



Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en la atención primaria *Prevention of eating disorders in primary care*

Venancio Martínez Suárez¹, Félix Suárez González², Marisa López Díaz-Ufano³

¹Servicio de Salud del Principado de Asturias. Universidad de Oviedo. SEPEAP. Oviedo. ²SEMERGEN. Madrid. ³Centro de Salud Reyes Católicos. SERMAS. San Sebastián de los Reyes, Madrid

Resumen

La sintomatología de los trastornos alimentarios comprende aspectos psicológicos y conductuales con preocupaciones alimentarias subclínicas y de larga evolución. Estas constituyen un claro precursor del desarrollo de trastornos alimentarios establecidos y con frecuencia graves. Por ello resulta crucial investigar sus antecedentes y correlatos para informar posteriormente el desarrollo de programas de prevención. Esta apartado ha sido elaborado definiendo como objetivo principal el proporcionar a los profesionales sanitarios de Atención Primaria la información más actual y relevante para la identificación precoz de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), ayudándoles a tomar las mejores decisiones sobre los problemas que plantea su asistencia inicial. Busca sumarse al creciente pero aun reducido cuerpo de literatura que aboga por un mayor énfasis en los programas para impedir y anticipar el reconocimiento de este grupo de trastornos en el primer nivel del sistema sanitario.

Palabras clave:

Prevención. Trastornos de la conducta alimentaria. Atención primaria.

Abstract

The symptomatology of eating disorders includes psychological and behavioral aspects with subclinical and long-standing eating concerns. These are a clear precursor to the development of established and often severe eating disorders. For this reason, it is crucial to investigate its antecedents and correlates to later inform the development of prevention programs. This section has been prepared with the main objective of providing Primary Care health professionals with the most up-to-date and relevant information for the early identification of eating behavior disorders (EDs), helping them to make the best decisions about the problems emerging in their practice. It seeks to join together the growing but still limited body of literature that advocates a greater emphasis on programs to prevent and anticipate the recognition of this group of disorders at the first level of the health system.

Keywords:

Prevention. Eating disorders. Primary care.

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Martínez Suárez V, Suárez González F, López Díaz-Ufano M. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en la atención primaria. *Nutr Hosp* 2022;39(N.º Extra 2):112-120

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.04186>

Correspondencia:

Venancio Martínez Suárez. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Universidad de Oviedo. SEPEAP. Plaza del Carbayon, 1 y 2. 33001 Oviedo
e-mail: venancioms@telecable.es

INTRODUCCIÓN

Los pediatras y médicos de Atención Primaria son el primer eslabón para detectar a los pacientes con trastornos alimentarios y hacer que reciban un tratamiento integral. La intervención precoz de estos trastornos conlleva mejores resultados en su evolución, por lo que los profesionales de Atención Primaria juegan un papel fundamental para detectar los síntomas y signos de alerta y hacer el diagnóstico precoz.

El profesional de Atención Primaria debidamente formado tendría que saber identificar la presencia de las diferentes variantes de los trastornos alimentarios en adolescentes y adultos jóvenes: podría reconocer en su consulta conductas alimentarias restrictivas y desordenadas (incluidas las dietas, el ayuno, el ejercicio excesivo, los atracones, los vómitos y el uso de laxantes, diuréticos y preparados nutricionales), estimar correctamente los cambios de peso (pérdida, fluctuación o falta de aumento durante el período de crecimiento) y detectar el retraso en el incremento de la talla y la interrupción del desarrollo madurativo, incluido el de la esfera sexual. Resultará clave su adiestramiento para reconocer y valorar los posibles factores que pueden intervenir sobre estas afecciones y acompañar su progreso.

Debe tenerse en cuenta que los adolescentes no se controlan de forma programada en los centros de salud al dejar la atención pediátrica (14 o 16 años, según qué CCAA), precisamente en el momento de mayor riesgo. Por tanto, una característica de su situación es que suele ser la preocupación de los padres por los cambios en el comportamiento alimentario y/o la pérdida de peso de sus hijos la que descubre el problema. Frecuentemente hay un retraso entre el inicio de los síntomas y la búsqueda de ayuda (inicialmente en el centro de salud), momento en el cual la enfermedad suele estar bien establecida. Por lo tanto, la intervención temprana debe dirigirse a la búsqueda activa de los hábitos sospechosos en las consultas ocasionales (evaluación oportunista) y a la atención bien informada a las preocupaciones referidas por los padres.

Este reconocimiento precoz de las condiciones de riesgo y la identificación en las primeras etapas de los individuos afectos han de tenerse como objetivos prioritarios en el primer nivel de asistencia. Por su cercanía y poder de influencia también debiera considerarse que los profesionales de los centros de sa-

lud aporten a las personas ya diagnosticadas información útil para la toma de decisiones sobre su enfermedad y consejo a sus cuidadores para que participen de forma activa en el logro de un buen control. Secundariamente tendrían que colaborar para implementar y desarrollar indicadores clínicos de calidad que permitan evaluar el cumplimiento de las recomendaciones prescritas y definir líneas de investigación que ayuden a avanzar en su conocimiento. Todo ello de forma coordinada dentro de un equipo multidisciplinar dirigido y orientado por las unidades especializadas de referencia.

El médico/pediatra de Atención Primaria es la puerta de entrada a la red de salud pública y será el encargado de hacer una valoración de la problemática, derivando al paciente, en caso de que fuera necesario, a un psicólogo/psiquiatra del centro de salud mental de su zona con el fin de realizar una psicoterapia encaminada a modificar los pensamientos y hábitos respecto al peso, la imagen corporal y la alimentación. Los profesionales de Atención Primaria deben también colaborar en su seguimiento y estar alerta para detectar precozmente las posibles recaídas. Desde Atención Primaria es imprescindible mantener una buena relación con la familia del paciente.

Este texto recoge las recomendaciones extraídas de las guías clínicas actualizadas, así como de la revisión de la literatura científica, señalando aquellas intervenciones al alcance de los médicos y enfermeras de Atención Primaria.

MÉTODO

Limitando los objetivos al ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS) y a la función preventiva, hemos diseñado una estrategia de trabajo fundamentada en la revisión de la bibliografía de calidad disponible que permita responder a la principal cuestión que nos planteamos. La pregunta ha sido formulada de forma estructurada atendiendo a los puntos PICOT (pacientes o población, intervención, comparación, objetivo y tiempo/tipo de estudio) y aparece enunciada con tres interrogantes recogidos en la tabla I.

La búsqueda inicial de información se limitó por el diseño (guías de práctica clínica basadas en la evidencia y revisiones sistemáticas), por el idioma (inglés o español) y por el año de

Tabla I. Preguntas utilizadas para la revisión

Formulación	Términos clave (tomados de la base MeSH de PubMed)
¿Son prevenibles los TCA en APS?	Eating and feeding disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge-eating disorder, prevention, primary care, clinical practice
¿Existen signos de alerta que permitan su detección precoz en el primer nivel sanitario?	Eating and feeding disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge-eating disorder, prevention, primary care, clinical practice
¿Cómo debemos proceder en el ámbito de la APS ante la sospecha de un TCA?	Eating and feeding disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge-eating disorder, prevention, primary care, clinical practice

publicación: los últimos 5 años para las GPC y 10 años para las RRSS (Tabla II). Se combinó el vocabulario controlado (MeSH) con términos de texto libre en torno a “eating and feeding disorders”, “anorexia nervosa”, “bulimia nervosa”, “binge-eating disorder”, “prevention” y “primary care”, adaptándose el proceso en pasos posteriores a las diferentes fuentes de información. Estas consultas fueron realizadas entre los días 27 de octubre y 1 de noviembre de 2019, utilizando alertas en las bases principales con el fin de identificar documentos que se publicasen entre la finalización de la búsqueda estructurada y la finalización de este documento.

Las bases de datos utilizadas para la obtención de guías y otros documentos de forma sensible fueron las que aparecen recogidas en la tabla III.

Tanto las guías como las revisiones halladas fueron evaluadas según los objetivos de calidad, nivel de evidencia, actualidad y adecuación a los contenidos que nos propusimos analizar, descartando aquellos documentos que no respondiesen a los mismos. Tanto para las GPC como para las RRSS sometidas previamente a examen tuvimos en cuenta el nivel de evidencia y el grado de confianza atribuido a sus recomendaciones, además del objetivo principal y las entidades promotoras, financiadoras y colaboradoras. En el apartado de bibliografía se recogen todos los textos finalmente seleccionados y analizados, a los que se llegó tras la lectura de sus resúmenes y aquellos escogidos en último término tras la lectura completa del texto principal y de sus anexos. Como aclaración metodológica, aceptamos que las GPC en su conjunto habían sido sometidas al Appraisal of Guidelines for REsearch & Evaluation (AGREE II [AGREE Next Steps Consortium (2009). El Instrumento AGREE II Versión electrónica. Consultado «1 de noviembre de 2019», de <http://www.agreerust.org>; Versión en español: <http://www.guiasalud.es>]), desarrollado para examinar de forma estructurada y rigurosa (en 23 ítems distribuidos en seis áreas [Áreas del AGREE II: alcance y objetivos, participación de los implicados, rigor en la elaboración, calidad en la presentación, aplicabilidad, independencia editorial y calidad global]) el rigor y la transparencia de su elaboración. Con ello disponemos del nivel de calidad establecido para cada guía. Para las RRSS, la herramienta Ameasurement Tool to As-

sess Systematic Reviews (AMSTAR-2), desarrollada para evaluar ensayos aleatorizados y RRSS que incluyan ensayos no aleatorizados, y compuesta por 16 dominios (7 de ellos críticos), de cuya cumplimentación surge el nivel de confianza en las conclusiones (AMSTAR-2 [<https://www.fundacionmf.org.ar/files/144768e1fa-07479c03b55626a08b7ec5.pdf>]).

Tabla III. Bases de datos utilizadas en la búsqueda de documentación

Nombre	Dirección
Medline	https://medlineplus.gov/spanish/
Scopus	https://www.fecyt.es/es/investigadores
EMBASE	https://www.elsevier.com/es-es/solutions/embase-biomedical-research
Cochrane Database	https://www.cochranelibrary.com/
TripDatabase	https://www.tripdatabase.com
MEDES	https://medes.com/Public/Home.aspx
CMA Infobase	
Bibliosaúde	https://bibliosaude.sergas.es/Paxinas/web.aspx?idTax=4005&idLista=4&idContido=81&migtab=81&tipo=paxlig&idioma=es
Guiasalud	https://portal.guiasalud.es
National Guidelines Clearinghouse (NGC)	https://www.ahrq.gov/gam/index.html
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	https://www.nice.org.uk

Tabla II.

Criterios de inclusión	
GPC	Revisiones sistemáticas
<ul style="list-style-type: none"> - Abordaje de los TCA desde AP - Idioma: inglés y español - Publicaciones de los últimos 5 años - Que se ajusten a los objetivos del estudio 	<ul style="list-style-type: none"> - Que respondan a las preguntas del protocolo - Publicadas en los últimos 10 años - Idioma: inglés o español - Que se ajusten a los objetivos del estudio
Criterios de exclusión	
<ul style="list-style-type: none"> - GPC publicadas antes de 2014 - Baja calidad/no ser realmente una GPC - No responder a las cuestiones que plantea el estudio 	<ul style="list-style-type: none"> - Publicación antes de 2009 - Que no cumplan criterios de las RRSS - No responder a las cuestiones que plantea el estudio

RESULTADOS

En la búsqueda inicial se localizaron 158 documentos, aunque en una primera lectura valorativa de sus resúmenes la mayoría no se adecuaban a la pregunta de investigación planteada. Entre los documentos localizados únicamente cuatro GPC se ajustaron a los criterios establecidos y respondieron a las exigencias con que abordamos el estudio, siendo comunes a todas ellas las siguientes características:

- Utilizan criterios diagnósticos del DSM-V.
- Dirigidas a psiquiatras y otros profesionales de la salud.
- Aproximación multidisciplinar.

El listado de las nueve RRSS que cumplieron inicialmente los criterios de inclusión aparece en la bibliografía junto a otros artículos de menor fuerza en la evidencia que inicialmente fueron recopilados para su revisión y evaluación. Las referencias y conclusiones relacionadas con las cuestiones planteadas se resumen en la tabla IV.

Atendiendo a las ventajas y los inconvenientes de cada una de las GPC hemos elaborado la tabla V.

De la revisión de todas las publicaciones hemos podido extraer algunas directrices, en su evidencia de fuerza variable, para el manejo inicial de los TCA. Las que tras su lectura nos han parecido más relevantes se comentan en la tabla IV.

Tabla IV. Estudios relevantes analizados

Referencia	Tipo de estudio	Conclusiones
Costa MB y cols. 2016	Revisión sistemática	Incluye 101 estudios primarios y 30 revisiones sistemáticas (5 revisiones sistemáticas Cochrane), metaanálisis, guías o revisiones narrativas de la literatura. Para la anorexia nerviosa el enfoque familiar mostró una mayor efectividad. Se requieren más estudios para establecer una valoración consistente.
Hay PJ y cols. 2019	Revisión sistemática	Evalúa 5 ensayos (cuatro incluyeron un total de 511 participantes con anorexia nerviosa y uno 55 con bulimia nerviosa) sin poder concluir si el resultado del control de la enfermedad depende o no del entorno donde se hace el abordaje diagnóstico-terapéutico (hospitalario, parcialmente hospitalario o ambulatorio). Ninguno fue superior a los otros en personas con anorexia nerviosa moderadamente severa u otros trastornos alimentarios.
Sparti C y cols. 2019	Estudio descriptivo transversal	Estudio mediante encuesta realizada a 2298 niños de entre 13 y 17 años. El 31,6 % tienen algún trastorno alimentario, la gran mayoría (25,7 % del total de encuestados) en forma subclínica, siendo más probable en ellos la presencia de problemas de salud mental y de funcionamiento socio-familiar. De los que presentaban TCA, el 40 % habían solicitado ayuda en Atención Primaria o en servicios hospitalarios que desarrollan acciones proyectadas en la escuela. Según este estudio, es útil la implementación de esfuerzos de promoción de la salud alimentaria, la detección temprana y la prevención de los TCA en la escuela y en los entornos de atención primaria, especialmente de las formas subclínicas.
Fiechtner L y cols. 2018	Estudio descriptivo transversal	Incluye 817 niños de 5 a 12 años con exceso de peso controlados en Atención Primaria, examinando la prevalencia y los determinantes multinivel de tres manifestaciones de los trastornos por atracón: 1) escabullirse o esconderse para comer, acumular alimentos; 2) comer en ausencia de hambre, y 3) inhibición o vergüenza al comer frente a otros. Comer en ausencia de hambre fue el síntoma más común en nuestra muestra y se asoció con el tiempo frente a la pantalla y el sueño. No permite generalizar que estas conductas predigan el desarrollo de TCA.
Hilbert y cols. 2017	Revisión sistemática	Revisión que incluye 9 GPC elaboradas los años previos. Si bien el análisis está centrado exclusivamente en el tratamiento, señala que el conjunto de las guías aboga por la participación amplia y coordinada de todas las profesiones cuya implicación para una aceptación e implementación óptima pudiera ser relevante, como proveedores de atención médica y pacientes.
Gooding HC y cols. 2017	Estudio descriptivo transversal	Encuesta a 303 profesionales de la salud estadounidenses en grupos de aprendizaje activo respecto de aquellos que participan en programas de aprendizaje impreso (mediante materiales escritos), con aumentos en la comodidad para diagnosticar trastornos alimentarios y satisfacción con su capacitación en esta área.
Ignoring the alarms, 2107	Documento presentado ante el parlamento británico	Informe técnico de una investigación que encontró que la trágica muerte de una paciente con anorexia se habría evitado si el NHS la hubiera cuidado adecuadamente. Denuncia la falta de coordinación y planificación en su asistencia. Destaca 5 áreas de enfoque para mejorar los servicios de trastornos alimentarios y propone el nivel de coordinación asistencial como un ítem de calidad asistencial.

(Continúa en la página siguiente)

Tabla IV (Cont.). Estudios relevantes analizados

Referencia	Tipo de estudio	Conclusiones
Berkman y cols. 2015	Revisión sistemática	Estudio de la bibliografía sobre trastornos por atracón, que entre los aspectos analizados se han incluido atracones y abstinencia, psicopatología relacionada con la alimentación, peso y resultados psicológicos generales y otros.
Campbell y cols. 2015	Revisión narrativa	Recomienda la detección sistemática a lo largo de la infancia de problemas de alimentación y desórdenes en la percepción de la imagen corporal. La formación de los profesionales para aumentar la detección de TCA en la práctica de atención primaria pediátrica ha probado su utilidad.

Tabla V. GPC incluidas en la revisión

Ventajas	Inconvenientes
TCA. PAI 2018	
<ul style="list-style-type: none"> - Adaptada a nuestro sistema de trabajo - Estrategias de búsqueda bien especificadas - Colaboración APS y Salud Mental, plan interdisciplinar - Útil Proceso Asistencial Integrado como síntesis de la información - Define puntos críticos de buena práctica, incluida seguridad del paciente - Recomendaciones jerarquizadas y fácilmente asimilables - Aborda las diferentes formas de TCA y sus comorbilidades 	<ul style="list-style-type: none"> - La información manejada proviene fundamentalmente de otros países y de modelos asistenciales diferentes
NICE 2017	
<ul style="list-style-type: none"> - Método de elaboración riguroso y declarado en todos sus pasos - Equipo de trabajo multidisciplinar - Organización del texto eficaz y que ayuda a un manejo fácil - Recomendaciones bien fundamentadas y de sencilla comprensión - Valora daños de una aplicación inadecuada - Aborda las diferentes formas de TCA y sus comorbilidades - Diferentes entornos (sanitario, familiar, social, educacional) - Sección para enlace con la evidencia utilizada - Financiada por gobierno del Reino Unido 	<ul style="list-style-type: none"> - Pensado para el sistema de salud británico, cuya organización y recursos son diferentes a los del nuestro
SAHM 2015	
<ul style="list-style-type: none"> - Centrada en adolescentes y adultos jóvenes con trastornos restrictivos - Orienta el manejo clínico y ofrece directrices para la prevención - Considera la información sobre la trayectoria premórbida del desarrollo físico y psicológico - Propugna la estandarización de la terminología y la uniformidad de criterios - Señala la necesidad de estudios de calidad, de definir líneas de investigación y de mejor financiación oficial 	<ul style="list-style-type: none"> - Limitaciones para considerarla una GPC - Revisión de artículos entre 1990 y 2014 - Se centra en TCA restrictivos - Dirigido principalmente al médico como proveedor de servicios, que es quien debe reconocer y diagnosticar la enfermedad - También el control a cualquier nivel es responsabilidad del médico
RANZCP 2014	
<ul style="list-style-type: none"> - Metodología explícita y declarada de forma completa y rigurosa - Realizada por profesionales académicos y sanitarios, gestores y miembros de la comunidad - Diferentes formas de TCA, aunque centrada en la anorexia nerviosa - Ofrece recomendaciones sobre futuras investigaciones - Financiada por el Real Colegio de Psiquiatras de Australia y Nueva Zelanda 	<ul style="list-style-type: none"> - Calidad moderada-baja con AGREE II - Limitaciones es aspectos relacionados con el rigor - Centrada en la terapéutica - Dirigida a psiquiatras y profesionales de la salud - Dedicada una parte escasa de sus contenidos al diagnóstico temprano en el nivel primario - Las referencias manejadas son de los años anteriores, algunas ya con alto nivel de obsolescencia

TCA: trastornos de la conducta alimentaria. PAI: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud de Andalucía; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; SAHM: Society for Adolescent Health and Medicine; RANZCP: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.

RECOMENDACIONES

La revisión de los documentos consultados nos permite establecer alguna recomendación basada en la evidencia, en la que se identifican de forma importante las GPC y las RRSS, apoyadas por otro tipo de artículos de consistencia científica menor pero que consideramos suficiente para ser tenidos en cuenta. Estas recomendaciones aparecen estratificadas y ordenadas como respuesta a las preguntas de partida que nos hemos formulado.

POSIBILIDAD DE PREVENIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA LOS TCA

- Existe consenso general sobre que la identificación de los TCA en sus etapas iniciales mejora su pronóstico, con disminución de la amplitud y la intensidad de su morbilidad y una mortalidad menor.
- La Guía NICE dicta que las personas con trastornos alimentarios deben ser evaluadas y recibir tratamiento lo antes posible.
- La Guía NICE establece la importancia de mejorar el acceso a los servicios asistenciales, teniendo en cuenta que a las personas afectadas les puede resultar difícil discutirlo con profesionales de la salud o personal con los que no estén familiarizadas y con otros usuarios del servicio, pudiendo ser vulnerables al estigma y la vergüenza, y necesitar información e intervenciones adaptadas a sus antecedentes, a su edad y nivel de desarrollo.

SIGNOS DE ALERTA PARA LA IDENTIFICACIÓN PRECOZ Y FACTORES DE RIESGO

- Presencia de restricción dietética, pérdida de peso, incapacidad para restaurarlo, temor sobre su incremento, alteración de la imagen corporal; atracones con purgas o ejercicio excesivo, comunicación de saciedad precoz; estreñimiento y uso de laxantes, diuréticos o medicamentos para perder o mantener el bajo peso.
- Otros antecedentes: conductas alimentarias alteradas, tales como comer aparte de los demás y con patrones rituales, tiempos de comida prolongados y división de alimentos en trozos muy pequeños.
- La evaluación también debe incluir antecedentes de desmayos, aturdimiento, palpaciones, dolor de pecho, falta de aliento, hinchazón de tobillos, debilidad, cansancio y amenorrea o menstruaciones irregulares.
- Considerar posibles factores predisponentes y precipitantes, incluyendo antecedentes familiares de trastornos alimentarios, apego temprano y dificultades de desarrollo, obesidad premórbida, problemas interpersonales.
- Todos los profesionales de la salud, incluidos los del primer nivel asistencial, deben estar capacitados para negociar y trabajar con familiares y cuidadores, gestionar problemas relacionados con el intercambio de información y la confi-

dencialidad, salvaguardar la discrecionalidad y trabajar con equipos multidisciplinares.

- Preguntar si participan en actividades asociadas con un alto riesgo de trastornos alimentarios (por ejemplo, deporte profesional, moda, baile o modelaje)
- Tener en cuenta que los TCA se presentan en una variedad de entornos además de la APS, incluidos los servicios de asistencia social, de enseñanza y laborales; que pueden desarrollarse a cualquier edad, si bien el riesgo es más alto para hombres y mujeres jóvenes entre 13 y 17 años de edad.
- La realización de actividades divulgativas y de educación comunitaria preferiblemente deberían ser evaluadas en sus resultados a corto y medio plazo.

PROCEDIMIENTO Y PLAN DE ACTUACIÓN EN EL PRIMER NIVEL ASISTENCIAL

Anorexia nerviosa en el adulto

- Ante una primera consulta relacionada con un TCA se asegurará que la consulta se desarrolle en un entorno de privacidad y confidencialidad, generando confianza por parte del sujeto de estudio, sus familiares y cuidadores.
- Los profesionales de Atención Primaria deben aprovechar cualquier oportunidad o contacto con niños, adolescentes o adultos jóvenes para detectar hábitos de riesgo y casos de posible TCA (identificación oportunista).
- Es importante evaluar con precisión la ingesta de alimentos y de líquidos (encuesta nutricional breve), con preguntas específicas sobre la idoneidad de las principales comidas y refrigerios consumidos.
- Investigar cualquier complicación médica y el nivel actual de riesgo, incluyendo en este proceder un examen físico con medición del peso y la altura, y cálculo del IMC. Además, la toma de la frecuencia del pulso sentado y de pie para detectar bradicardia y/o taquicardia en reposo y tras un esfuerzo mínimo, presión arterial (sentado y de pie) y temperatura.
- En caso de sospecha consistente debe realizar una analítica con bioquímica sérica para detectar hipocalcemia, alcalosis metabólica o acidosis, hipoglucemia, hipofosfatemia e hipomagnesemia, pruebas hepáticas, niveles de albúmina y un hemograma completo en busca de datos de supresión medular inducida por el hambre y un electrocardiograma (ECG).
- Se debe medir la densidad mineral ósea si la persona ha tenido bajo peso durante más de seis meses con amenorrea o sin ella, y posteriormente cada dos años mientras existan manifestaciones del trastorno alimentario.
- Evaluar la comorbilidad psiquiátrica: trastornos de ansiedad (los más frecuentes), depresión, abuso de sustancias, tendencias suicidas, trastornos de la personalidad, trastornos obsesivo-compulsivos) y autolesiones deliberadas.
- Completar la historia clínica utilizando fuentes de información colaterales, como miembros de la familia y otros médicos involucrados en el cuidado de la persona.

- Evaluar los cambios cognitivos debidos a la inanición, como el procesamiento lento del pensamiento, la memoria deteriorada a corto plazo, la flexibilidad cognitiva reducida y las dificultades de concentración y atención.
- Las imágenes cerebrales no forman parte de la rutina asistencial
- Ante la sospecha fundada o establecido el diagnóstico de TCA, el paciente se derivará para su atención a la Unidad de Salud Mental Comunitaria de referencia lo antes posible.

Evaluación en adolescentes y niños

Hay evidencia limitada para guiar la evaluación de niños y adolescentes con anorexia nerviosa, estando todas las recomendaciones basadas en el consenso de expertos.

- Desde un planteamiento de atención multidisciplinar, revisar exhaustivamente los signos físicos y síntomas psicológicos que pueden acompañar a la enfermedad.
- Involucrar tanto a los niños como a sus familias o cuidadores, a menos que esto esté contraindicado debido a preocupaciones de seguridad como el abuso o la violencia doméstica.
- Recoger el momento de aparición de los principales hitos del desarrollo.
- Indagar signos de intimidación, burlas, abuso (emocional, físico y sexual) y negligencia, recabando orientación sobre cuándo sospechar el maltrato infantil.
- Es importante comunicar el alta hospitalaria al médico de Atención Primaria, indicándole que puede acceder a la unidad especializada y remitir al paciente para recibir tratamiento en cualquier momento.

Bulimia nerviosa y trastorno por atracón

La evaluación de personas con bulimia nerviosa o trastorno por atracón debe incluir una investigación sobre las características del trastorno alimentario. Además:

- Reconocer pensamientos de excesiva valoración del peso y de imagen corporal, y preocupaciones alimentarias.
- Identificar episodios incontrolados de comer en exceso grandes cantidades de alimentos, existencia de control de peso injustificado y que puede estar compensado por atracones (vómito autoinducido, uso indebido de laxantes y/o diuréticos), restricción dietética y/o ayuno, ejercicio compulsivo y otros, como el uso indebido de insulina en pacientes diabéticos o el uso indebido de preparados nutricionales como sustitutivos de las comidas o de estimulantes de tipo anfetamínico.
- El examen físico debe incluir la medición del peso, la altura, la frecuencia del pulso y la presión arterial y el cálculo del IMC. Ha de orientarse conforme al mayor riesgo de obesidad, diabetes de tipo II e hipertensión.
- Debe evaluarse la existencia de antecedentes de otros TCA,

especialmente la anorexia nerviosa, ya que pueden asociarse con una mayor probabilidad de recaída y un peor resultado en algunos.

- Deben buscarse otras comorbilidades psiquiátricas comunes como son los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, del control de los impulsos y por uso de sustancias.
- Realizar una bioquímica sérica para verificar si hay hipocalcemia y deshidratación (efectos de los comportamientos de purga). Otras evaluaciones, como la glucosa al azar y el examen cardiovascular y el ECG deben hacerse solo bajo consideración individualizada.

PARTICIPACIÓN DESDE EL NIVEL PRIMARIO EN LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y COMPLICACIONES

El profesional de Atención Primaria debe tener un papel destacado en la prevención de las recaídas y complicaciones de los TCA, especialmente en las personas con anorexia que no reciben tratamiento. El acceso inmediato de la familia y del propio paciente a su consulta hace que los diferentes consensos le atribuyan una importancia poco discutible. Este es un aspecto que debe considerarse en su formación. En ese sentido, la necesidad de remisión a un servicio de urgencias o de envío inmediato a una unidad especializada debe considerarse en aquellas personas cuya salud física esté comprometida o que tengan riesgo de suicidio. Además, se recomienda en las situaciones recogidas en la tabla VI.

CONCLUSIONES

- La prevención de los TCA debe plantearse en toda su amplitud, evitando los factores favorecedores (prevención primaria), logrando su identificación temprana (prevención secundaria) y limitando la aparición de complicaciones y secuelas (prevención terciaria). Esta idea se ve condicionada por la falta de información fiable (escasa investigación, evidencia débil) y la difícil comparación de los datos disponibles por carencia de uniformidad en las definiciones y los criterios aplicados en su estudio.
- No obstante, existe consenso general sobre que la identificación de los TCA en sus etapas iniciales mejora su pronóstico, con disminución en la extensión y la intensidad de su morbilidad y una mortalidad menor, a pesar de que no existen síntomas de inicio específicos, lo que hace que el diagnóstico siga siendo tardío.
- Al igual que a otros niveles asistenciales, la actitud preventiva del profesional de Atención Primaria ha de basarse en la información de calidad, actualizándose su formación periódicamente. Ha de saber hacer una evaluación detallada de la sintomatología central, identificando correctamente cualquier manifestación relacionada con el miedo al aumento de peso, su pérdida, el deseo de adelgazar y la

Tabla VI. Criterios de atención urgente y de envío a la unidad de referencia

- IMC o peso corporal inusualmente bajo o alto para su edad
- Pérdida de peso rápida
- Dieta o prácticas alimentarias restrictivas (como hacer dieta cuando tienen bajo peso) que les preocupan a ellos, a sus familiares o cuidadores, o a los profesionales
- Si los familiares o cuidadores informan de un cambio en el comportamiento alimentario
- Retraimiento social, particularmente con respecto a situaciones que impliquen comidas
- Aparición de otros problemas de salud mental
- Preocupación desproporcionada por el peso
- Problemas para manejar una enfermedad crónica que afecta a la dieta, como la diabetes o la enfermedad celíaca
- Trastornos endocrinológicos (menstruales) o síntomas gastrointestinales inexplicables
- Signos físicos de desnutrición, como mala circulación, mareos, palpitaciones, desmayos o palidez
- Comportamientos compensatorios, incluido el uso indebido de laxantes o suplementos nutricionales sustitutivos de alimentos, vómitos o ejercicio excesivo
- Dolor abdominal asociado a vómitos o restricciones de la dieta, y que no puede explicarse completamente por una afección médica
- Inexplicable desequilibrio electrolítico o hipoglucemia
- Desgaste dental atípico (como erosión)

alteración/insatisfacción con la imagen corporal, estableciendo la gravedad y, cuando sea posible, fijando el momento de inicio de la enfermedad. Debería plantearse la posibilidad de cualquier diagnóstico psiquiátrico comórbido y realizar exámenes físicos y de laboratorio orientados por la anamnesis y la exploración, estableciendo así prioridades para cualquier intervención médica específica. Si después de esta evaluación inicial se sospecha un trastorno alimentario, el médico de APS debe consultar inmediatamente a un servicio especializado para su evaluación completa, su tratamiento adicional y la programación del seguimiento posterior.

ANÁLISIS DAFO

Debilidades

- Las controversias sobre su clasificación y las diferentes terminologías utilizadas dificultan el diseño de estrategias generales de diagnóstico y prevención.
- La mayor parte de los estudios son de tipo observacional y con casos o series de casos, lo que proporciona datos poco uniformes y difícilmente comparables.
- Los estudios se han centrado casi exclusivamente en el abordaje terapéutico, con escasa investigación de los aspectos preventivos y la valoración inicial.
- Desconocemos el grado de capacitación de los profesionales para el reconocimiento de los TCA, lo que dificulta el planteamiento de programas de formación específicos orientados por las necesidades.
- La insuficiente coordinación entre diferentes disciplinas y niveles asistenciales representa una barrera en la atención integral a los pacientes con TCA, también en su vertiente preventiva.

Amenazas

- Los TCA representan un riesgo de mortalidad prematura en la población, siendo su abordaje terapéutico más eficaz en las etapas tempranas de su desarrollo.
- Existe una escasa sensibilización de los profesionales de Atención Primaria para su identificación temprana.
- No existe en nuestro medio predisposición al trabajo multidisciplinar ni a la colaboración internivel, lo que dificultará el éxito para desarrollar programas amplios de intervención y estudio que persistan en el tiempo.
- La falta de una propuesta consistente sobre la valoración inicial representa un riesgo de retrasos diagnósticos y, por tanto, de casos más graves y de cura más difícil.
- La población más vulnerable es la que corresponde a la transición de los cuidados pediátricos a los cuidados del médico de adultos, especialmente alejada del sistema asistencial y con pérdida progresiva del control familiar.

Fortalezas

- Una red asistencial amplia y bien dotada con capacidad de mejorar los procedimientos de prevención y reconocimiento temprano.
- El seguimiento a lo largo de toda la infancia de los niños hasta los 14 o 16 años por parte del pediatra y de la enfermera de pediatría, desde una relación de proximidad a los niños y a sus familias y con evaluación frecuente de los hábitos de vida, incluidos los de alimentación.
- La consulta de Atención Primaria sería el lugar idóneo para aplicar de forma dirigida o sistemática test de cribado sobre signos de sospecha o alarma que ayuden a reconocer de forma sensible los TCA en fases más fácilmente reversibles.
- La disponibilidad, cada vez más extendida, de unidades específicas donde se presta atención integral.
- Accesibilidad a las unidades especializadas desde Atención Primaria.

Oportunidades

- Es necesario definir y unificar criterios de diagnóstico y generar información epidemiológica, etiopatogénica y clínica consistente para contrastar experiencias y resultados.
- Escasa información relevante sobre la eficacia de la intervención desde Atención Primaria, su captación y asistencia inicial, su derivación, su contribución al pronóstico y su participación en el seguimiento y control de la enfermedad.
- Generar información de calidad, investigando el perfil de la población más vulnerable, sus condicionantes sociofamiliares y sus problemas comórbidos.
- Diseñar cuestionarios estandarizados y validados, probados en cuanto a sensibilidad, como método de cribado y confirmación diagnóstica; deben ser fáciles de utilizar, útiles en la consulta generalista y económicos.
- Difundir información basada en la evidencia en los entornos profesionales que pueden acceder a la población de riesgo, fundamentalmente pediatras, médicos de familia y enfermeros.
- Establecer un plan de formación específico de TCA dirigido a todos los profesionales que trabajan en el entorno de la Atención Primaria de Salud.
- Informar en las escuelas y a través de los medios de comunicación como medida preventiva y de sensibilización de la población más joven y de sus familias.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

DOCUMENTOS EVALUADOS: GPC

1. National Institute for Health and Care Excellence. Eating Disorders: recognition and treatment. NICE guideline. Methods, evidence and recommendations; 2017. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813>
2. Society for Adolescent Health and Medicine, Golden NH, Katzman DK, Sawyer SM, Ornstein RM, Rome ES, et al. Position Paper of the Society for Adolescent Health and Medicine: medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults. *J Adolesc Health* 2015;56(1):121-5. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2014.10.259
3. Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L, et al.; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2014;48(11):977-1008. DOI: 10.1177/0004867414555814
4. Trastornos de la conducta alimentaria. Proceso Asistencial Integrado. [Recurso electrónico]. Asunción Luque Budia (coordinadora) et al. 2.ª ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2018. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/pa_7_pai-tconducta-alim.pdf

REVISIONES SISTEMÁTICAS

5. Hay PJ, Touyz S, Claudino AM, Lujic S, Smith CA, Madden S. Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;21(1):CD010827. DOI: 10.1002/14651858.CD010827.pub2
6. Fiechtner L, Fonte ML, Castro I, Gerber M, Horan C, Sharifi M, et al. Determinants of Binge Eating Symptoms in Children with Overweight/Obesity. *Child Obes* 2018;14(8):510-7. DOI: 10.1089/chi.2017.0311

7. Hilbert A, Hoek HW, Schmidt R. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Curr Opin Psychiatry* 2017;30(6):423-37. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000360
8. Gooding HC, Cheever E, Forman SF, Hatoun J, Jooma F, Touloumtzis C, et al. Implementation and Evaluation of Two Educational Strategies to Improve Screening for Eating Disorders in Pediatric Primary Care. *J Adolesc Health* 2017;60(5):606-11. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2016.12.002
9. Costa MB, Melnik T. Effectiveness of psychosocial interventions in eating disorders: an overview of Cochrane systematic reviews. *Einstein (Sao Paulo)* 2016;14(2):235-77. DOI: 10.1590/S1679-45082016RW3120
10. Turton R, Bruidegom K, Cardi V, Hirsch CR, Treasure J. Novel methods to help develop healthier eating habits for eating and weight disorders: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* 2016;61:132-55. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2015.12.008
11. Fisher CA, Kocic S, Rutherford KA, Hetrick SE. Family therapy approaches for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;10(10):CD004780. DOI: 10.1002/14651858.CD004780.pub3
12. Berkman ND, Brownley KA, Peat CM, Lohr KN, Cullen KE, Morgan LC, et al. Management and Outcomes of Binge-Eating Disorder [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2015 Dec. Report No.: 15(16)-EHC030-EF.
13. Ilzarbe L, Fàbrega M, Quintero R, Bastidas A, Pintor L, García-Campayo J, et al. Inflammatory Bowel Disease and Eating Disorders: A systematized review of comorbidity. *J Psychosom Res* 2017;102:47-53. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2017.09.006

OTROS ARTÍCULOS REVISADOS

14. Sparti C, Santomauro D, Cruwys T, Burgess P, Harris M. Disordered eating among Australian adolescents: Prevalence, functioning, and help received. *Int J Eat Disord* 2019;52(3):246-54. DOI: 10.1002/eat.23032
15. Berkman ND, Brownley KA, Peat CM, Lohr KN, Cullen KE, Morgan LC, et al. Management and Outcomes of Binge-Eating Disorder [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2015 Dec. Report No.: 15(16)-EHC030-EF
16. Ignoring the alarms: How NHS eating disorder services are failing patients. Available at: <https://www.ombudsman.org.uk/publications/ignoring-alarms-how-nhs-eating-disorder-services-are-failing-patients>
17. Lukács A, Sasvári P, Kiss-Tóth E. Physical activity and physical fitness as protective factors of adolescent health. *Int J Adolesc Med Health* 2018;32(6). DOI: 10.1515/ijamh-2018-0017
18. Verschueren M, Claes L, Bogaerts A, Palmeroni N, Gandhi A, Moons P, et al. Eating Disorder Symptomatology and Identity Formation in Adolescence: A Cross-Lagged Longitudinal Approach. *Front Psychol* 2018;9:816. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00816
19. Kendal S, Kirk S, Elvey R, Catchpole R, Prymachuk S. How a moderated online discussion forum facilitates support for young people with eating disorders. *Health Expect* 2017;20(1):98-111. DOI: 10.1111/hex.12439
20. Campbell K, Peebles R. Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics* 2014;134(3):582-92. DOI: 10.1542/peds.2014-0194
21. Gooding HC, Cheever E, Forman SF, Hatoun J, Jooma F, Touloumtzis C, et al. Implementation and Evaluation of Two Educational Strategies to Improve Screening for Eating Disorders in Pediatric Primary Care. *J Adolesc Health* 2017;60(5):606-11. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2016.12.002
22. Linville D, Cobb E, Lenee-Bluhm T, López-Zerón G, Gau JM, Stice E. Effectiveness of an eating disorder preventative intervention in primary care medical settings. *Behav Res Ther* 2015;75:32-9. DOI: 10.1016/j.brat.2015.10.004
23. Nicholls DE, Yi I. Early intervention in eating disorders: a parent group approach. *Early Interv Psychiatry* 2012;6(4):357-67. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2012.00373.x
24. Fiechtner L, Fonte ML, Castro I, Gerber M, Horan C, Sharifi M, et al. Determinants of Binge Eating Symptoms in Children with Overweight/Obesity. *Child Obes* 2018;14(8):510-7. DOI: 10.1089/chi.2017.0311
25. Madigan CD, Daley AJ, Lewis AL, Aveyard P, Jolly K. Is self-weighing an effective tool for weight loss: a systematic literature review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2015;12:104. DOI: 10.1186/s12966-015-0267-4
26. Lock J, La Via MC; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54(5):412-25. DOI: 10.1016/j.jaac.2015.01.018