  - i) El electrocardiograma es de ayuda en pacientes con bradicardia por desnutrición para el diagnóstico diferencial de otras causas o ante la sospecha de alteraciones hidroelectrolíticas.
  - ii) Análítica básica con función renal, hepática, amilasa (alta en vómitos de repetición), electrolitos (descartar alteraciones por vómitos o diuréticos), hormonas tiroideas (podrían favorecer la ganancia o la pérdida de peso).

En la detección precoz de los casos en atención primaria es útil el cuestionario SCOFF y la valoración de las curvas de peso, talla e IMC

Si se detecta un caso en atención primaria es necesario realizar: una anamnesis dirigida al trastorno, una exploración clínica completa y valorar la gravedad para determinar la urgencia en la derivación del paciente. Los TCA deberían ser atendidos en unidades especializadas

## Derivación a atención especializada

Los pacientes diagnosticados de un TCA deberían ser atendidos en unidades multidisciplinarias especializadas. En su defecto deberían ser tratados en psiquiatría y pediatría. El seguimiento por parte del pediatra permite la detección precoz de las recaídas, las complicaciones y el seguimiento nutricional (Ver Tabla IV. Algoritmo de derivación a especializada y Tabla V. Criterios de ingreso).

## Prevención

Las intervenciones que demostraron mayor efecto son las basadas en la disonancia cognitiva y la modificación del estilo de vida. La modificación del estilo de vida es una práctica habitual en la consulta del pediatra y es importante recordar que dichas estrategias eviten como objetivo principal la disminución del peso.

## Conclusiones

El pediatra de atención primaria tiene una posición privilegiada para la detección precoz y la prevención de los TCA. La etiología es incierta, aunque el modelo bio-psico-social es el más aceptado para explicar las posibles causas. La prevalencia está subestimada, siguiendo los criterios del DSM5, en la adolescencia oscila entre un 0,3 % y un 2,3 %. La pandemia aumentó el número de casos y la gravedad. La detección precoz es esencial porque disminuye las complicaciones a corto, medio y largo plazo, siendo el SCOFF y el seguimiento del peso y la talla los parámetros con mayor evidencia científica. Si se detecta un caso es necesario una anamnesis dirigida al trastorno, una exploración clínica completa siendo importante valorar la gravedad para determinar la urgencia en la derivación del paciente, preferiblemente a una unidad multidisciplinar. El estilo de vida saludable es efectivo para la prevención.

## Tablas y figuras

Tabla I. Complicaciones en los TCA

<b>Anorexia Nerviosa (AN)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Las complicaciones son debidas a la pérdida de peso y la <b>desnutrición</b>.</li> <li>Baja densidad ósea con riesgo de fracturas, bradicardia/hipotensión sintomática y gastroparesia.</li> </ul>
<b>Trastorno por Atracón (TA)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tasas más altas de <b>obesidad y trastornos metabólicos</b>.</li> </ul>
<b>Bulimia Nerviosa (BN)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Complicaciones debidas a los atracones y las <b>purgas</b>.</li> <li>Cardiovasculares (arritmias e insuficiencia cardíaca), alteraciones electrolíticas, pancreatitis, erosiones o perforaciones gástricas, erosión dental y lesión renal.</li> </ul>
<b>En los tres trastornos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteraciones en el <b>funcionamiento cognitivo y emocional</b>.</li> <li>Más riesgo de <b>comorbilidad psiquiátricas</b> (trastornos del estado de ánimo, ansiedad y abuso de sustancias).</li> <li>Mayor <b>mortalidad</b> (más riesgo en la AN por la desnutrición y en la BN por tentativas de suicidio).</li> </ul>

Elaboración propia.

Tabla II. Test de SCOFF

	SI	NO
¿Tiene la sensación de estar enferma porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo?		
¿Está preocupada porque siente que tiene que controlar cuanto come?		
¿Ha perdido recientemente más de 6 Kg en un periodo de tres meses?		
¿Cree que está gorda aunque otros digan que está demasiado delgada?		
¿Diría que la comida domina su vida?		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

Cada respuesta afirmativa es valorada con un punto. El punto de corte propuesto para el cribado en la población general es igual o superior a 2 puntos.

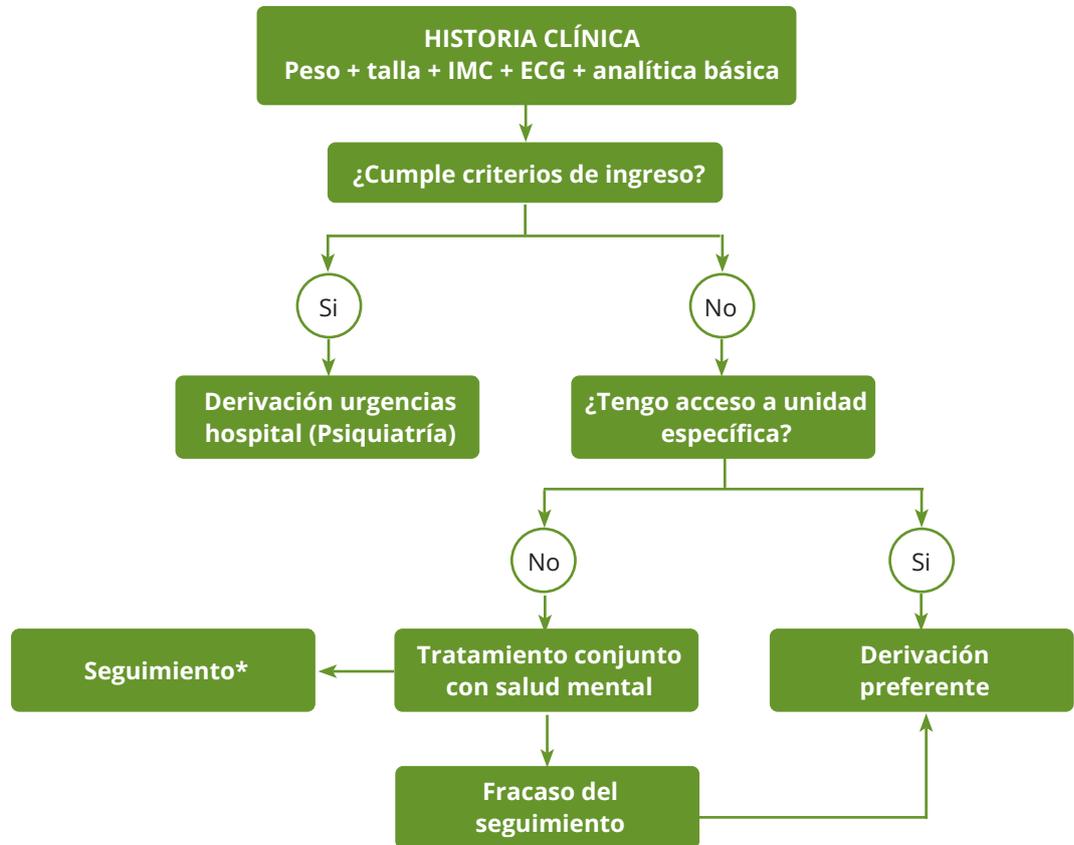
Tomada de: Salmerón Ruiz MA, Román Hernández C, Casas Rivero J. Trastornos del comportamiento alimentario [Internet]. *Pediatr Integral* 2017; XXI (2): 82 – 91 [citado el 7 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www.pediatrintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi02/02/n2-082-091\\_MariSalmeron.pdf](https://www.pediatrintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi02/02/n2-082-091_MariSalmeron.pdf).

Tabla III. Preguntas esenciales en la anamnesis

Objetivos de la pregunta	Pregunta
Preocupación real del paciente y de la familia (en la mayoría de los casos discordante)	¿Qué te ocurre? / ¿Qué piensas que le ocurre?
Valorar la insatisfacción corporal	¿Qué tal te sientes con tu cuerpo?
Determinar la intensidad de la ideación de enfermedad	¿Cuánto tiempo te pasas pensando en la comida y/o el cuerpo?
Evaluar el cambio del peso	¿Cuál fue tu peso máximo y mínimo? ¿Cuándo ocurrió?
Estimación de la ingesta	¿Qué comiste ayer?
Síntomas, signos y complicaciones	Según sospecha clínica

Elaboración propia.

Tabla IV. Algoritmo de derivación a especializada



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

Modificada de: Salmerón Ruiz MA, Román Hernández C, Casas Rivero J. Trastornos del comportamiento alimentario [Internet]. *Pediatr Integral* 2017; XXI (2): 82 – 91 [citado el 7 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi02/02/n2-082-091\\_MariSalmeron.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi02/02/n2-082-091_MariSalmeron.pdf).

Tabla V. Criterios de ingreso<sup>(7)</sup>

- Constantes biológicas inestables
- Arritmias cardíacas o electrolíticas
- Urgencia psiquiátrica (riesgo elevado de suicidio o intento de suicidio)
- Pérdida de peso: excesiva (>25-30 % del peso ideal) o rápida (>10 % del peso en 2 meses)
- Ausencia de apoyo familiar
- Fracaso o imposibilidad de tratamiento ambulatorio

Tomada de: Salmerón Ruiz MA, Román Hernández C, Casas Rivero J. Trastornos del comportamiento alimentario [Internet]. *Pediatr Integral* 2017; XXI (2): 82 – 91 [citado el 7 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi02/02/n2-082-091\\_MariSalmeron.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi02/02/n2-082-091_MariSalmeron.pdf).

## Bibliografía

1. US Preventive Services Task Force, Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Chelmow D, et al. Screening for eating disorders in adolescents and adults: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA [Internet]*. 2022 [citado el 7 de marzo de 2024];327(11):1061. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2789963>.
2. American Psychiatric Association. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (R): Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5 (R)*. Arlington, TX, Estados Unidos de América: American Psychiatric Association Publishing; 2014.
3. Qian J, Wu Y, Liu F, Zhu Y, Jin H, Zhang H, et al. An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord [Internet]*. 2022;27(2):415–28. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z>.
4. Pearlman AT, Murphy MA, Raiciulescu S, Gray JC, Klein DA, Schvey NA. The prospective relationship between weight-based discrimination and eating pathology among youth. *Eat Behav [Internet]*. 2023;49(101746):101746. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101746>.
5. Cheng CM, Chu J, Ganson KT, Trompeter N, Testa A, Jackson DB, et al. Cyberbullying and eating disorder symptoms in US early adolescents. *Int J Eat Disord [Internet]*. 2023;56(12):2336–42. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/eat.24034>.
6. Al-Shoaibi AAA, Shao IY, Ganson KT, Lavender JM, Testa A, Kiss O, et al. Prospective association of screen time with binge-eating disorder among adolescents in the United States: The mediating role of depression. *Int J Eat Disord [Internet]*. 2024 [citado el 7 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38358046>.
7. Salmerón Ruiz MA, Román Hernández C, Casas Rivero J. Trastornos del comportamiento alimentario [Internet]. *Pediatr Integral* 2017; XXI (2): 82 – 91 [citado el 7 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi02/02/n2-082-091\\_MariSalmeron.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi02/02/n2-082-091_MariSalmeron.pdf).
8. Stice E, Onipede ZA, Marti CN. A meta-analytic review of trials that tested whether eating disorder prevention programs prevent eating disorder onset. *Clin Psychol Rev [Internet]*. 2021;87(102046):102046. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102046>.

No existen conflictos de interés en la realización de este artículo.

## PREGUNTAS TIPO TEST

1. **Respecto a los criterios de ingreso de los TCA, señale la respuesta INCORRECTA:**
  - a) Pérdida de peso: excesiva (>5-10 % del peso ideal) o rápida (>10 % del peso en 2 meses).
  - b) Arritmias cardíacas.
  - c) Constantes biológicas inestables.
  - d) La ausencia de apoyo familiar.
  - e) Fracaso o imposibilidad de tratamiento ambulatorio.
2. **Respecto a la definición de los TCA indique la respuesta CORRECTA:**
  - a) El trastorno por atracón se caracteriza por la presencia de conductas purgativas.
  - b) En la anorexia nerviosa es frecuente la presencia de atracones.
  - c) En la bulimia nerviosa hay un control excesivo por la ingesta provocando una pérdida de peso.
  - d) En la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón hay una alteración en el funcionamiento cognitivo.
  - e) La pérdida de peso es un signo inicial de enfermedad en la anorexia nerviosa.
3. **Respecto a los trastornos de la conducta alimentaria, señale la opción CORRECTA:**
  - a) La etiología es conocida y multifactorial.
  - b) La prevalencia está infraestimada, siguiendo los criterios del DSM4, en la adolescencia oscila entre un 0,3 % y un 2,3 %.
  - c) Una de las preguntas del test de SCOFF evalúa la pérdida de peso en los últimos seis meses.
  - d) La AN es más prevalente en la raza negra y la BN en la raza blanca.
  - e) La gastroparesia es más frecuente en la AN.

Respuestas en la página 151