

# DETECCIÓN PRECOZ E INTERVENCIÓN DEL PEDIATRA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

---

DRA. EVA ESCRIBANO CERUELO

DRA. RAQUEL JIMÉNEZ GARCÍA

 Hospital Infantil Universitario  
Niño Jesús

18<sup>o</sup> congreso  
actualización  
*pediatría 2022*

 FPS



 AEPap

# TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

---

DSM-5: “trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos”.

- Anorexia nerviosa (AN): 0,3 %.
- Bulimia nerviosa (BN): 1-2 %.
- Trastorno de restricción/evitación de la alimentación (TERI).
- Trastorno por atracón (TA): el más frecuente en adultos.
- Otros: AN atípica, síndrome del comedor nocturno, TCA no especificado.

3ª causa de enfermedad crónica en niños y adolescentes (asma y obesidad).

Pico inicio síntomas 14-19 años (12.5 años?).

1/250 adolescentes mujeres padecen algún tipo de TCA.

# OBJETIVOS

---



1. Reconocimiento precoz signos/síntomas TCA.
2. Evaluación médica.
3. Criterios de gravedad.
4. Tratamiento.
5. Papel del pediatra de atención primaria.

**MC:** mujer de 17 años remitida a la consulta de hematología desde AP por leucopenia.

## VALORACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

✓ **14 años y 9 meses.** Dice que “es vegetariana con pescado y huevo”.

✓ **15 años.** Amenorrea de 3 meses de evolución.

“EF: abdomen blando y depresible, no palpo masas ni megalias, doloroso a la palpación en ambas fosas iliacas, resto anodino”.

✓ **15 años y 6 meses.** Persiste amenorrea.

✓ **15 años y 9 meses.**

Valorada por Ginecología.

Analítica hormonal (TSH, testosterona, 17 betaestradiol, androstendiona, prolactina, FSH, LH).

Analítica general: **L 3.820** (N 1700, L 2200), resto normal.

Se pauta Utorgestan® (progesterona) 100 mg, 2/noche, durante 5 días. ACO: Sibilla®.

✓ **16 años y 6 meses.** Leucopenia: **L 3.550** (N 1.300, L 1.900). Control al mes.

✓ **17 años.** Remitida a Hematología por leucopenia persistente.

## VALORACIÓN EN HEMATOLOGÍA

Peso: 35,4 kg, Talla: 160 cm.

“Reconoce pérdida de peso y delgadez que no encuentra relacionada con la ingesta”.

Se remite a la consulta de Adolescentes.

**¿Qué realizaría a continuación**



# ANAMNESIS

---

**Hábitos dietéticos:** cantidad y tipo (“buenos y malos”) de alimentos. Contaje Kcal. Ingesta de agua. Rituales. Tipo de dieta familiar. Historia dietética.

**Historia del peso:** máximo y mínimo, peso perdido y en cuanto tiempo. Gráficas.

**Conductas compensatorias:** vómitos, laxantes, diuréticos, fármacos adelgazantes.

**Ejercicio.** Tipo, frecuencia, intensidad.

**Síntomas físicos.** Amenorrea. FUR. Menarquia.

**Sueño.**

**Historia social.** Familia. Amigos. Redes sociales. RS.

**Salud mental:** ideación anoréxica, estado ánimo, ansiedad. Autolesiones. Ideación suicida.

**Consumo de sustancias.**

**AP y AF.**

# ANAMNESIS

---

## **Síntomas físicos** de enfermedad.

- ✓ Detención de ganancia de **peso** o pérdida de peso.
- ✓ Detención de desarrollo estatural.
- ✓ Detención **desarrollo puberal**.
- ✓ Menarquia, ciclo menstrual, fecha de la última menstruación, regularidad, tiempo de **amenorrea** y uso de anticonceptivos.
- ✓ Mareo, **presíncope** o cansancio.
- ✓ Palidez, hematomas o sangrado.



# ANAMNESIS

---

## Síntomas físicos de enfermedad.

- ✓ Intolerancia al frío, **extremidades frías**.
- ✓ Palpitaciones, dolor torácico, disnea, intolerancia al ejercicio.
- ✓ Caída del cabello, lanugo, piel seca.
- ✓ Plenitud, distensión abdominal postprandial, **dolor abdominal**, ardor epigástrico.
- ✓ Vómitos, síntomas de reflujo gastroesofágico.
- ✓ Cambios en el hábito intestinal, diarrea, **estreñimiento**, sangre en heces.
- ✓ Debilidad, calambres musculares.
- ✓ Atención, concentración.

## ANAMNESIS

17 años.

Pérdida progresiva de peso desde hace 2 años. Peso máximo 46 kg (14 años).  
Contaje de calorías.

- Dieta: No come carne, sí pescado. Restringe comida grasa. No vómitos.
- De: manzana + pan con queso/tomate o fruta con yogur.
- Co: 100 g de tofu, pan de centeno, , 300 ml de gazpacho, kiwi amarillo.
- Ce: lechuga, tomate, medio calabacín, media lata de atún, 3 uvas.

Líquidos: > 2 L de agua.

Ejercicio: gimnasio 2 veces/semana, corre 4 km 1 vez/semana.

Estudia de pie. Duerme 8 horas al día.

FUR: amenorrea de 18 meses de evolución. Menarquia 13 años.

Cursa 1º Bachillerato con excelencia.

Padres separados desde el año de edad. Hija única.

## ANAMNESIS DIRIGIDA (madre)

Come en casa, en su presencia, “de todo”, aunque últimamente “algo menos”.

Amenorrea secundaria desde hace 8 meses.

Ginecología (hace 6 meses): ecografía pélvica y citología normales.

Endocrinología (hace 5 meses): estimulante del apetito.

Madre e hija niegan el deseo de perder peso o verse gorda.

AP y AF: sin interés.

# SIGNOS DE ALARMA

---

## FISICOS

Peso: pérdida, ganancia, oscilaciones.

Detención en la curva de crecimiento o desarrollo puberal.

Amenorrea.

Síntomas físicos: estreñimiento, dolor abdominal, plenitud, pirosis, mareo, síncope...

## PSICOLÓGICOS

Preocupación excesiva por la comida/peso/imagen corporal. Comidas “buenas” o “malas”.

Distorsión/insatisfacción imagen corporal. Baja autoestima.

Intenso miedo a ganar peso.

Cambios ánimo: irritabilidad, inestabilidad emocional, tristeza, aislamiento social.

Excesiva sensibilidad a los comentarios o críticas (reales o percibidas) sobre el peso/comida/ejercicio.

Autolesiones.

# SIGNOS DE ALARMA

---

## COMPORTAMIENTO

Seguir una **dieta**/s. Preocupación por Kcal.

Patrones de alimentación alterados: saltarse comidas, p. ayuno. Rituales (comer muy despacio, trozear, esconder, rigidez de horarios y contenidos).

Interés por preparar la comida para otros y por la compra. Preferencia por “comida sana”.

Cambios en la ingesta de agua.

No comer en presencia de otros.

Negativa continua de la sensación de hambre.

Vómitos autoprovocados.

Actividad física (estudiar de pie, escaleras, bajar la basura, moverse en el sitio, ejercicio...).

Cambios en la forma de vestir (ropa ancha, varias capas).

Interés (casi compulsivo) por páginas web o redes sociales de dietas, imagen corporal, TCA.

# FACTORES DE RIESGO

---



**Socioculturales.** Presión social. Belleza = delgadez.

**Personales.** Dependencia opiniones externas. Eliminación de las emociones.

**Genético-biológicos.** Importante factor genético (mayor riesgo familiares/gemelos).

Otros: peso elevado en la infancia, menarquia precoz (<12 años), peso elevado padres.

**Familiares.** Apariencia valor excesivo. Contagio.

**Desencadenantes.** Comentarios negativos. Charlas de “saludismos”. Cambio hábitos alimentarios. Cambios vitales.

# DIETA

---

La **dieta es el mayor FR y precipitante** de los TCA, junto con la **pérdida ponderal** por cualquier motivo.

Tanto más cuanto mayor sea su duración e intensidad (moderada x 6, severa x 18).

## ¿ Cuándo hacer dieta se convierte en un problema?

- Dieta implacable.
- Cada vez más estricta a pesar de perder peso.
- Deja de exhibir su delgadez.
- Cambia la forma de comer (trocea, aplasta, esconde, deja comida en los bordes).
- Evita la comida familiar (“cené fuera”, “me tomé un pincho”).
- Niega su delgadez (“estas perdiendo peso”... “pues yo como”).
- Quejas somáticas inespecíficas.

# GRUPOS DE RIESGO

---

Mujeres: sobre todo en periodos de transición (pubertad, embarazo, postparto, menopausia, cambios en rol social).

Niños y adolescentes: mayor riesgo entre los 13 y los 17 años.

Deportes de competición que enfatizan imagen corporal: gimnasia rítmica, hípica, baile, atletismo, boxeo..

LGBTQI+.

Dieta restrictiva por intolerancias o alergias.

Comorbilidad: DM, SOP, EC.



**¿Y ahora**



## CONSTANTES VITALES

Tª **35.5**°C, TA 93/53 mmHg, FC **42** lpm, glucemia **56** mg/dL.

Talla: 160 cm, Peso: **35,3** kg.

Buen estado general. Bien hidratada. Normocoloración mucocutánea.

Caquexia. Resaltes óseos muy marcados. Lanugo. Atrofia muscular. Sin grasa subcutánea. Frialdad acra.

AC: bradicardia, sin soplos. AP: normal.

Abdomen: normal.

Neurológico: normal.

Genitales: atrofia mamaria. Tanner IV.

# EXPLORACIÓN FÍSICA

---

**T<sup>a</sup>** (hipotermia), **TA** (hipotensión ortostática), **FC** (bradicardia), **glucemia** (hipoglucemia).

**Peso, talla.**

**EF:**

Masas musculares (pérdida, flacidez), grasa subcutánea (desaparición), piel (sequedad, palidez, dermatitis, lanugo), cabello (alopecia, ralo), uñas (friables), boca (estomatitis, queilitis, gingivitis, caries), parótidas, perfusión periférica (acrocianosis), edemas, AC (bradicardia), deshidratación, desarrollo puberal (retraso).

**¿Qué grado  
de desnutrición presenta**

**¿cómo lo calcula**



## CONSTANTES VITALES

Tª **35.5**°C, TA 93/53 mmHg, FC **42** lpm, glucemia **56** mg/dL.

Talla: 160 cm (- 0.5 DE, z score -0,45, p 33).

Peso: 35,3 kg (-2.4 DE, z score -4,28, p<3).

IMC: **13.8 Kg/m<sup>2</sup>** (-2,5 DE, z score -4,63, p<3).

Buen estado general. Bien hidratada. Normocoloración mucocutánea.

**Caquexia. Resaltes óseos muy marcados. Lanugo. Atrofia muscular. Sin grasa subcutánea. Frialidad acra.**

AC: **bradicardia**, sin soplos. AP: normal.

Abdomen: normal.

Neurológico: normal.

Genitales: **atrofia mamaria**. Tanner IV.

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{Talla (m)}^2$$

# DESNUTRICIÓN

	LEVE	MODERADA	GRAVE
<b>% IMC m</b> IMC actual/IMC p50 edad y sexo x 100	80-90%	70-79%	<70%
<b>IMC z score</b>	-1 A -1.9	-2 a -2.9	- 3 o mayor
<b>Pérdida de peso</b>	>10%	>15%	>20% en 1 año >10% en 6 meses
<b>IMC (<u>adultos</u>) kg/m<sup>2</sup></b>	17-18.49	16-16.99	<16 Extrema: <15

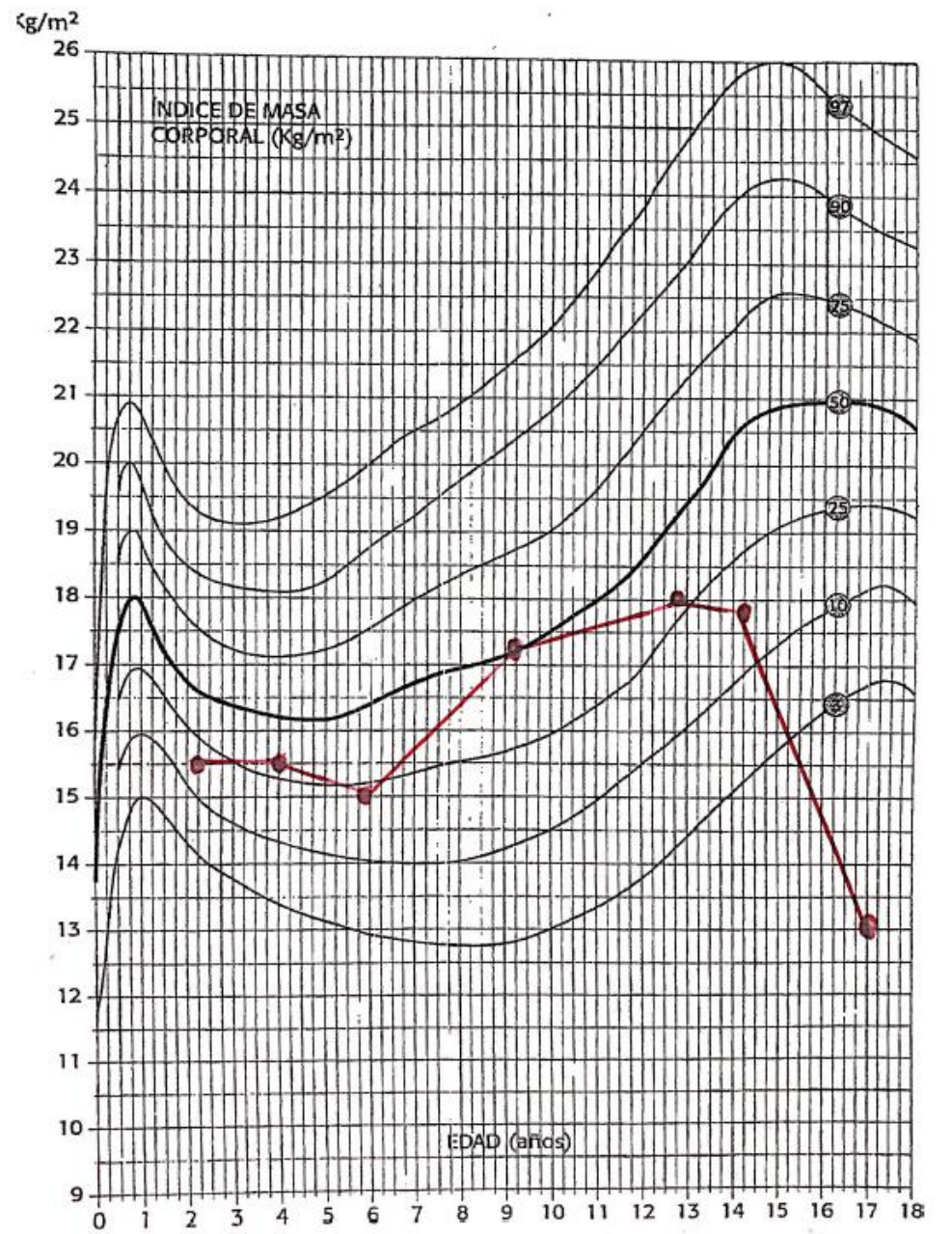
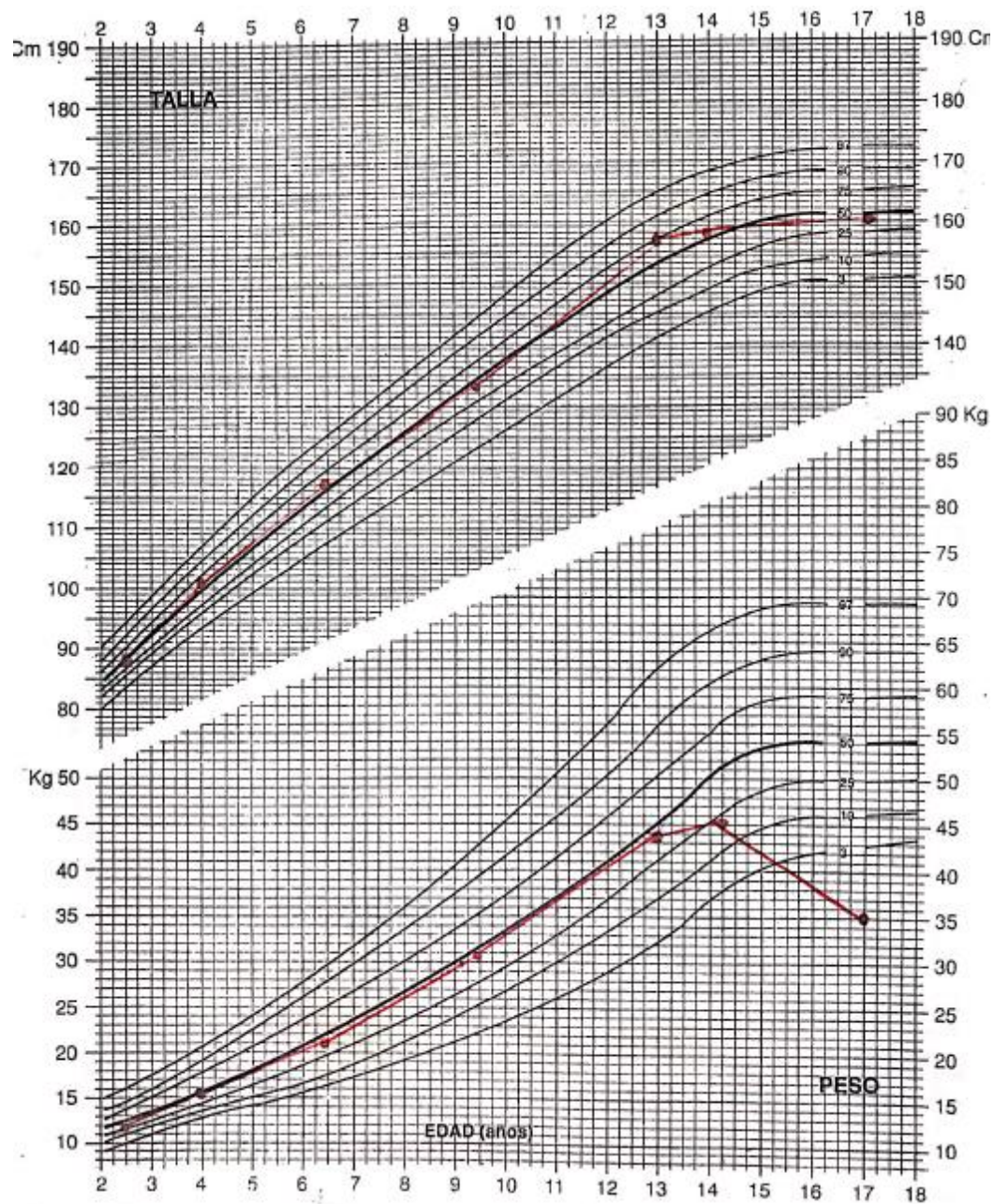
Equivalencia Z- score y percentiles (p):

-3 = p 0,1; -2 = p 2,3; -1 = p 15,9; +1 = p 84,1; +2= p 97,7; + 3 = p99,9.

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{Talla (m)}^2$$

# DESNUTRICIÓN

	LEVE	MODERADA	GRAVE
% IMC m	80-90%	70-79%	<b>65%</b> $13,8/21 \times 100 = 65\%$
IMC z score	-1 A -1.9	-2 a -2.9	<b>- 4,6</b>
Pérdida de peso	>10%	>15%	<b>- 20,6%</b>
IMC ( <u>adultos</u> ) kg/m <sup>2</sup>	17-18.49	16-16.99	<b>Extrema: &lt;15</b>





**¿Cómo interpreta los  
resultados analíticos**

**¿Solicitaría alguna prueba**



ESTUDIOS	POTENCIALES HALLAZGOS ANORMALES EN TCA
Hemograma	anemia, <b>leucopenia</b> o trombocitopenia
VSG	Muy baja (útil en diagnóstico diferencial)
Bioquímica	<b>Glucosa:</b> ↓ (pobre nutrición), ↑ (omisión insulina)
	<b>Sodio:</b> ↓ (sobrecarga agua o laxantes)
	<b>Potasio:</b> ↓ (vómitos, laxantes, diuréticos, realimentación)
	<b>Cloro:</b> ↓ (vómitos), ↑ (laxantes)
	Bicarbonato sanguíneo: ↑ (vómitos), ↓ (laxantes)
	Gasometría venosa: alcalosis metabólica, CO2 normal o elevado y Cl normal o bajo y/o pH urinario de 8-8.5 (vómitos recurrentes)
	Urea: ↑ (deshidratación)
	Creatinina: ↑ (deshidratación, disfunción renal), ↓ (pobre masa muscular). Una cifra normal puede estar “relativamente elevada” debido a la pobre masa muscular.
	Calcio: ligeramente ↓ (pobre nutrición a expensas de hueso)
	Fósforo: ↓ (pobre nutrición o realimentación)
	Magnesio: ↓ (pobre nutrición, laxantes o realimentación)

		Total proteína/albumina: ↑ (en malnutrición aguda a expensas de masa muscular), ↓ (en malnutrición crónica)
		Bilirrubina total: ↑ (disfunción hepática), ↓ (disminución masa de eritrocitos)
		GOT, GPT: ↑ disfunción hepática
		Amilasa: ↑ (vómitos, pancreatitis)
		Lipasa: (pancreatitis)
<b>Perfil lipídico</b>		<b>Colesterol</b> ↑ (malnutrición temprana) o ↓ (malnutrición avanzada)
<b>Vitamina D3</b>		↓ Vit D3
<b>Pruebas tiroidea</b>	<b>función</b>	Tirotropina ( <b>TSH</b> ) <b>normal</b> , <b>T3 y T4 bajos</b> o en límite normal-bajo ( <b>síndrome eutiroideo enfermo</b> )
<b>Gonadotropinas esteroides sexuales</b>	<b>y</b>	↓ Hormona luteinizante (LH) y hormona folículo estimulante (FSH) Estradiol ↓ en mujeres. Testosterona ↓ en hombres.
<b>IGF-1</b>		↓ IGF-1

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

---

La mayoría de los pacientes con un TCA tienen una **analítica normal**.

Esto **no excluye** una enfermedad grave o inestabilidad médica.

**¿Cuál le parece el  
diagnóstico más  
probable**



# ANOREXIA NERVIOSA. DIAGNÓSTICO

---

1. Restricción persistente ingesta en relación con las necesidades.
2. Miedo intenso a ganar peso o comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso.
3. Alteración percepción peso y constitución propia, influencia impropia del peso en la autoevaluación, falta reconocimiento gravedad del bajo peso.

**Tipo restrictivo:** sin atracones o purgas.

**Tipo con atracones/purgas:** episodios recurrentes de atracones o purgas (vómito autoprovocado, laxantes, diuréticos o enemas).

Presentación atípica TCA: búsqueda explicación alternativa.

# ANAMNESIS

---

***La anamnesis es la herramienta más útil para diagnosticar un TCA.***

***NO se debe descartar el diagnóstico de AN en base a:***

- ***negativa explícita del deseo de perder peso o negar verse obeso/a .***
- *sexo masculino.*
- *edad menor de 12 años.*
- *trastorno orgánico o estrés al inicio de la sintomatología.*
- *sintomatología depresiva.*
- *no presencia de dieta, pero existencia de ejercicio excesivo.*
- *IMC normal para su edad.*

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL TCA

## Enfermedades gastrointestinales

EII, E. celiaca

## Enfermedades infecciosas

Diarrea infecciosa

Infecciones crónicas (VIH, tuberculosis)

## Enfermedades endocrinas

Hipertiroidismo o hipotiroidismo, diabetes mellitus, hipopituitarismo, E. Addison

## Alteraciones psiquiátricas

TOC, trastornos por ansiedad, depresión

Abuso de sustancias

## Otros

Tumor del SNC, cáncer oculto

Sd arteria mesentérica superior



**¿Qué haría a  
continuación**



# CRITERIOS INGRESO URGENTE

---

1. **Peso  $\leq 75\%$  peso ideal, IMC  $< 16$  kg/m<sup>2</sup>.**
2. Deshidratación.
3. Alteraciones electrolíticas (hipoK, hipoNa, hipoP).
4. Alteraciones EKG.
5. Inestabilidad fisiológica.
  - **Bradicardia grave** (FC  $< 45-50$  lpm día,  $< 40$  lpm noche).
  - Hipotensión ( $< 90/45$  mmHg).
  - Hipotermia ( $T^a$   $35.6$  °C).
  - Hipotensión ortostática.

# CRITERIOS INGRESO TCA

---

6. Rechazo total a alimentarse.
7. Atracones y vómitos incoercibles.
8. Complicaciones médicas (síncope, convulsión, IC, pancreatitis...).
9. Fracaso del tratamiento ambulatorio.
10. Comorbilidad psiquiátrica que impide seguimiento ambulatorio. Ideación autolítica.

# TRATAMIENTO. ANOREXIA NERVIOSA

---

1. Estabilización médica.
2. Rehabilitación nutricional.
3. Psicoterapia.
4. Monitorización de complicaciones médicas.

# NIVELES DE TRATAMIENTO

---

1. Ambulatorio.

La mayoría de los tratamientos de adolescentes.

2. Hospital de día.

3. Hospitalización.

4. Hospitalización a Domicilio.

✓ Objetivos, procedimientos, etapas y duración determinadas (3-5 años).

✓ Todos los tratamientos se benefician de la inclusión de la familia. Los padres son parte esencial del tratamiento.

# REHABILITACIÓN NUTRICIONAL

---

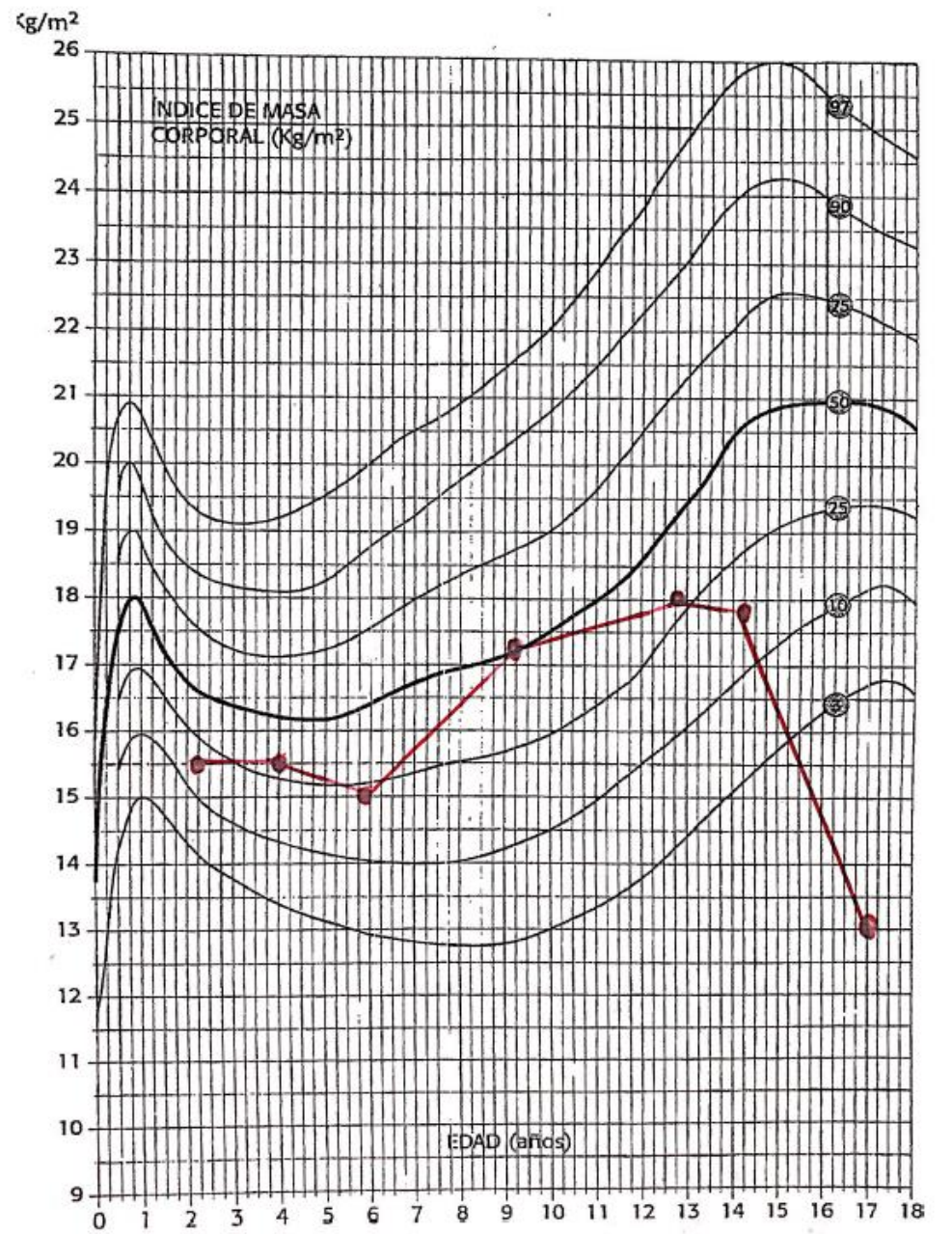
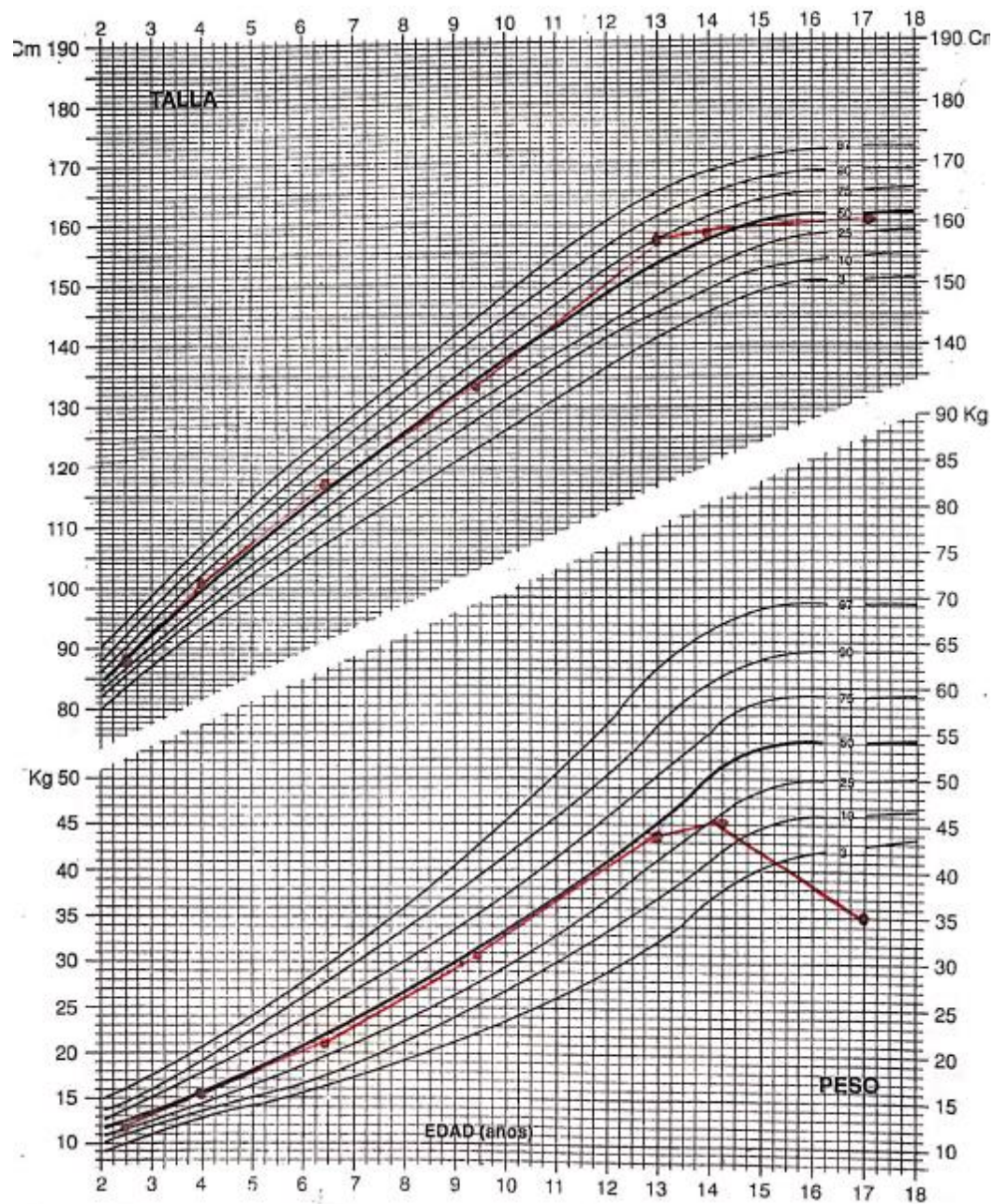
## OBJETIVOS

### 1. Peso saludable.

- Según peso/talla/IMC previos, edad y desarrollo puberal. Gráficas.
- Recuperación menstruación espontánea (mejoría DMO).

### 2. Patrón regular y variado de comidas (horario, duración y estilo alimentario).

### 3. Eliminación de conductas compensatorias.



# PSICOTERAPIA

---

## OBJETIVOS

1. Mejora del estado de ánimo, ↓ ansiedad e ideación anoréxica.
2. Conciencia de enfermedad, motivación y compromiso con el tratamiento. Aceptación de su propia identidad y corporalidad.
3. Familias: Conocimiento y comprensión de la enfermedad. Participación activa en el tratamiento. Reducción de las conductas mantenedoras del problema (discusiones, conversaciones relacionadas con el peso y la comida, atención única a las conductas patológicas...).

**Terapia familiar**: la de mayor evidencia en adolescentes.



## 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

# PLAN DE VIDA

## EVOLUCIÓN

La paciente es derivada a Urgencias y después a la UTCA de forma preferente.

NO acude a la consulta.

3 meses más tarde es valorada en Urgencias de otro hospital.

EF: TA **76/51** mmHg, FC **34** lpm, glucemia **40** mg/dL.

Talla 160 cm, Peso 29 kg (-6.3 kg), IMC **11.3** kg/m<sup>2</sup>. Malnutrición extrema.  
**Caquexia.**

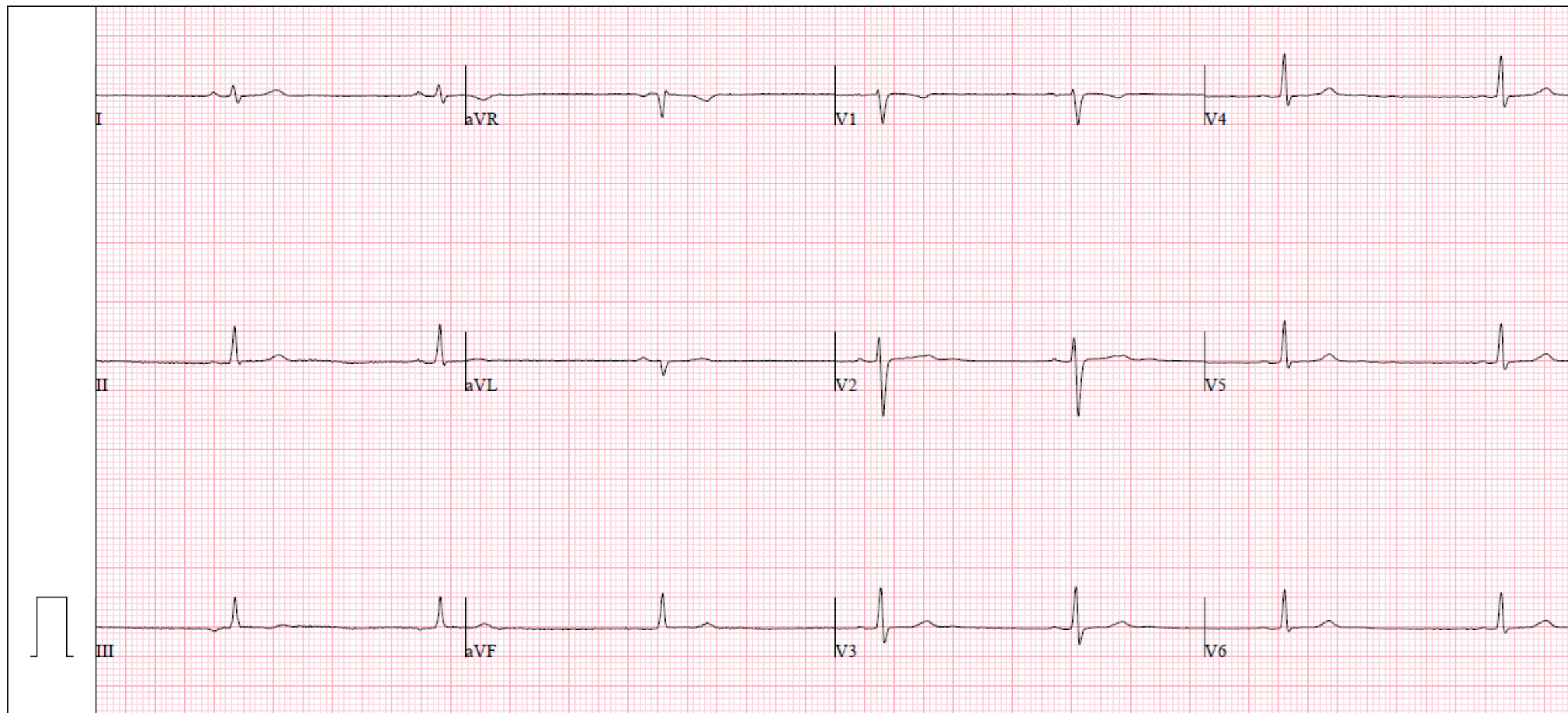
Se indica ingreso Urgente (UCIP).

# COMPLICACIONES

---

1. **Constitución:** caquexia, malnutrición, retraso crecimiento, hipotermia.
2. **Cardiovascular:** atrofia miocárdica, prolapso mitral, derrame pericárdico, bradicardia, arritmia, cambios EKG, hipotensión, acrocianosis.
3. **Ginecología:** amenorrea (hipogonadismo hipogonadotrofo).
4. **Endocrina:** osteoporosis, síndrome del enfermo eutiroideo, hipercolesterolemia, hipoglucemia, diabetes insípida neurogénica, mal control diabetes mellitus.
5. **Gastrointestinal:** gastroparesia (vaciamiento gástrico retardado), estreñimiento, dilatación gástrica, aumento del tiempo de tránsito colónico, hepatitis, síndrome de arteria mesentérica superior, diarrea.

# Bradicardia sinusal (42 bpm)



# COMPLICACIONES

---

7. **Renal:** ↓ filtrado glomerular, cálculo renal, ↓ capacidad de concentración de la orina, deshidratación, hipopotasemia, hipomagnesemia, nefropatía hipovolémica.
8. **Hematológica:** anemia, leucopenia, trombopenia.
9. **Neurológica:** atrofia cerebral, aumento ventrículos, deterioro cognitivo, neuropatía periférica, convulsiones.
10. **Dermatológicas:** xerosis, lanugo, efluvio telógeno, carotenodermia, autolesiones.
11. **Muscular:** pérdida de masa muscular.
12. Déficit de **vitaminas.**

# COMPLICACIONES

---

La tasa de **mortalidad es 6 veces mayor** en personas con TCA que en la población general.

Las complicaciones médicas suponen la mitad de las muertes por AN.

La AN es la enfermedad mental con mayor tasa de mortalidad.

El **suicidio es 31 veces más** probable en personas con **AN** y **7.5 veces en personas con TCA**

El impacto de la enfermedad afecta a toda la familia y entorno del paciente.

**¿Qué complicación debe tener en cuenta en la renutrición de esta paciente**



# SÍNDROME REALIMENTACIÓN

---

Alteraciones metabólicas durante la repleción nutricional (oral/enteral/parenteral) de individuos severamente desnutridos.

## CLINICA

**Edemas**, arritmias, **IC**, debilidad muscular, convulsiones, delirio, coma, muerte súbita.

## LABORATORIO

**HipoP**, hipoNa, **hipoK**, hipoglucemia, ↑ enzimas hepáticas.

## FACTORES DE RIESGO

IMC <16 Kg/m<sup>2</sup>, ↓ peso >10-15% 3-6 meses, disminución o ingesta nula los 5-10 días previos, alteraciones electrolíticas (hipoP, hipoK, hipoMg).



# PAPEL DEL PEDIATRA



“El método de screening más efectivo es que **el pediatra piense en la posibilidad de un TCA**”

- 1. Detección y diagnóstico precoz de los distintos tipos de TCA.**  
Identificar los FR, pródromos, patrones de alimentación alterados, evaluación del peso, talla e IMC, signos vitales. Ciclo menstrual.
- 2. Excluir otras causas** de la pérdida ponderal, sin demorar la intervención si se sospecha un TCA.
- 3. Evaluar la gravedad.** Conocer los criterios de ingreso urgente.  
**Valoración nutricional**, grado de malnutrición, repercusión física.  
Evaluación del estado mental. Ideación suicida.
- 4. Monitorizar las complicaciones médicas** agudas y crónicas.

# PAPEL DEL PEDIATRA

---

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

Conocer los **recursos disponibles** (CSM, Unidad específica TCA, hospitalización, hospital de día, hospitalización domiciliaria...).

Realizar un seguimiento estrecho del paciente hasta que pueda ser atendido en los dispositivos de salud mental.

**Control antropométrico** y de constantes (tensión arterial y frecuencia cardiaca) **periódico (semanal o quincenal)**.

## 6. Establecer una buena **alianza terapéutica**. Potenciar la adherencia al tratamiento. Implicar a la familia.

## 7. Recomendaciones iniciales

# RECOMENDACIONES

---

Ayudar a las familias a comprender que **no son responsables** de la enfermedad y tampoco su hijo/a.

Guiar sobre una **alimentación saludable**, con patrones de alimentación normalizados.

**“La comida es la medicina necesaria para la recuperación”.**

Focalizar la atención en los hábitos de alimentación saludables más que en el peso.

# ENTREVISTAS INICIALES

---

En general, la motivación es escasa. No hay conciencia de enfermedad.

- La aceptación de la existencia de un problema, la motivación para enfrentarlo, tolerar la terapia y evitar las recaídas son objetivos de la terapia.

Preparar para el cambio en sus vidas.

**Informar sobre morbilidad, cronicidad y mortalidad conocidas.**

Manejar conflictos entre padres y paciente y desacuerdos entre los progenitores. Conseguir consistencia y unidad parental.

La relación terapéutica es un elemento fundamental.

Puede ser difícil sintonizar con el sufrimiento anoréxico, es necesario llegar a la persona, que está asustada y triste en la mayoría de los casos.

Es esencial el compromiso, la comprensión, la preparación y la colaboración de los padres.

# RECOMENDACIONES

---

Realizar el mayor número de **comidas en familia** (la comida tiene que estar supervisada). Evitar conversaciones en torno a la comida y el peso.

Realizar **5 comidas al día**. Beber 1,5 litros de agua al día.

No saltarse comidas, comer despacio y sin distracciones (móvil, televisor).

**No** participar en la **elaboración de la comida ni de la compra**.

Mantener reposo 1 hora después de comer.

Evitar ir al baño hasta 1 hora después de comer.

Realizar deporte de forma saludable (seguir recomendaciones de salud mental).

Facilitar la comunicación y la expresión de opiniones y sentimientos. Mejorar la autoestima.

Evitar el abuso de las tecnologías en la vida diaria. Mantener rutinas y horarios a la hora de acostarse, incluso los fines de semana.

**MC:** Paciente ♂ de **11 años y 6 meses** que consulta en el Sº de Urgencias por negativa a la ingesta.

- ✓ Desde hace 4 meses empieza a comer menos y seleccionar alimentos
- ✓ Aumento ejercicio “ más ligero, más rápido, más Km “. 1000 abdominales . Si para → volver a empezar.
- ✓ Observarse en el espejo, cambia su forma de vestir: ropa ancha y larga. “Me quieren cebar”
- ✓ **2 m** su pediatra → CSM → conflictos conyugales → dieta. No indicación ejercicio ni tto PSF.
- ✓ En el verano campamento y vuelve con - 1.5 Kg. **Peso 35 Kg.** Vacaciones → episodio agitación 112 → urgencias.
- ✓ Alta en el día y quería irse a correr, mayor agresividad, negativa a la ingesta → URG HNJ

Peso máximo: **44 kg hace 6 meses**

## Antecedentes Personales .

Embarazo normal a termino, no problemas hitos del desarrollo y alimentación .  
Actualmente cursa 5º de EOP con buen rendimiento

## Enfermedades familiares:

Tíos paternos con síndrome de Brugada con DAI, el padre es portador pero no está afecto.

## Antecedentes sociales:

*Situación social:* reside en un pueblo de Segovia. Tiene una hermana de 8 años.  
Padres en terapia de pareja.

# EXPLORACIÓN FÍSICA

---

35 Kg (p25)

Talla 147cm  
(p50-75)

IMC: 16,7  
(p25)

TA: 110/65

FC: 55 lpm

BEG color normal. Nulo contacto visual, inquieto. Bien nutrido y perfundido. No DH

ACP normal

Abdomen normal

Neurológico normal

No lesiones

Tanner I



¿En qué me tengo que fijar en la exploración

¿Asocia signos o síntomas de alarma

¿ Debo solicitar alguna prueba complementaria



- ✓ Exploración física - 9 Kg en 6m. No signos de alarma FC 55 lpm
- ✓ **Analítica básica** → sin alteraciones
- ✓ Estudio **cardiológico** → Dos tíos paternos con S de Brugada y DAI's.. Auscultación cardiaca normal. ECG: Ritmo sinusal. FC: 57 lpm. Eje QRS: 2º. Voltajes normales. Repolarización normal (QTc: 400 mseg). NORMAL
- ✓ **IC psiquiatría** → Consciente y globalmente orientado, abordable y colaborador. Ansiedad basal aumentada, principalmente reactiva al ingreso. Decaimiento anímico reactivo. Discurso coherente y adecuado. No apatía, abulia y astenia. No conductas autolesivas ni heteroagresivas. Aumento de aislamiento e irritabilidad. Ausencia de ideación autolítica planificada y estructurada. NO CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

**¿ Tratamiento ambulatorio vs ingreso**



# INGRESO : Anorexia nerviosa restrictiva purgativa (Ejercicio)

ESTADO NUTRICIONAL NORMAL

P. COMPLEMENTARIAS NORMALES

INTENSIDAD DE CUADRO



En la planta se sigue el protocolo de ANR ( 4 semanas) TBF

- ✓ Nutricional modificar sus conductas restrictivas
- ✓ Conciencia de enfermedad: motivación y compromiso con el tratamiento.
- ✓ Actividad física diaria
- ✓ Tto psicofarmacológico: Olanzapina

Al alta peso de 40.9kg y un IMC de 18.42 kg/m<sup>2</sup>

A partir de la 3<sup>a</sup> s salidas terapéuticas

4<sup>a</sup>-5<sup>a</sup> s → HOSPITAL DE DÍA → seguimiento ambulatorio

Prevención, Dx temprano y tratamiento recaídas → síntomas TOC

9 meses más tarde → “contaminación alimentos”

## TCA VARÓN: Diferencias de prevalencia

TCA en varones infradiagnosticados (menos estudios, menos diagnósticos, más tiempo de evolución)

- ✓ En Europa, un 2-3% de las mujeres presentan trastornos alimentarios, frente a un 0,3-0,7% en el caso de los hombres (*Keski-Rahkonen y Mustelin del 2016*)
- ✓ Rangos de casos de hombres y mujeres: 1:3 -1:12 para AN, 1:3- 1:18 para BN y 1:2 -1:6 para TA (*Raevuori et al 2014*).

# TCA y comorbilidad :

- ✓ Trastornos del estado de ánimo, ansiedad, TOC, inestabilidad emocional, trastornos de personalidad, trastornos por abuso de sustancias, autismo y discapacidad intelectual.
- ✓ **En el varón +fr TDAH**

*(Mairs & Nicholls 2016; Campbell eta l 2014).*

## Diferencias clínicas



## INFRADIAGNÓSTICO

Síntomas más frecuentes: **restricción alimentaria y ejercicio excesivo.**

Diferencias psicopatológicas y factores de riesgo:

- La presencia de sobrepeso previa al diagnóstico
- La práctica deportiva de forma regular
- Orientación homosexual
- Más frecuente diagnóstico de TCANE que de anorexia o bulimia
- Menores puntuaciones en las escalas de insatisfacción corporal
- Mayor IMC y una menor psicopatología ( + Fr TDAH, TOC , depresión ....)
- Menor riesgo de suicidio

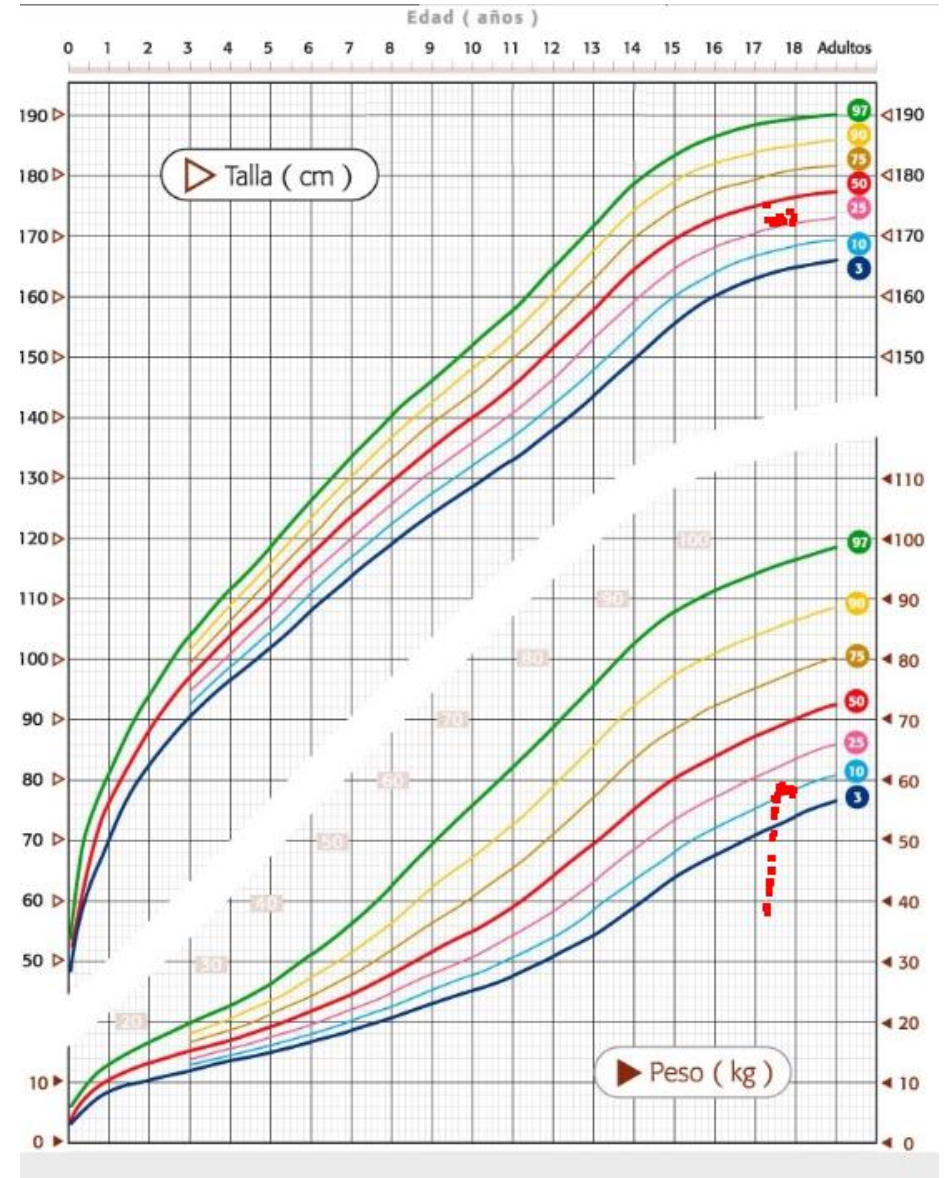




**IMC: 12,45.**



16a 8m  
3 años  
evolución



Adolescente de 14 años derivada desde AP.

PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN EN LA ADOLESCENCIA: *“Hago escucha activa: refiere conductas de **atración y purga** desde hace un tiempo. No tiene claro el estresor principal. Al parecer hace un año tuvo acoso escolar que parecía superado. Plan: remito a atención especializada”.*

## ANAMNESIS

Hace un año comenzó a **vomit** después de comer, por sentimientos de culpa por comer demasiado. Al principio 2-3 veces/mes, actualmente 2-3 veces/semana. Sacó la idea de la tv.

**Atrac**ones frecuentes (duran unos 30 min) sin saber identificar un desencadenante, aunque lo hace más cuando está aburrida. Esconde los envoltorios en su habitación.

No es selectiva con la comida. No se salta comidas, ni se queda sin comer.

Come en casa de su abuela. Pasa mucho tiempo sola en casa hasta que sus padres llegan de trabajar (sobre las 19 horas). La madre nota que "la comida falta".

Cena familiar.

No uso de laxantes. No toma fármacos adelgazantes.

Realiza ejercicio físico ocasional, en el gimnasio (zumba, ciclo, boxing).

No síntomas físicos. Duerme bien.

Menarquia a los 13 años. Ciclos cada 28 días, duración 5-7 días.

Acoso escolar. Insultos sobre su aspecto físico en el colegio y las redes sociales.

Admite no estar satisfecha con su cuerpo, no quererse y no aceptarse. En el colegio refiere no encajar.

**¿Qué datos faltan  
en la anamnesis**



# ANAMNESIS

---

Consumo de tóxicos.

Relaciones sexuales.

Historia psicosocial.

- ***La ideación suicida debe evaluarse cuidadosamente en pacientes adolescentes con trastornos alimentarios, especialmente en aquellos con estado de ánimo depresivo, atracones y conductas de autolesión.***

Antecedentes personales.

Antecedentes familiares.

**¿Cuál es su  
diagnóstico**



# BULIMIA NERVIOSA. DIAGNÓSTICO

---

- A. Episodios recurrentes de **atracones**.
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados: vómito autoprovocado, uso de laxantes, diuréticos/otros, ayuno o ejercicio excesivo.
- C. Al menos **una vez a la semana** durante tres meses.
- D. Autoevaluación indebidamente influida por la constitución y el peso.
- E. La alteración **NO** se produce exclusivamente durante los episodios de AN.



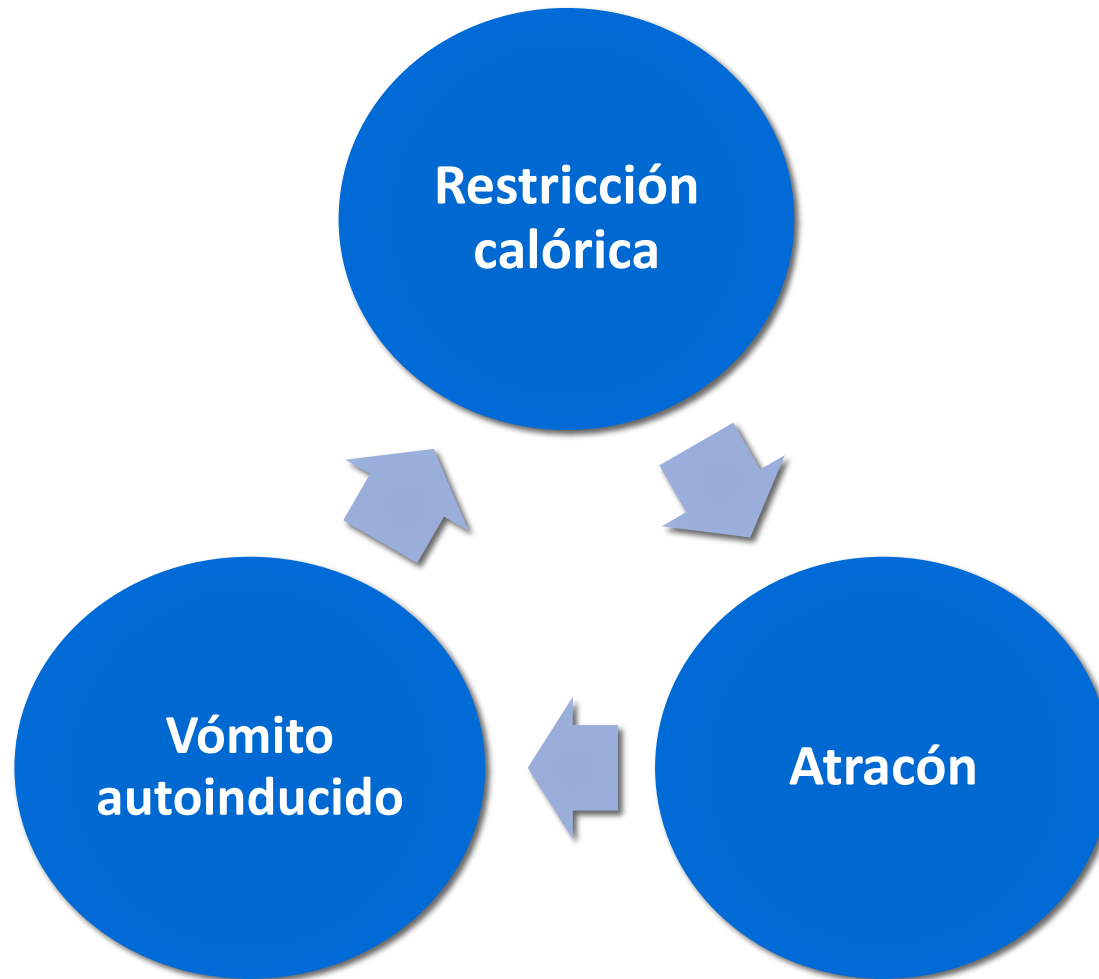
# BULIMIA NERVIOSA. DIAGNÓSTICO

---

## ATRACÓN

1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

*Lo que diferencia a la BN de la AN no es la presencia de conductas purgativas, sino la existencia de un patrón cíclico atracón-purga-atracón.*



***Muchos casos de BN no se detectan.***

***Los pacientes con frecuencia no reconocen los atracones/vómitos.***

***El sentimiento de vergüenza/culpa puede hacer que no sean honestos sobre la gravedad de sus síntomas.***

Es necesaria una evaluación cuidadosa, directa y específica.

Se debe estar especialmente alerta ante las posibles complicaciones.

# COMORBILIDAD

---

- Autolesiones (33%).
- Depresión.
- T. Bipolar.
- T. Obsesivo compulsivo.
- Alcoholismo.
- Consumo de tóxicos.
- T. personalidad (borderline).

## EXPLORACIÓN FÍSICA

Tª 36°C, TA: 115/64 mmHg, FC: 70 lpm, Peso: 63.4 kg, Talla: 156 cm, IMC: 26 Kg/m<sup>2</sup>.

Buen estado general. Buen estado de nutrición.

Piel: Color normal de piel y mucosas.

ACP: normal.

Abdomen: normal.

Genitales externos: normales. Tanner V.

Neurológico: normal.

O.R.L: normal.

Lesiones lineales hipopigmentadas en antebrazo izquierdo.



# EXPLORACIÓN FÍSICA

---

Peso: normal, límite alto/bajo.

Taquicardia.

Hipotensión (TAS < 90 mmHg).

Xerosis.

Hipertrofia parotídea.

Erosión del esmalte dental.

Signo de Russell.

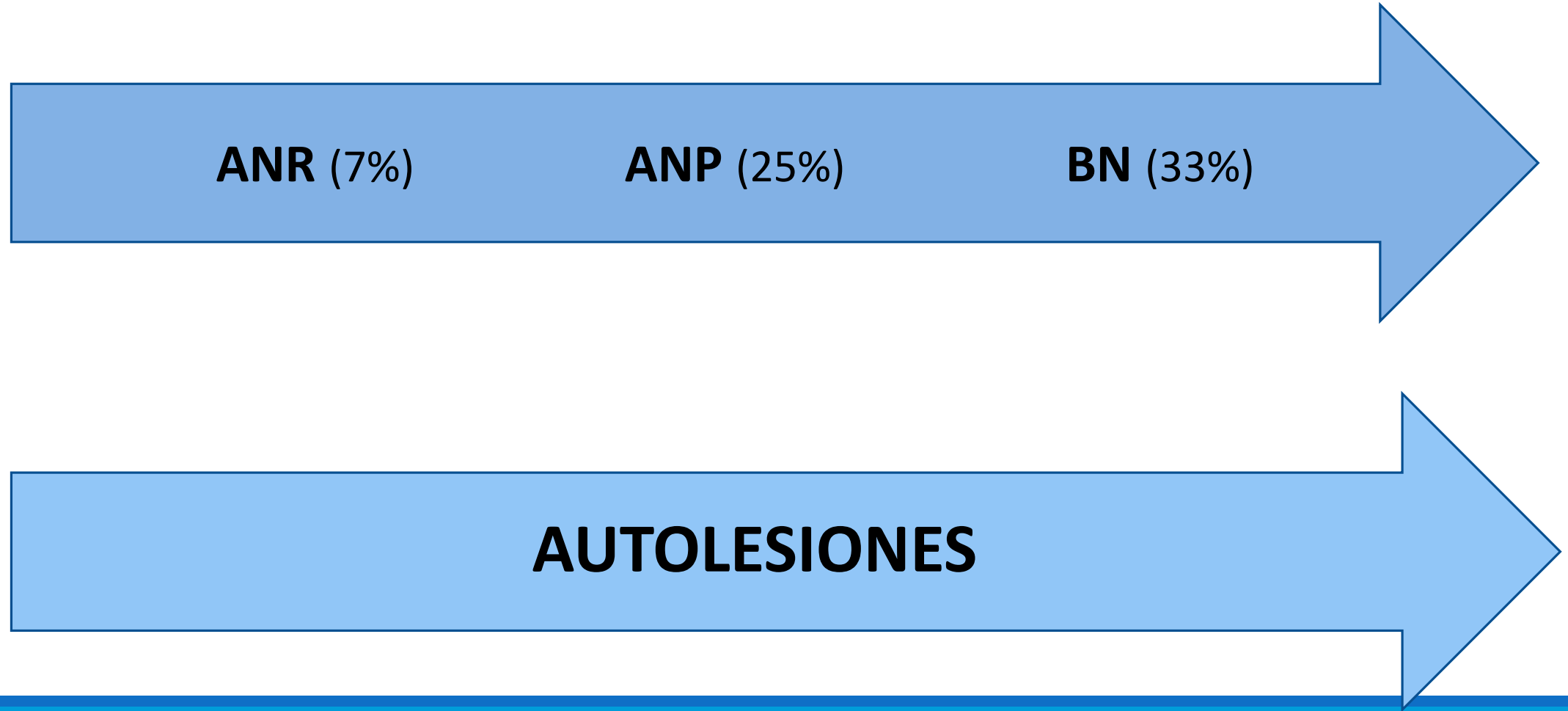
Hemorragia subconjuntival, epistaxis.

Autolesiones.



# AUTOLESIONES Y TCA

---







**¿Solicitaría alguna  
prueba  
complementaria**



# LABORATORIO

---

Realizar en todos los pacientes con BN:

- Hemograma
- Electrolitos (**K**; magnesio, P)
- Urea y creatinina
- Función hepática
- Análisis de orina
- T. de embarazo
- +/-ECG

# COMPLICACIONES. BN

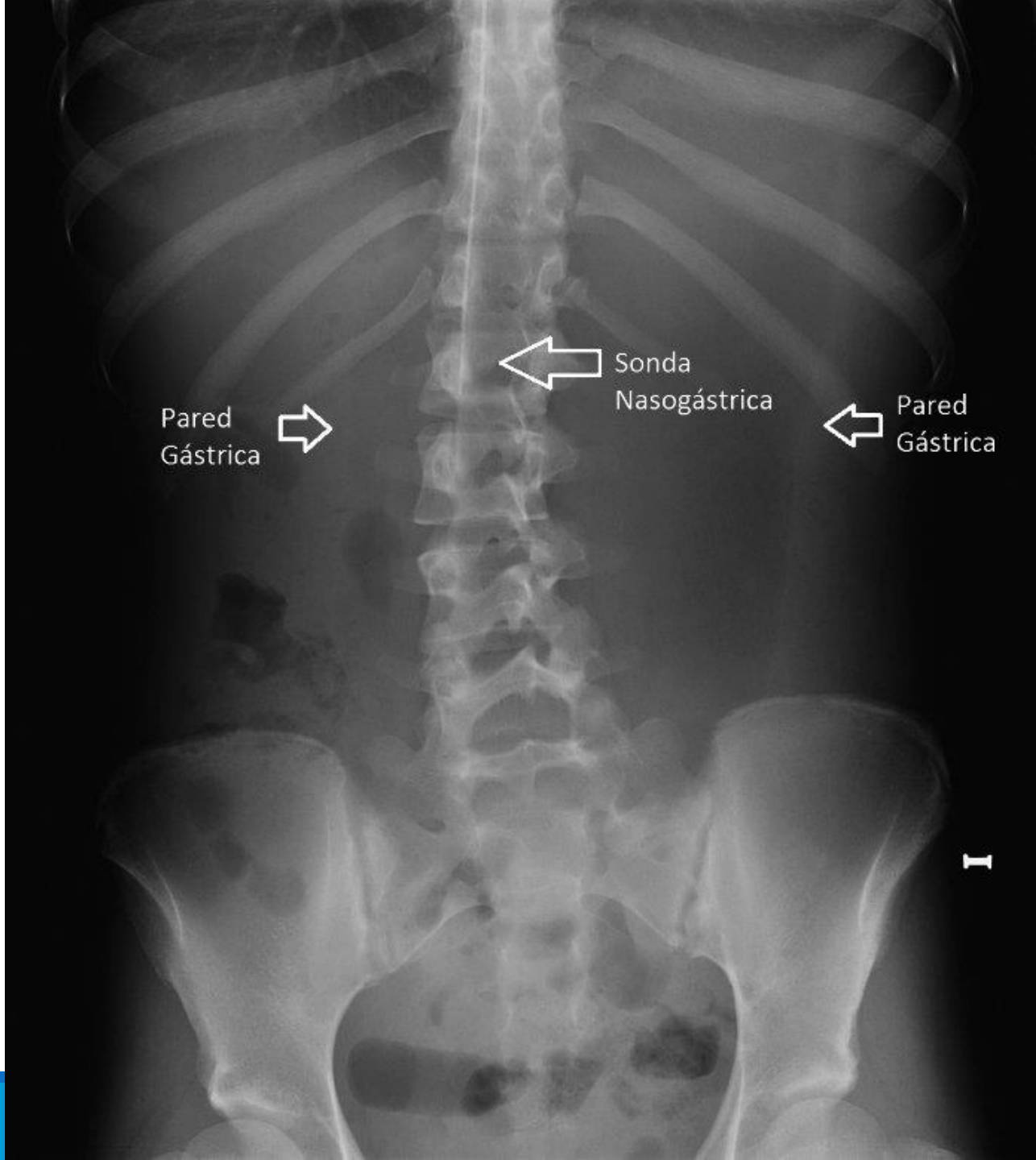
---

En función del método y frecuencia de las conductas purgativas: vómitos autoinducidos, uso de laxantes, diuréticos o enemas.

**Renales-electrolitos:** deshidratación, **hipoK**, hipoNa, hipoCl, alcalosis metabólica.

**Gastrointestinales:** hipertrofia parotídea (10-25%), reflujo, dismotilidad esofágica, dolor/distensión abdominal, sd Mallory-Weiss, esófago de Barret, dilatación gástrica, estreñimiento, dismotilidad colónica, prolapso rectal.

**Cardiovascular:** taquicardia sinusal, palpitaciones, edema, alteraciones ECG (Depresión ST, aumento QT, aumento intervalo PR), arritmias.



Pared  
Gástrica →

← Sonda  
Nasogástrica

← Pared  
Gástrica

I



# COMPLICACIONES

---

*Se debe considerar el diagnóstico de BN en cualquier paciente adolescente con hipopotasemia y/o alcalosis metabólica no explicada.*

La analítica de rutina detecta anomalías electrolíticas en el **10%** pacientes con BN.

# TRATAMIENTO

---

## Objetivos

1. Establecer patrones de comida normales.
2. Disminuir o eliminar los episodios de atracones y purgas.
3. Disminuir la angustia psicológica asociada (culpa, vergüenza, depresión y ansiedad).
4. Mejorar la imagen corporal y eliminar el énfasis excesivo en el peso y la forma del cuerpo.

# TRATAMIENTO. BULIMIA NERVIOSA

---

1. Estabilización médica.
2. Rehabilitación nutricional.
3. Psicoterapia.
4. Farmacoterapia.
5. Monitorización de complicaciones médicas.



# PSICOTERAPIA

---

1. Terapia centrada en la familia.
2. Psicoterapia individual (cognitivo-conductual o interpersonal).
3. Psicoterapia grupal.

# Prevenir atracones

---

- **Hacer 5 comidas al día: De, Mm, Co, Me, Ce.**
- **Identificar los precipitantes del atracón.**
- Convertir la comida en un momento agradable. Comer acompañado.
- Planificar las comidas de antemano, actividad divertida después de comer.
- **Alimentación variada, sin alimentos prohibidos.**
- No dejar pasar muchas horas sin comer. No saltarse comidas.
- Evitar estar en casa en las horas de máximo riesgo de atracones.
- **No culpabilizarse sino entender por qué se lo ha dado.**

# TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

---

## **Fluoxetina:** antidepresivo ISRS.

- Dosis inicial: 20 mg/d, ↑20 mg c/3 d.
- Dosis habitual: **60** mg/d.
- Efectos secundarios: ideación suicida, agresividad, T. gastrointestinales, anorexia, cefalea, temblor, insomnio, somnolencia, fatiga, ansiedad, mareos, vértigos y sudoración.

## **Topiramato:** anticonvulsivante.

- Dosis inicial: 25 mg/d, ↑25-50 mg/sem.
- Dosis habitual: 100 mg/d.
- Efectos adversos: apetito, ac. hiperclorémica, hipopotasemia, comportamiento anormal, agresividad, apatía, insomnio, ideación suicida.

## EVOLUCIÓN

Recibe psicoterapia y tratamiento farmacológico con fluoxetina.

Mejoría del estado anímico.

Control de los atracones y vómitos.

Continúa control ambulatorio.

# CONSEJOS PARA PADRES

---

- Háblale sinceramente de lo que te preocupa. Ayúdale a expresar sus emociones.
- Demuéstrale física y verbalmente que le quieres, asegurándote de que entiende que tu vida también es importante.
- Reduce la exposición a situaciones o materiales que pueden estimular su TCA, como libros sobre dietas, páginas web o materiales para hacer ejercicio o tener los alimentos ingeridos durante los atracones.
- Evita centrar las conversaciones sobre la apariencia física y el peso.
- Fomenta su autoestima, sin que se base en su aspecto físico.
- Fomenta las comidas en familia, son un factor protector frente a los TCA. Es importante que coma acompañado. La supervisión de las comidas es parte clave de la recuperación.
- Los padres deben mostrarse unidos en cuanto al abordaje del problema.

# CONSEJOS PARA PADRES

---

## LOS NO

- Sentirse culpable o culpabilizar al niño. Avergonzarle por su conducta.
- Permitir que la comida sea un arma. Manipularle con sobornos, recompensas o castigos.
- Permitir que tu preocupación por el problema de tu hijo le reste atención a tu matrimonio y / o tus otros hijos. Hacer que el TCA sea el centro de atención refuerza y prolonga el problema.
- Compadecer tu hijo/a. Demuéstrale comprensión, pero no sobreproteger. Necesita la oportunidad de ser responsable e independiente.
- No permitir que la enfermedad dictamine toda la dinámica familiar.

**MC:** ♀ 14 años y 5 meses derivada a consulta de adolescentes por su MAP por **hipermenorrea y dificultades para tomarse el hierro oral**

- ✓ 6-7 apósitos al día, algunas las desborda. 6 días. Cada 3 semanas. No especialmente dolorosas. Menarquia a los 11 años (11/2017)
- ✓ Hb 9,3 g/dl hto 30.5 VCM 65 Transferrina 453 Ferritina 3 ng/mL Vitamina B12 177 Ac folic 2,4
- ✓ Valorada en ginecología: Iniciado hace tres meses ferroterapia oral Hb 10.5. hto 33.8. Ferritina 66 ng/mL
- ✓ Ecografía abdominal: útero regular en AV con endometrio de 5 mm. No patología.
- ✓ Pautando tratamiento con ACO y solicitando analítica de control con coagulación en 3 meses.

**MC:** ♀ 14 años y 5 meses

**Evaluación alimentación:**

Solo come frutas y verduras en el colegio. No come tomate natural solo envasado.

Carne solo pollo y pescado 2 veces en semana

Legumbres 2-3 casa

Leche y derivados solo yogures 1-2. No queso

No come embutidos

No come bollos, solo 2 tipos de Galletas

Pan si le gusta. Pasta 1-2 semanal. Arroz sí 1 vez en semana

No come huevo, alguna vez tortilla francesa

Come en el colegio 5 días en semana → come mejor de todo.

Cursa 3º ESO buen rendimiento académico

Tiene un reducido buen grupo de amigos



**AP:**

- ✓ PRN 3030g LM hasta los 5 meses Creen que en la guardería comenzó con rechazó a la comida empezando por las tetinas y la leche.
- ✓ Desde pequeña le costaba mucho ir a cumpleaños hasta que la madre les decía a las madres que no le insistiesen en que comiese porque la niña se estresaba mucho.
- ✓ No presenta alergias conocidas.
- ✓ ITU (Cistitis y PNA x 2 E Coli en seguimiento en Nefrología)
- ✓ Púrpura de Schönlein Henoch en abril 2017
- ✓ Calendario vacunal acorde con la edad. 15/09/2021 + coronavirus

**AF: sin interés** . Hermano de 17 años

# EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso: 51.3 kg  
(-0.4 DE)

Talla: 151.5 cm  
(-1.5 DE)

IMC: 22.35 kg/m<sup>2</sup>  
(0.3 DE)

TA: 99/55  
mmHg

FC: 80 lpm

- BEG. Bien nutrida . Piel normal
- ACP normal tonos puros rítmica sin soplos
- Abdomen normal Neurológico normal
- Tanner: IV-V

**¿Asocia signos o síntomas de alarma**

**¿ Debo solicitar alguna otra prueba complementaria**



**No signos ni síntomas de alarma**

**No pruebas**

### **Diagnóstico**

- Hipermenorrea
- Anemia ferropénica secundaria . Déficit de vitaminas
- Comedora selectiva “*preferentemente en casa*”

**Plan:** Se pauta Fe , vitamina B12 y Ac fólico oral

Se anima a:

- ✓ Comenzar a probar todo tipo de alimentos tal y como lo hace en su IES
- ✓ Control analítico en un par de meses
- ✓ Se muestra aparentemente colaboradora

**TO BE  
CONTINUED...**

Viene la madre sola a mi consulta ....

- ✓ Ha descubierto que estaba tirando las pastillas de hierro por la ventana
- ✓ Viene hoy a consulta ella sola porque al salir de mi consulta le dijo: literalmente que ***“ella no iba a cambiar nada de nada”***
- ✓ Y ha decidido que ya no va a cubrir más a su hija
- ✓ Y que nos ocultó lo que realmente comía desde hace un año

The logo features the text "TO BE CONTINUED..." in a stylized, bold, orange-to-yellow gradient font with a black outline. The text is set against a black rectangular background. The word "CONTINUED" is followed by three red arrows pointing to the right.

**Esto y solo esto es lo que come :**

- ✓ Nuggets de pollo y patatas fritas
- ✓ Potitos de arroz con pollo
- ✓ Natillas con pan
- ✓ Galletas tipo Príncipe y galletas Chips Ahoy pequeñas

En el colegio han tirado la toalla y come lo que quiere  
Si bien desde que salió de consulta está comiendo algo más →  
filetes de pollo empanados y barritas de merluza que era lo que  
comía hace un año.

**¿Qué realizaría a continuación**



## TRASTORNO EVITATIVO RESTRICTIVO DE LA INGESTA DE ALIMENTOS (TERIA) ARFID

- ✓ Descrito en 2013 con el cambio del DSM-5 . Es un diagnóstico relativamente reciente
- ✓ Se desconoce la existencia del diagnóstico\*
- ✓ Se desconocen los tratamientos disponibles y/o a donde hay que derivar
- ✓ Gran variedad de presentaciones:
  - ✓ **Ansioso, estresado reactivo al trauma**
  - ✓ **Reactivo frente a la comida “peligrosa” o “químicos de los alimentos**
  - ✓ **Restrictivo para evitar ciertas texturas o sabores o reaccionar a ciertos estados emocionales durante las comidas**
  - ✓ **Restrictivo para evitar dolor, náuseas, o riesgo de atragantamiento o vómitos**
  - ✓ **Muchos refieren que se les olvida comer**

**No existe miedo a ganar peso o engordar**

*\* Canadian Pediatrics Surveillance Programme 2018 el 63% de los pediatras no estaban familiarizados con ARFID*



## **TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE INGESTIÓN DE ALIMENTOS (TERI)**

**A. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos** (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las necesidades nutritivas y/o energéticas adecuadas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:

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

**B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos** disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.

**C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa**, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.

**D. El trastorno alimentario no se puede atribuir a una afección médica concurrente** o no se explica mejor por otro **trastorno mental**.

Cuando el trastorno alimentario se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

## TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE INGESTIÓN DE ALIMENTOS (TERI)

A. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las necesidades nutritivas y/o energéticas adecuadas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:

1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento).
2. Deficiencia nutritiva significativa.
3. Dependencia de la alimentación.
4. Int...

**REVISIÓN 2019 no siempre hay pérdida de peso o repercusión nutricional. La AAP propone como primer criterio la repercusión psicosocial.**

... culturalmente aceptada.

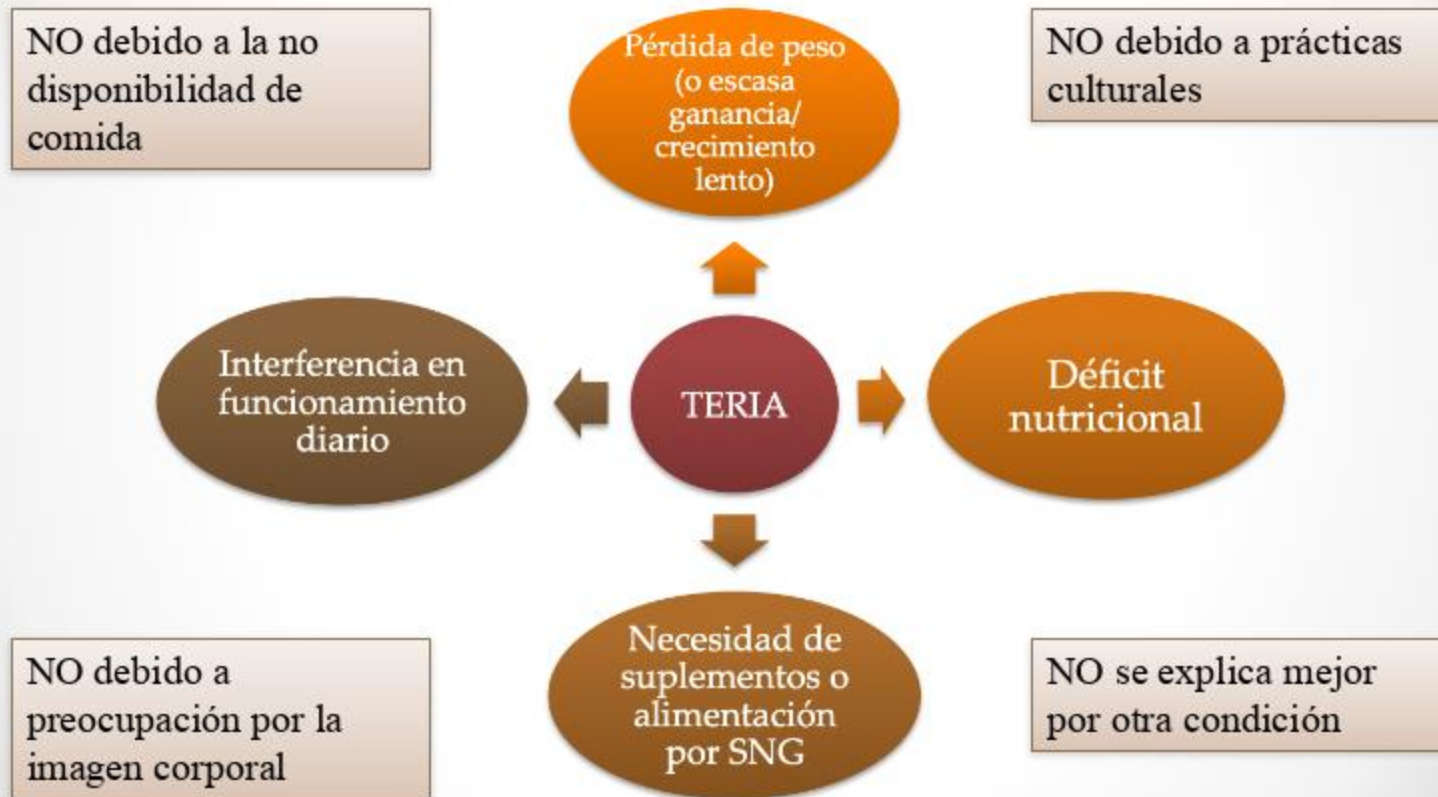
... de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de

... experimenta el propio peso o constitución.

... alimentario no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental.

Quando el trastorno alimentario se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

# Concepto - DSM-5



## ADOLESCENCIA

- Razonamiento abstracto
- Recompensa inmediata "no me gusta"
- Rigidez
- Habilidad identificar experiencias emocionales

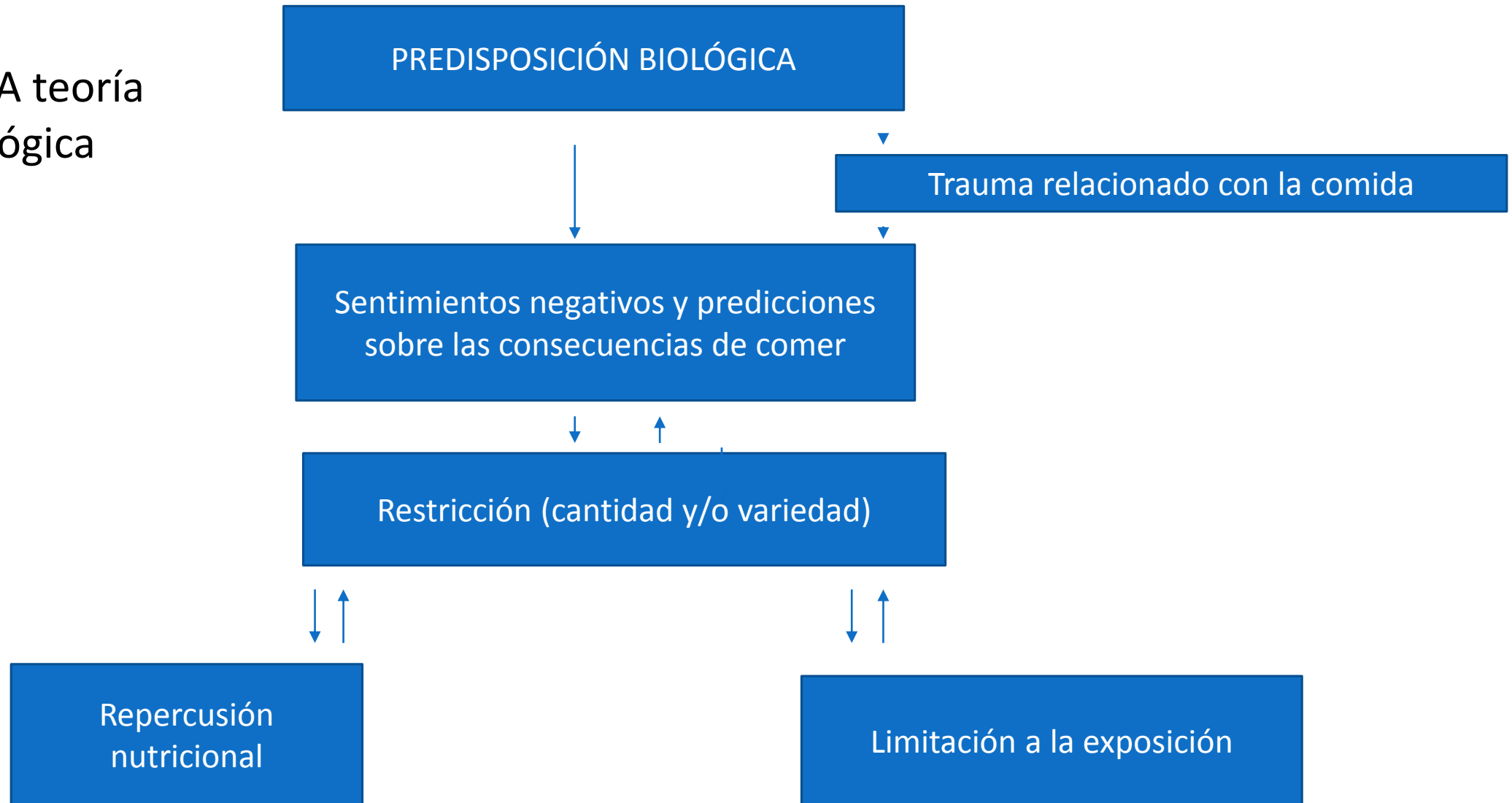
# TERIA

Puede aparecer por primera vez a cualquier edad, incluso de adulto o venir desde la infancia .  
Habitualmente se presenta en la infancia temprana y edad preescolar.

---

- ✓ Afecta a cualquier genero, raza y estrato socioeconómico. Prevalencia desconocida
- ✓ Los estudios epidemiológicos actuales alrededor 15% de los pacientes de Unidades de TCA y un 5% de incidencia. Muchos atendidos en Gastroenterología y Nutrición.
- ✓ Frecuente asociación Trastorno de ansiedad. Frecuente bullying y problemas con los pares.
- ✓ Causas desconocidas: biología → las preferencias del gusto son parcialmente genéticas
  - → sensibilidad sensorial, ansiedad y menor apetito

TERIA teoría  
etiología



# Principales áreas de riesgo en relación al TERIA en niños y adolescentes

## Peso, talla y desarrollo

- ¿Ha dejado el niño de crecer?
- ¿Está perdiendo peso?
- ¿Se ha estancado el desarrollo puberal?

## Adecuación nutricional de la dieta

- ¿Tiene el niño claros signos o síntomas de un déficit nutricional?
- ¿Falta en la dieta alguno de los grupos principales de alimentos? ¿Se suplementan de algún modo?

## Impacto en el funcionamiento familiar

- ¿Hay discusiones frecuentes por la alimentación del niño?
- ¿Alguien de la familia está experimentando cambios de humor o conducta a consecuencia de las dificultades alimentarias del niño?
- ¿Se ve muy restringida la vida familiar?

## Impacto en el desarrollo socio-emocional del niño

- ¿Sufre el niño malestar a consecuencia de su conducta alimentaria?
- ¿Se está perdiendo participar en actividades propias de niños de su edad?
- ¿Le está costando atender o asistir a la escuela por culpa de sus dificultades alimentarias?

Between-group differences of the 12 items in the proposed SFQ-ARFID Scale.

SFQ-ARFID Items	ARFID ( <i>n</i> = 50) Mean (SD)	Control ( <i>n</i> = 98) Mean (SD)	<i>p</i> - Value	Effect Size D
SFQ 15: Do you get upset if your child eats too little?	4.81 (1.41)	2.09 (1.89)	<0.001	<b>1.63</b>
SFQ 16: Do you worry that your child is currently underweight?	3.78 (2.17)	0.75 (1.29)	<0.001	<b>1.70</b>
SFQ 17: Do you worry that your child will become underweight?	3.94 (1.90)	0.72 (1.23)	<0.001	<b>2.01</b>
SFQ 22: Is it difficult to get your child to eat new foods?	5.20 (1.54)	3.08 (1.89)	<0.001	<b>1.23</b>
SFQ 31: Is your child a picky eater?	5.10 (1.58)	2.88 (1.96)	<0.001	<b>1.25</b>
SFQ 32: Do you make special meals for your child because he/she is a picky eater?	4.58 (1.80)	2.05 (2.06)	<0.001	<b>1.31</b>
SFQ 33: Is it a struggle to get your child to eat?	3.62 (1.88)	1.35 (1.52)	<0.001	<b>1.33</b>
SFQ 34: Does your child frequently have a poor appetite?	3.78 (1.66)	1.38 (1.27)	<0.001	<b>1.62</b>
SFQ 35: Do you get upset if your child does not eat enough?	4.78 (1.54)	1.75 (1.76)	<0.001	<b>1.83</b>
SFQ 36: Does your child eat a very limited variety of food?	5.02 (1.58)	2.19 (1.83)	<0.001	<b>1.66</b>
SFQ 37: Will your child only eat foods if they are prepared in a specific way?	4.46 (2.05)	2.22 (1.90)	<0.001	<b>1.13</b>
SFQ 40A: Does your child often express a strong dislike for a food?	4.44 (1.59)	2.21 (1.66)	<0.001	<b>1.37</b>

[Open in a separate window](#)

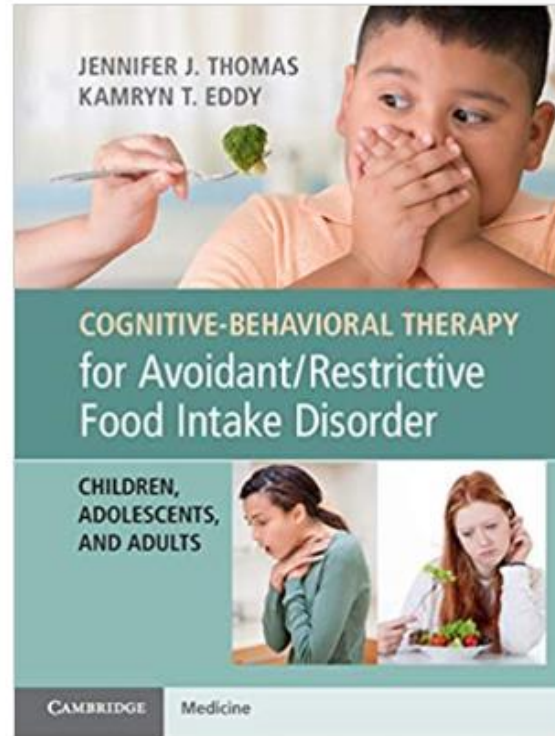
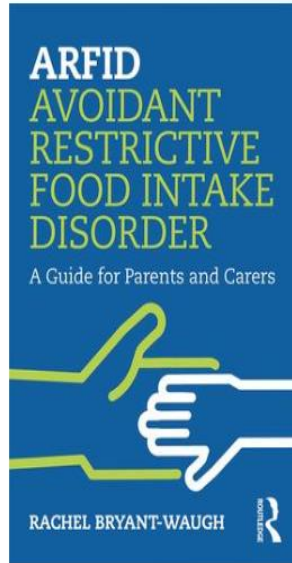
Note: SFQ—Stanford Feeding Questionnaire; ARFID—Avoidant restrictive food intake disorder; SD—Standard deviation. Bold number represents statistically significant results.

## SFQ-ARFID Scale

Escala no  
validada en  
Español

Pathways to Recovery: Promoting Change  
Within a Developmental-systemic Framework

RACHEL BRYANT-WAUGH  
Hampshire Partnership NHS Trust and Great Ormond Street Hospital, UK



2018

### What happens when you become more careful about your eating after a negative experience with food?



- \*Negative experiences with food such as choking, vomiting, an allergic reaction, or pain after eating can be traumatic
- \*These experiences might cause you to limit your diet to prevent further trauma
- \*You might even avoid any food that reminds you of the traumatic experience or stop eating altogether


### How does avoiding foods or eating altogether keep ARFID going?

- \*You may be using "safety behaviors" to try and prevent another traumatic experience from happening
  - Making very small bites
  - Chewing for much longer than needed
  - Only eating at familiar restaurants
  - Not eating at all
- \*Safety behaviors prevent you from testing negative predictions about eating
- \*The more you avoid eating, the scarier it becomes!



Thomas, J.J., and Eddy, K.T. (2018). *Cognitive-Behavioral Therapy for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: Children, Adolescents, & Adults*. Cambridge: Cambridge University Press.


### What happens when you eat a limited variety of food?



- \*Flavor preferences are partly genetic
- \*You may even be a "supertaster" - meaning you could have been born with a high concentration of taste buds on your tongue and dislike bitter foods, like vegetables
- \*There may be evolutionary advantages to food preferences
- \*Foods like fruits, vegetables, and meats were those most likely to be poisonous when our ancestors were hunting and gathering

### How does a limited diet keep ARFID going?

- \*Eating the same food all the time makes new foods taste even more different
- \*Certain nutrition deficiencies can change the way food tastes, making new food even less appealing
- \*Eating a particular food over and over may also make you tired of that food and stop eating it, further limiting your diet
- \*Eating a very limited diet can also cause serious health problems. Eating preferred foods high in sugar and fat has been associated with diabetes and heart disease. Avoiding non-preferred foods, like fruits and vegetables, is associated with certain cancers
- \*It may be hard to eat with others, causing you to miss out on opportunities to learn about new foods




Thomas, J.J. and Eddy, K.T. (2018). *Cognitive-Behavioral Therapy for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: Children, Adolescents, & Adults*. Cambridge: Cambridge University Press.






### Learning About New Foods: The Five Steps

Ask yourself these FIVE questions when approaching a new food!

Trying a new food can be overwhelming at first. The next time you encounter a new food, slow down and give yourself a few minutes to explore it as if you've never seen it before. Try to use NEUTRAL words without describing foods as good or bad.



#### The Five Steps

				
#1	#2	#3	#4	#5
What does it look like (e.g., green, round)?	What does it feel like (e.g., smooth, rough)?	What does it smell like (e.g., strong, bitter)?	What does it taste like (e.g., sweet, salty)?	What is the texture like (e.g., chewy, soft)?

#### Congratulations!

Remember, the more you practice, the more you learn. Even if you do not like a new food at first, that's okay. Research shows it can take 10 or more times to get comfortable with a new food. Plus, trying the same food multiple times will enhance your learning.

Thomas, J.J., and Eddy, K.T. (2018). *Cognitive-Behavioral Therapy for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: Children, Adolescents, & Adults*. Cambridge: Cambridge University Press.

FIGURE 1. Practice makes perfect. Learning about new foods. (The Five Steps)



# Tratamiento de los TERIA

Resultados modestos respecto a la variedad de la dieta

- Multimodal - Multidisciplinar
- Predominan las publicaciones de casos clínicos, series de casos o ensayos no randomizados, siendo predominantes los enfoques basados en CBT y/o FBT.
  - **CBT-AR:** Estudio piloto (Thommas&Eddy 2018)
  - **FBT:** Estudio controlado, randomizado, cruzado para evaluar la aceptabilidad y feasibility de una FBT para niños entre 5 y 12 años. Favorable en cuanto a peso, gravedad clínica y sensación de competencia de los padres comparado con tratamiento habitual (Lock 2019).

Mirtazapina o lorazepan → reducen ansiedad relacionada con la alimentación  
Olanzapina → reduce la rigidez , mejora peso

# Hospitalización en TERIA

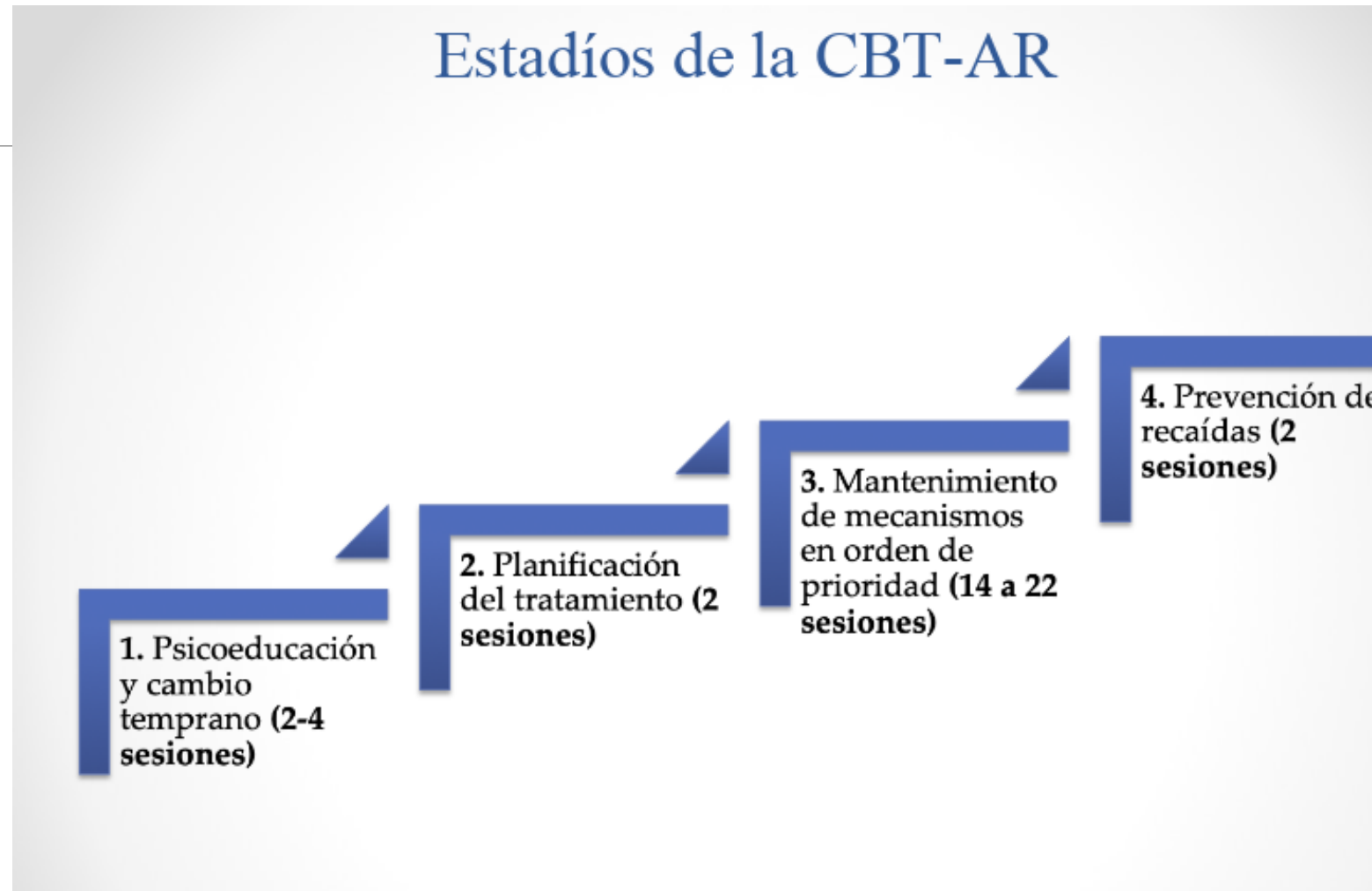
- **Hospitalización en ARFID:**

- Cuando existe compromiso orgánico (menos de un 75% de la mediana del IMC según su sexo y edad).
- Menos bradicardia o hipotensión en ARFID.
- Mayor estancia media: dificultad para el aumento de calorías inicial y mayor necesidad de alimentación enteral.

- **Hospital de día en ARFID:**

- Mejoras en el peso, aumento de la cantidad y variedad de las comidas y reducción de los niveles de ansiedad.

# Terapia cognitivo conductual



# PUNTOS CLAVE

---

Los TCA a menudo son trastornos **graves** con complicaciones físicas y psicológicas muy importantes.

El **peso no es el único marcador** clínico , adolescentes con peso normal pueden tener un TCA.

La **pérdida de peso , el aumento de peso rápido o las fluctuaciones** pueden ser un marcador potencial de un TCA.

En niños y adolescentes, **la falta de aumento de peso o talla esperados, y/o el desarrollo puberal retrasado/interrumpido**, deben investigarse por la posibilidad de un TCA.

Las consecuencias médicas de los TCA pueden pasar **desapercibidas**, incluso por parte de médicos experimentados.

# PUNTOS CLAVE

---

La **anamnesis es la herramienta más útil** para diagnosticar un TCA. Se debe incluir una historia psicosocial y una encuesta de alimentación por tipo y grupo de alimentos .

**No descartar** el diagnóstico de AN por la **negativa explícita del deseo de perder peso** o verse obeso/a.

La mayoría tienen una analítica normal. Esto no excluye una enfermedad grave.

Los TERIA pasan habitualmente desapercibidos.

**El diagnóstico y tratamiento precoz pueden mejorar dramáticamente el curso clínico y el pronóstico**, por lo que es esencial conocer los síntomas/signos de alarma.

✓ *Habitualmente los pacientes tardan unos 2 años antes de llegar a una unidad especializada en TCA, pasan por alrededor de unos 5 profesionales (pediatra-s, médicos de familia, especialistas , nutricionistas, psicólogos, etc..)*

*\*Dra Eva M<sup>a</sup> Trujillo Presidenta de la Academy Eating Disorders 2106-17*

# AGRADECIMIENTOS

---

**SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA. UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.**

Dr. Ricardo Camarneiro Silva.

Dra. María Goretti Morón Nozaleda.



18º **congreso**  
actualización  
*pediatría 2022*

