



ARTÍCULO ESPECIAL

Trastornos de la conducta alimentaria: intervención del pediatra en la prevención, detección precoz, evaluación y tratamiento interdisciplinar



Raquel Jiménez García^{a,*}, Covadonga Canga-Espina^b, Andrea Muñoz Domenjó^c, Gemma Ochando Perales^d y Azucena Díez-Suárez^e

^a Sección de Pediatría General, Unidad de Medicina del Adolescente, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

^b Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Departamento de Psiquiatría y Psicología Clínica, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^c Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica del niño y el adolescente, Unidad de Trastornos de la conducta alimentaria, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

^d Unidad del Niño Internacional, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

^e Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Departamento de Psiquiatría y Psicología Clínica, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

Recibido el 26 de febrero de 2025; aceptado el 20 de mayo de 2025

Disponibile en Internet el 21 de junio de 2025

PALABRAS CLAVE

Trastornos de la conducta alimentaria;
Anorexia nerviosa;
Bulimia nerviosa;
Anorexia nerviosa atípica;
Trastorno por atracón;
Prevención;
Tratamiento

Resumen Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades mentales graves caracterizadas por alteraciones en el comportamiento, los pensamientos y las emociones relacionadas con la ingesta de alimentos. Suelen manifestarse a edades tempranas, principalmente en la adolescencia o preadolescencia. Su complejidad requiere un abordaje interdisciplinar, liderado por profesionales de la salud mental. No obstante, la alta demanda asistencial puede retrasar el acceso a la atención especializada, lo que hace imprescindible que el pediatra asuma un rol proactivo.

Su papel es clave en la prevención, promoviendo una relación saludable con la alimentación y la imagen corporal, así como en la detección y el manejo inicial, asegurando intervenciones tempranas que estabilicen al paciente mientras se coordina la atención especializada. Además, a lo largo de toda la evolución de la enfermedad, el pediatra desempeña una función fundamental en el seguimiento del estado de la salud física y mental, garantizando una atención integral en colaboración con el equipo interdisciplinar.

© 2025 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquel.jimgar@gmail.com (R. Jiménez García).

KEYWORDS

Eating disorders;
Anorexia nervosa;
Bulimia nervosa;
Atypical anorexia
nervosa;
Binge-eating
disorder;
Prevention;
Treatment

Eating disorders: Involvement of pediatricians in their prevention, early detection, evaluation and multidisciplinary management

Abstract Eating disorders are severe mental health disorders characterized by changes in eating-related behavior, thoughts and emotions. They typically manifest at young ages, chiefly in adolescence or preadolescence. Due to their complexity, the management of eating disorders requires a multidisciplinary approach led by mental health professionals. However, the high demand for services may delay access to specialized care, which makes it necessary for pediatricians to adopt a proactive role.

Pediatricians play a key role in the prevention of eating disorders by promoting a healthy relationship with food and body image as well as in their detection and initial management, enabling the implementation of early interventions to stabilize the patient while coordinating specialized care. The pediatrician is also a key figure throughout the followup in monitoring the physical and mental health of affected patients, guaranteeing the delivery of comprehensive care in collaboration with the multidisciplinary team.

© 2025 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son trastornos mentales graves y complejos, que se manifiestan por alteraciones persistentes en el comportamiento, los pensamientos y las emociones relacionadas con la alimentación. Estas alteraciones impactan significativamente en la ingesta de los alimentos, y provocan un deterioro importante en la salud física y en el funcionamiento psicosocial¹.

Incluyen, entre otros, la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN), el trastorno por atracón (TA), la anorexia nerviosa atípica (ANA) y el trastorno de evitación/restricción de la ingesta alimentaria (TERIA) (tabla 1)¹. Por presentar manifestaciones y un abordaje terapéutico específicos y diferenciados del resto, este último no se abordará en el artículo.

La prevalencia de los TCA varía considerablemente según el país y la metodología empleada en los estudios epidemiológicos, lo que resulta en estimaciones heterogéneas. A nivel mundial, se calcula que entre el 5,5-17,9% de las mujeres y entre el 0,6-2,4% de los varones experimentarán un TCA a lo largo de su vida. En Europa, la prevalencia de AN estimada en las mujeres es de un 1-4%, de BN es del 1-2% y del TA del 1-4%. En los varones, la prevalencia de los TCA es del 0,3-0,7%². Datos de varios países europeos muestran desde el inicio de la pandemia por coronavirus (COVID-19) un aumento alarmante de la incidencia de los TCA en la población de 6 a 18 años, con mayor gravedad en los casos y una tendencia a un debut a edades más tempranas³⁻⁵.

Aunque son más frecuentes en las mujeres adolescentes, pueden afectar a las personas de cualquier edad, sexo, raza, estatus socioeconómico, constitución corporal o peso. La edad media de inicio de los síntomas se sitúa en los 12,5 años. Los adolescentes que participan en deportes que enfatizan la delgadez corporal o que imponen requisitos de peso (gimnasia, equitación, danza, atletismo o boxeo...), presentan un mayor riesgo de desarrollar estos trastornos⁶⁻⁸.

Los pacientes que presentan un inicio más temprano de la enfermedad, antes de la adolescencia, suelen mostrar una mayor prevalencia de psicopatología previa, como depresión, trastorno obsesivo-compulsivo o ansiedad. En este grupo, los episodios de atracones y conductas purgativas son menos frecuentes. Además, la enfermedad tiende a afectar de manera más equitativa a ambos sexos y se caracteriza por una pérdida de peso más rápida, lo que podría facilitar, en muchos casos, una detección más temprana⁶.

La elevada prevalencia y el inicio temprano de los TCA, resaltan la importancia de la labor de los pediatras en su prevención, detección y diagnóstico precoz. Dada su complejidad, requieren un abordaje multidisciplinar liderado por los profesionales de salud mental. Sin embargo, la alta demanda de atención suele dificultar el acceso rápido al tratamiento especializado. En este contexto, es imprescindible que los pediatras asuman un papel proactivo, implementando intervenciones tempranas que estabilicen la situación del paciente, asegurando que no quede sin atención durante este periodo crítico y coordinando el tratamiento interdisciplinar.

Prevención

El desarrollo de un TCA está determinado por una interacción compleja de factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Entre los factores de riesgo modificables más relevantes, destacan el déficit calórico asociado a la adopción de dietas restrictivas y la baja autoestima acompañada de insatisfacción corporal. En este sentido, los pediatras desempeñan un papel clave al implementar estrategias dirigidas a fomentar una relación saludable con la alimentación y el cuerpo, contribuyendo así a la prevención primaria. Estas estrategias incluyen⁹⁻¹²:

1. *Desaconsejar dietas restrictivas, saltarse comidas o periodos prolongados de ayuno.* La restricción calórica intensa es el principal factor de riesgo para el desarrollo

de un TCA. En adolescentes, seguir una dieta muy estricta se asocia con un riesgo 18 veces mayor de desarrollar un TCA, mientras que seguir una dieta moderada incrementa el riesgo en 5 veces. Por tanto, es fundamental fomentar hábitos alimentarios sostenibles y equilibrados en lugar de centrarse en la pérdida de peso, enfocando la intervención en toda la familia.

2. *Promover las comidas familiares.* Una mayor frecuencia de comidas en familia se asocia con una mejor calidad de la dieta y un efecto protector frente al desarrollo de comportamientos alimentarios disfuncionales en adolescentes. Además, facilita la detección precoz de los cambios en el estilo alimentario.
3. *Evitar conversaciones sobre el peso y la imagen corporal en el entorno familiar.* Es esencial implementar hábitos que promuevan una nutrición equilibrada y la actividad física, sin centrar la atención en la apariencia física.
4. *Evitar burlas o comentarios negativos sobre el peso.* Las bromas o críticas relacionadas con el peso, especialmente en el ámbito familiar, están asociadas con un mayor riesgo de sobrepeso, atracones y conductas de control del peso en niñas, así como sobrepeso en niños.
5. *Promover la estima corporal.* Es importante fomentar la aceptación de la diversidad corporal y el autocuidado. Evitar reforzar la insatisfacción corporal como motivo para realizar cambios en la dieta o el peso.
6. *Indagar sobre antecedentes de maltrato o acoso escolar.* En adolescentes con sobrepeso u obesidad, es fundamental identificar posibles experiencias de acoso escolar y abordar estos problemas con el paciente y su familia.
7. *Supervisar de forma cuidadosa la pérdida de peso* en adolescentes que lo necesiten, priorizando la adopción de una alimentación variada y flexible en lugar de centrarse en los cambios de peso. Este proceso debe estar acompañado de un seguimiento médico estrecho.

En conclusión, al promover un entorno que fomente hábitos saludables, una imagen corporal positiva y el apoyo emocional en el núcleo familiar, los pediatras pueden influir de manera decisiva en la reducción del riesgo de desarrollar estos trastornos.

Detección precoz y evaluación

La mejor estrategia para la detección y diagnóstico precoz de un TCA es que el pediatra mantenga un alto índice de sospecha y preste especial atención a los signos y síntomas que pueden indicar su presencia (tablas 1 y 2)^{13,14}. Es frecuente que el motivo inicial de consulta sea un síntoma somático, como dolor abdominal (sobre el que se justifica la baja ingesta), estreñimiento, mareo, amenorrea o una «intolerancia alimentaria» que, por lo general, engloba a los alimentos más calóricos. Cualquiera de ellos, sobre todo si se acompaña de pérdida ponderal, debe alertar al pediatra para indagar sobre la posibilidad de un TCA.

Además, es fundamental considerar las presentaciones atípicas. Algunos pacientes, especialmente los más pequeños, pueden no manifestar de manera explícita el deseo de perder peso, el miedo a engordar o la distorsión de la imagen corporal. En el caso de los pacientes prepuberales, es posible que no presenten una pérdida

de peso evidente, pero sí manifestaciones como incapacidad para alcanzar el peso esperado o una desaceleración en el crecimiento lineal. En varones, los síntomas pueden presentarse de forma menos evidente, bajo la apariencia de una «búsqueda de salud» o de un «mejor rendimiento deportivo», con un enfoque predominante en el aumento de la masa muscular y la práctica excesiva de ejercicio físico.

Ante cualquier indicio se debe realizar una historia clínica dirigida (tabla 3) y una exploración física exhaustiva (tabla 4), junto con la toma de constantes vitales (tensión arterial en decúbito supino y bipedestación, frecuencia cardíaca), medición del peso, talla e índice de masa corporal (IMC)⁶. Es importante comparar los datos antropométricos con los datos previos, reflejándolos en las gráficas de crecimiento y hacer una monitorización de la velocidad de pérdida de peso.

Se debe valorar el grado de malnutrición (tabla 5)¹⁵, teniendo en cuenta que la presencia de un IMC normal no descarta un TCA ni la posibilidad de complicaciones graves. Los pacientes pueden mantener un peso normal o incluso presentar sobrepeso, pero tener comportamientos típicos de TCA, como atracones o vómitos. En particular, aquellos que parten de sobrepeso pueden experimentar una malnutrición grave a pesar de mantener un IMC normal, lo que subraya la importancia de una evaluación integral más allá del IMC.

Las pruebas de laboratorio pueden ser útiles para identificar ciertas complicaciones asociadas a los TCA (tabla 6). Sin embargo, es importante señalar que resultados dentro de los rangos normales no excluyen la presencia de un TCA.

Está indicado realizar un electrocardiograma (ECG) en los pacientes con alteraciones clínicas cardíacas (bradicardia < 50 lpm, taquicardia, hipotensión, síncope, mareos, palpitaciones o dolor torácico), alteraciones electrolíticas, desnutrición grave o/y uso de diuréticos, laxantes o medicamentos que alteren los electrolitos o prolonguen el intervalo QT¹⁶.

Es importante considerar y descartar otras causas de pérdida ponderal o vómitos, sin que ello implique demorar la intervención. Una vez confirmado el diagnóstico, los pacientes deben ser sometidos a un seguimiento periódico para detectar complicaciones médicas. Estas pueden ser graves y afectar a todos los órganos y sistemas, generalmente como resultado de la pérdida ponderal, la desnutrición y/o la recurrencia de conductas purgativas (tabla 7)¹⁶⁻¹⁸.

Tratamiento interdisciplinar

El tratamiento precoz y eficaz de los TCA es crucial para mejorar el curso clínico y el pronóstico. El enfoque interdisciplinar, liderado por los especialistas en salud mental y, respaldado por pediatras u otros profesionales sanitarios (médicos de familia, endocrinólogos, nutricionistas...) permite abordar de manera efectiva tanto los aspectos físicos como psicológicos de la enfermedad. La derivación a profesionales de la salud mental, incluyendo psiquiatría y psicología, no se debe demorar. Dentro del equipo, el pediatra desempeña un papel crucial como coordinador entre el paciente, la familia y el equipo terapéutico y puede ayudar mucho en la desestigmatización de las enfermedades mentales. Además, es responsable de supervisar de manera continua la evolución médica del paciente.

Tabla 1 Criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria, definidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría

Diagnóstico	Criterios diagnósticos
Anorexia nerviosa (AN)	<p>A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo para la edad, el sexo, el crecimiento esperado y la salud física</p> <p>B. Intenso miedo a ganar peso o a engordar, o comportamientos que interfieren consistentemente con el aumento de peso, a pesar de estar en un peso significativamente bajo</p> <p>C. Percepción alterada del peso o forma del cuerpo, influencia excesiva del peso o la forma en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal</p> <p><i>Subtipos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Tipo restrictivo:</i> Pérdida de peso lograda principalmente a través de dieta, ayuno y/o ejercicio excesivo, sin episodios recurrentes de atracones o purgas en los últimos 3 meses. - <i>Tipo atracón/purgas:</i> Episodios recurrentes de atracones o purgas (vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, diuréticos o enemas) en los últimos 3 meses
Bulimia nerviosa (BN)	<ul style="list-style-type: none"> - Episodios recurrentes de atracones caracterizados por: Comer en un período breve una cantidad de comida mayor a la que la mayoría de las personas consumirían en circunstancias similares y sensación de falta de control sobre la comida durante el episodio - Conductas compensatorias inapropiadas recurrentes para evitar el aumento de peso (vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, diuréticos, medicamentos, ayuno o ejercicio excesivo) - Los episodios de atracones y las conductas compensatorias ocurren al menos una vez por semana durante 3 meses - Autoevaluación indebidamente influenciada por la forma y el peso del cuerpo - Los atracones y las conductas compensatorias no ocurren exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa
Trastorno por atracón (TA)	<ul style="list-style-type: none"> - Episodios recurrentes de atracones caracterizados por: Comer en un período breve una cantidad de comida mayor a la que la mayoría consumiría en circunstancias similares y sensación de falta de control durante el episodio - Los episodios de atracones incluyen al menos 3 de los siguientes: Comer mucho más rápido de lo normal, comer hasta sentirse incómodamente lleno, comer grandes cantidades de comida sin hambre, comer solo por vergüenza de cuánto se está comiendo, sentirse culpable, disgustado o deprimido después de comer - Malestar intenso respecto a los atracones - Los atracones ocurren al menos una vez por semana durante 3 meses - No asociado a conductas compensatorias inapropiadas como en la bulimia nerviosa
Trastorno de evitación/restricción de la ingesta alimentaria (TERIA)	<ul style="list-style-type: none"> - Patrón de alimentación alterado caracterizado por falta de interés por comer, evitación por las características organolépticas de los alimentos o preocupación sobre las consecuencias adversas de comer, que resulta en: pérdida de peso significativa o incapacidad para alcanzar el peso esperado, deficiencia nutricional significativa, dependencia de suplementos nutricionales o alimentación enteral con una interferencia marcada en el funcionamiento psicosocial - La alteración no puede atribuirse a una condición médica o a otro trastorno mental - No puede explicarse por la falta de disponible de comida o una práctica cultural sancionada

Tabla 1 (continuación)

Diagnóstico	Criterios diagnósticos
Otros trastornos especificados de la conducta alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Anorexia nerviosa atípica (ANA)</i>: Todos los criterios de AN se cumplen, pero el peso está dentro o por encima del rango normal a pesar de la pérdida de peso significativa - <i>BN de baja frecuencia o duración limitada</i>: Todos los criterios de BN se cumplen, pero los episodios ocurren menos de una vez por semana y/o durante menos de 3 meses - <i>TA de baja frecuencia o duración limitada</i>: Todos los criterios de TA se cumplen, pero los episodios ocurren menos de una vez por semana y/o durante menos de 3 meses - <i>Trastorno de purga</i>: Conductas de purga recurrentes (vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) sin atracones asociados, con la intención de influir en el peso o la forma corporal - <i>Síndrome de ingestión nocturna de alimentos</i>: Episodios recurrentes de ingesta de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingesta de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar
Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (TCANE)	<ul style="list-style-type: none"> - Se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico
Otros	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Pica</i>: Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante más de un mes, inapropiadas al grado del desarrollo del individuo - <i>Trastorno de rumiación</i>: regurgitación repetida de alimentos durante al menos un mes, que no se pueda atribuir a una causa médica

Tabla 2 Síntomas/signos de alarma para sospechar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA)

Categoría	Signos/síntomas de alarma
Cambios en el comportamiento alimentario	<i>Restricción alimentaria:</i> Disminuir la ingesta, excusarse para no comer, saltarse comidas. Selección de alimentos menos calóricos <i>Interés excesivo en dietas:</i> Búsqueda en páginas web o redes sociales centradas en dietas <i>Comer en exceso (atracones)</i> <i>Conductas características con la comida:</i> Comer despacio, cortar la comida en trozos pequeños, acumular comida en la boca, esparcirla por el plato, dejar comida en los bordes del plato. Beber mucha agua, comer chicles...
Obsesión con el peso y la alimentación	<i>Recuento de calorías:</i> Obsesión con contar las calorías, controlar el tipo y la cantidad de alimentos ingeridos <i>Control del peso:</i> Pesarse repetidamente <i>Comentarios sobre el peso y la figura y dismorfofobia de la propia imagen</i>
Conductas compensatorias	<i>Vómitos autoprovocados:</i> Visitas repetidas al baño después de comer, olor característico después de utilizar el baño, uso de agua del grifo para ocultar el sonido del vómito, intentos de ocultar el olor del aliento <i>Uso de laxantes, diuréticos, enemas o productos adelgazantes:</i> Compra y uso de estos productos para perder peso, a menudo ocultándolo
Aumento de la actividad física	<i>Ejercicio compulsivo:</i> Incremento notable de la actividad física, especialmente después de comer o durante la noche, a escondidas
Cambios en el estado de ánimo y comportamiento social	<i>Irritabilidad y tristeza:</i> Tendencia al aislamiento, tristeza, llanto, agudización del perfeccionismo y la autoexigencia <i>Aislamiento social:</i> Ausencia en comidas familiares, evitación de situaciones sociales, en especial las que involucren comer
Síntomas somáticos	Dolor abdominal, estreñimiento, amenorrea, mareo/síncope, astenia (especialmente en presencia de pérdida ponderal)

Tabla 3 Anamnesis dirigida ante la sospecha de un trastorno de la conducta alimentaria (TCA)

<i>Anamnesis al paciente</i>	
Entrevista	Realizar con los padres y con el paciente a solas
Motivo de consulta	Descripción del problema y la duración
Historia del peso	Peso máximo y mínimo, porcentaje de pérdida de peso, métodos utilizados. Desarrollo ponderoestatural previo
Imagen corporal	Insatisfacción corporal. Tiempo diario pensando en la comida o en el peso. Autochequeo corporal (mirarse al espejo, medirse, pellizcarse, pesarse, compararse con otros)
Hábitos dietéticos	Ingesta diaria. Restricción cualitativa (tipo de alimentos evitados) y cuantitativa. Historia dietética de 24 h. Rituales alimenticios. Atracones. Recuento de kcal. Dieta familiar. Ingesta de agua
Conductas compensatorias	Vómitos autoinducidos, uso de diuréticos/laxantes, fármacos
Ejercicio	Tipo, frecuencia, intensidad. Ansiedad por no ejercitarse
Consecuencias físicas	Pérdida de peso, detención del desarrollo, amenorrea, intolerancia al frío, astenia, mareo/síncope, dolor abdominal, estreñimiento, caída de pelo, intolerancia al frío. Cambios en el sueño, otros
Consecuencias emocionales	Ansiedad relacionada con la comida, cambios de humor, irritabilidad. Aislamiento social. Autolesiones. Ideación autolítica
Historia social	Maltrato, abuso, factores estresantes recientes, uso de redes sociales, consumo de sustancias
<i>Anamnesis a los padres</i>	
Perspectiva de los padres	Percepción sobre estado físico y emocional de su hijo/a. Comentarios u opiniones de los padres sobre la imagen, figura y peso de su hijo/a. Hábitos alimentarios y de actividad física de los padres
Antecedentes	Personales y familiares de primer y segundo grado (médicos y de salud mental y, en particular, de TCA)
Tratamientos previos	Tipo, duración, efectividad
Tratamiento actual	Medicación y seguimiento

Tabla 4 Exploración física. Aspectos clave en un paciente con trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Exploración Física	Descripción
Peso y talla	Verificar pérdida de peso, estatura y comparar con crecimiento previo
IMC	Calcular. Comparar con percentil 50 para edad y sexo (IMCm)
Signos vitales	Frecuencia cardíaca, presión arterial, temperatura corporal (identificar bradicardia, hipotensión, hipotermia). Glucemia
Desnutrición general	Caquexia, pérdida de grasa corporal, pérdida de masa muscular, ojos hundidos, edemas, relieves óseos marcados
Piel y faneras	Lanugo, piel seca, caída o pérdida de brillo y grosor del cabello, uñas quebradizas, palidez, hematomas, carotenodermia. Autolesiones
Sistema cardiovascular	Bradicardia, arritmias, soplos, perfusión periférica (acrocianosis, frialdad distal)
Sistema gastrointestinal	Distensión abdominal, dolor abdominal, erosión dental
Sistema musculoesquelético	Debilidad muscular, atrofia/flacidez muscular
Genitales	Hipotrofia mamaria, estadio de Tanner
Signos de conductas compensatorias	Callosidades en la mano (signo de Russell), hipertrofia parotídea
Estado Mental	Concentración, atención, signos de ansiedad, obsesividad, estado de ánimo. Ideación autolítica

IMCm: mediana de IMC (p50) para edad y sexo.

Tabla 5 Valoración del grado de desnutrición

Indicador	Leve	Moderada	Grave
% IMCm	80-90%	70-79%	< 70%
IMC z score	-1 a -1,9	-2 a -2,9	-3 o mayor
Pérdida de peso	> 10%	> 15%	> 20% en un año > 10% en 6 meses
IMC (adultos) kg/m ²	17-18.49	16-16.99	< 16 Extrema: < 15

%IMCm: porcentaje de IMC respecto a la mediana para edad y sexo = $IMC \text{ actual} / IMC \text{ p50 edad y sexo} \times 100$.

Los pilares básicos del tratamiento son el soporte nutricional y el abordaje psicoterapéutico. En los pacientes con malnutrición, el objetivo prioritario es la recuperación del peso corporal, considerado un requisito indispensable para facilitar cambios en los pensamientos, las emociones y el comportamiento. El peso objetivo durante el proceso de renutrición debe determinarse de forma individualizada, considerando las trayectorias previas de peso, altura e IMC, así como la edad de inicio y el grado de desarrollo puberal^{19,20}. En las mujeres, la reanudación de la menstruación espontánea es un indicador clave de recuperación física y nutricional.

En los niños y adolescentes con AN y BN, las intervenciones familiares, incluyendo la terapia basada en la familia (FBT, por sus siglas en inglés) ha demostrado ser la más eficaz. Este método hace énfasis en la participación activa de los padres como un componente clave para el éxito terapéutico. La FBT se orienta a eliminar los factores que lo mantienen. Su objetivo es educar, capacitar y apoyar a los padres o cuidadores principales, considerándolos como el recurso más importante en el proceso de realimentación y recuperación^{21,22,23}. Además, aunque aún se dispone de datos limitados, la FBT ha mostrado ser adaptable para niños con TERIA y adolescentes con ANA, ampliando su utilidad en diferentes perfiles de trastornos alimentarios^{14,15,36}.

En niños y adolescentes, en general, los psicofármacos no son una terapia de primera línea, pero pueden ser útiles en los pacientes con comorbilidades psiquiátricas significativas, con depresión o ansiedad fundamentalmente, o

cuando las intervenciones nutricionales y psicológicas resultan insuficientes^{24,25}.

El pediatra puede desempeñar un papel activo, tanto en las fases iniciales, hasta el acceso a tratamiento especializado, como durante todo el proceso terapéutico. A continuación, se detallan intervenciones que el pediatra puede llevar a cabo, en coordinación con el resto del equipo^{6,12-15}:

Evaluación del riesgo: reconocimiento del riesgo inminente para la vida del paciente

La primera prioridad al evaluar a un paciente con sospecha de TCA es garantizar su seguridad médica y psiquiátrica. Este paso debe realizarse durante la primera visita médica, identificando los signos o síntomas de alto riesgo que indiquen la necesidad de una evaluación especializada urgente o ingreso hospitalario, incluyendo el riesgo suicida. Este paso busca prevenir complicaciones aún más graves y lograr la estabilización médica (tabla 8)²⁶.

Explicación del diagnóstico

El pediatra puede proporcionar al paciente y su familia una explicación clara y comprensible del diagnóstico, enfatizando la gravedad de la desnutrición u otras complicaciones y sus posibles consecuencias físicas, cognitivas y emocionales.

Tabla 6 Alteraciones en las exploraciones complementarias más frecuentes en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Exploraciones	Potenciales hallazgos anormales en TCA
<i>Analíticas</i>	
Hemograma	Anemia, leucopenia o trombocitopenia
Bioquímica	Glucosa: ↓ (pobre nutrición), ↑ (omisión insulina) Sodio: ↓ (sobrecarga agua o laxantes) Potasio: ↓ (vómitos, laxantes, diuréticos, realimentación) Cloro: ↓ (vómitos), ↑ (laxantes) Bicarbonato sanguíneo: ↑ (vómitos), ↓ (laxantes) Gasometría venosa: alcalosis metabólica, CO ₂ normal o ↑ y cloro normal o ↓ 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) Albúmina: ↓ (en malnutrición crónica) Bilirrubina total: ↑ (disfunción hepática), ↓ (disminución masa de eritrocitos) GOT, GPT: ↑ disfunción hepática Amilasa: ↑ (vómitos, pancreatitis) Lipasa: ↑ (pancreatitis)
Perfil lipídico	El colesterol puede estar elevado en la malnutrición temprana o bajo en la malnutrición avanzada
VSG	Muy baja (útil en diagnóstico diferencial)
Vitaminas, oligoelementos	↓ Vit D ₃ , ↓ Vit B ₁ , ferropenia; déficits de magnesio, cinc y otros
Pruebas función tiroidea	Tirotropina (TSH) normal, T ₃ y T ₄ bajos o en límite normal-bajo (síndrome eutiroideo enfermo)
<i>Otras</i>	
ECG	Bradicardia, intervalo QTc prolongado, aplanamiento o inversión onda T
Edad ósea (prepuberes)	Retraso edad ósea
Ecocardiograma	Atrofia miocárdica, prolapso mitral, derrame pericárdico
Densitometría ósea	Osteopenia, osteoporosis

CO₂: dióxido de carbono; ECG: electrocardiograma; GOT: aspartato aminotransferasa; GPT: alanina aminotransferasa; QTc: intervalo QT corregido; VSG: velocidad de sedimentación globular.

Al mismo tiempo, es fundamental enfatizar que la recuperación es posible con el tratamiento adecuado, aunque no siempre sigue un curso lineal y entender que, aunque el estado nutricional puede estabilizarse en una etapa temprana, los cambios en los pensamientos y las conductas suelen necesitar más tiempo.

Reducir la culpabilidad y fomentar la responsabilidad

Es importante aclarar que el trastorno alimentario no es culpa del paciente ni de su familia. Estos trastornos tienen un origen multifactorial, donde confluyen factores genéticos, biológicos, psicológicos y sociales.

«Externalizar» el trastorno

Es útil referirse al trastorno alimentario («TCA») como una entidad separada del paciente. Esto resulta especialmente valioso cuando los padres se sienten frustrados ante la resistencia a la renutrición, las promesas incumplidas, los comentarios hirientes o los comportamientos impropios de

su hijo. En estos momentos, es útil recordarles que es el «TCA» y no su hijo quien los está desafiando. Este enfoque puede ayudarles a redirigir sus esfuerzos hacia combatir el trastorno, no a su hijo, facilitando una relación más comprensiva y empática.

Tratamiento inmediato

Es fundamental que el paciente y la familia comprendan la necesidad de un tratamiento inmediato, resaltando la importancia de la atención por parte de salud mental, así como la restauración del peso y una nutrición adecuada. Siguiendo las indicaciones clínicas, los cuidadores son responsables de garantizar la alimentación del paciente y asegurar el cumplimiento de sus necesidades calóricas. Además, es necesario regular la ingesta de agua, evitando que beba menos de lo necesario (por miedo a «retener líquidos» o «ganar peso») o en exceso (para «engañar al hambre» o «limpiar» o «alterar el peso en los controles»). En general, se recomienda una ingesta de agua de 1.500-2.000 ml/día. La implementación inmediata de una nueva rutina de alimenta-

Tabla 7 Complicaciones de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Sistema	Complicaciones
Constitución	Caquexia, malnutrición, retraso crecimiento, hipotermia
Cardiovascular	Hipotensión, acrocianosis, bradicardia, arritmia, derrame pericárdico, atrofia miocárdica, prolapsos mitral
Ginecológica	Amenorrea primaria o secundaria (hipogonadismo hipogonadotropo)
Endocrina	Osteoporosis, síndrome del enfermo eutiroideo, hipercolesterolemia, hipoglucemia, detención desarrollo, mal control diabetes mellitus
Gastrointestinal	Gastroparesia (vaciamiento gástrico retardado), estreñimiento, dilatación gástrica, aumento del tiempo de tránsito colónico, hepatitis, síndrome de arteria mesentérica superior, diarrea
Renal	↓ filtrado glomerular, litiasis renal, ↓ capacidad de concentración de la orina, deshidratación, hipopotasemia, hipomagnesemia, nefropatía hipovolémica
Hematológica	Anemia, leucopenia, trombocitopenia
Dermatológica	Xerosis, lanugo, efluvio telógeno, carotenodermia, autolesiones
Muscular	Pérdida de masa muscular, debilidad muscular
Neurológica	Atrofia cerebral, aumento ventrículos, deterioro cognitivo, neuropatía periférica, convulsiones
Estado mental	<i>Cognitivas:</i> disminución de la concentración y atención, pensamiento rígido y obsesivo, disminución de la memoria, distorsión de la imagen corporal <i>Psicológicas:</i> trastornos del estado de ánimo (sobre todo depresión), ansiedad, aislamiento social, autolesiones, ideación suicida
Sociales	Aislamiento social, dificultades interpersonales, dificultades escolares, estigmatización y discriminación

Tabla 8 Criterios que justifican valoración hospitalaria urgente

Categoría	Indicadores de riesgo (banderas rojas)
Conductas alimentarias	Negativa a la ingesta o ingesta < 500 kcal/día/durante > 2 días
Adherencia al plan terapéutico	Negativa a cumplir el plan nutricional Oposición, agresividad con los cuidadores en relación con la alimentación o la limitación de la actividad física Baja motivación o imposibilidad de cuidadores para implementar el plan
Ejercicio	Ejercicio compensatorio > 2 h/día en contexto de desnutrición
Conductas purgativas	Episodios múltiples diarios de vómitos o abuso de laxantes
Comorbilidad psiquiátrica	Ideación suicida, depresión grave, otras
Peso	Pérdida de ≥ 1 kg/semana/durante 2 semanas consecutivas en un paciente desnutrido Pérdida rápida de peso (en cualquier nivel de peso) IMC < 13 (adultos) o %IMCm < 70% (< 18 años)
Cardiovascular	FC < 50 lpm TA sistólica < 90 mmHg o < p 0,4 y síncope repetidos o hipotensión ortostática (disminución > 20 mmHg o aumento de FC > 35 lpm)
Electrocardiograma	QTc prolongado (< 18 años: > 460 ms en las mujeres, > 450 ms en los varones) Cualquier anomalía significativa en el ECG
Hidratación	Deshidratación grave (10%): oliguria, boca seca, hipotensión ortostática, ojos hundidos, taquicardia... Sobrehidratación (y edemas)
Temperatura	Hipotermia: T ^{ax} axilar < 35 °C
Función muscular	Incapacidad para levantarse de posición supina o de cuclillas sin ayuda
Complicaciones médicas graves	Hematemesis, rotura gástrica, pancreatitis, confusión aguda, enlentecimiento cognitivo grave, pancreatitis, convulsiones
Alteraciones bioquímicas	Hipofosfatemia, hipopotasemia (< 2,5 mmol/l), hipoalbuminemia, hipoglucemia (< 55 mg/dl), hiponatremia, hipocalcemia. Transaminasas > 3 × el rango normal
Estado hematológico	Leucopenia o hemoglobina < 10 g/dl

ECG: electrocardiograma; FC: frecuencia cardiaca; IMC: índice de masa corporal; QTc: intervalo QT corregido; TA: tensión arterial; % IMCm: porcentaje de IMC respecto a la mediana para edad y sexo = $IMC \text{ actual} / IMC \text{ p50 edad y sexo} \times 100$.

ción es esencial para romper la escalada de la sintomatología del TCA.

Recomendaciones sobre la alimentación

Establecer un patrón estructurado de alimentación, con horario fijos que incluyan 3 comidas principales, media mañana y merienda. Cada comida debe ser equilibrada, combinando hidratos de carbono, proteínas y grasas, evitando alimentos «light» o dietas restrictivas o cualquier práctica que puede perpetuar un déficit calórico. Las porciones y la densidad calórica deben ajustarse en función de la ganancia de peso.

Es importante incluir todos los grupos de alimentos progresivamente, promoviendo una dieta completa y variada. En este proceso, no se debe ceder a las demandas impuestas por el «TCA», ya que esto puede perpetuar y reforzar los patrones alimenticios disfuncionales.

Durante las comidas, es fundamental crear un ambiente tranquilo, evitando cualquier conversación relacionada con el peso, la imagen corporal o la comida. La familia debe estar presente para supervisar las ingestas y brindar apoyo y contención emocional, asegurándose de que el paciente consume lo necesario. Es importante que escuchen los temores de su hijo con empatía, evitando entrar en razonamientos, debates o negociaciones que puedan reforzar las dinámicas del trastorno.

Para reducir la ansiedad y evitar conductas de control, se recomienda que el paciente no participe en la preparación ni en la compra de los alimentos.

Reducir la actividad física

Puede ser necesario limitar o suspender la actividad física intensa hasta que se logre la estabilización del peso corporal. Posteriormente se iniciará de forma progresiva, trabajando para que tenga un objetivo de disfrute y no centrado en los cambios de la apariencia. Además, se debe priorizar el descanso, incluyendo periodos de reposo tras las comidas principales, para optimizar la recuperación física y metabólica del paciente.

Evitar conductas purgativas

Se recomienda supervisar al paciente tras las comidas y evitar que acuda al baño, para prevenir conductas purgativas. Educar al paciente y a la familia sobre los riesgos asociados (daños al esófago, dientes, equilibrio electrolítico, corazón) e identificar los factores emocionales que desencadenan estas conductas. Ofrecer estrategias, como técnicas de distracción, relajación y apoyo emocional para afrontar los momentos de crisis.

Controles de peso

Los controles de peso deben realizarse únicamente en un entorno clínico controlado, como en la consulta médica o de enfermería. En las etapas iniciales, se recomienda que el paciente no conozca su peso y que se retire la báscula del hogar, para evitar un enfoque obsesivo en la cifra de peso.

La frecuencia de estos controles se ajustará de manera individualizada, en función de las necesidades de cada paciente y su etapa en el proceso de recuperación.

Rol activo de la familia

Es esencial instruir a los cuidadores sobre su papel central en la recuperación del paciente, especialmente en la planificación de las comidas y la supervisión de la ingesta alimentaria. Se debe proporcionar a los cuidadores herramientas prácticas para manejar situaciones de conflicto y brindar apoyo emocional, especialmente durante las comidas. Es importante que ambos padres participen activamente en el tratamiento, implicándose de manera coordinada. Asimismo, puede ser necesario involucrar a los hermanos u otros miembros de la familia en el proceso.

Abordaje del impacto psicológico en los cuidadores

Los TCA generan en las familias un impacto emocional significativo y altos niveles de estrés. Por ello, es importante que el pediatra evalúe regularmente el bienestar emocional de los cuidadores, identificando signos de sobrecarga, desgaste o necesidad de apoyo adicional.

Gestión del uso de redes sociales

Fomentar una comunicación abierta y pensamiento crítico en el uso de redes. Supervisar y guiar en la selección de fuentes que promuevan la diversidad corporal y la autoestima, evitando aquellas que refuerzan comportamientos o pensamientos perjudiciales.

Otros recursos

Cuanto más se conozca la acerca de la enfermedad, mejor se podrá ayudar a las personas que sufren TCA. El pediatra puede proporcionar información sobre recursos adicionales, como asociaciones de apoyo (Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia [FEACAB], Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia [ADANER], Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia [ACAB]) y material educativo para pacientes y familias²⁷⁻³¹.

Plan de seguimiento regular

Es necesario establecer visitas periódicas, que incluyan la monitorización de los signos vitales (frecuencia cardíaca, tensión arterial), peso, IMC, crecimiento y desarrollo puberal, identificando posibles complicaciones médicas, tanto agudas como crónicas, así como evaluar la progresión de los síntomas relacionados con el trastorno y el estado mental. El pediatra se encuentra en un lugar privilegiado para acompañar al paciente y la familia a lo largo de toda la enfermedad y para detectar síntomas de recaída o reagudización transcurrida la etapa inicial de tratamiento.

La mayoría de los niños y adolescentes con trastornos alimentarios pueden ser tratados de forma ambulatoria,

siempre que se garantice un seguimiento médico y psicológico regular. Sin embargo, en casos más graves, pueden requerirse otros recursos como el hospital de día, el ingreso hospitalario en unidades especializadas o incluso el ingreso domiciliario³². En casos más complejos, se puede recurrir al ingreso en unidades de media estancia. Es importante que el pediatra conozca los dispositivos asistenciales en su comunidad, para garantizar una derivación adecuada^{6,12,14,15}.

Pronóstico

El pronóstico a largo plazo para los adolescentes con TCA varía considerablemente en función de la metodología de los estudios, las definiciones utilizadas para la recuperación y la duración del seguimiento. En general, los adolescentes tienen mayores tasas de éxito en comparación con los adultos, con un porcentaje global de recuperación entre el 60-70%⁶.

Las personas con AN tienen un riesgo de mortalidad casi 6 veces mayor que la población general, mientras que las personas con BN y TCANE tienen un riesgo casi 2 veces superior³³. La AN presenta la tasa de mortalidad más alta entre los TCA, lo que se relaciona con complicaciones médicas graves (p. ej., desnutrición, alteraciones cardiovasculares, muerte súbita) y un alto riesgo de suicidio. Uno de cada 5 pacientes con AN que fallecen lo hacen por suicidio³³⁻³⁵.

La evidencia indica que la respuesta precoz a la terapia es un predictor fiable de la recuperación a largo plazo, lo que refuerza la necesidad de una intervención precoz y un tratamiento integral, especialmente en los pacientes con AN.

Conclusiones

El pediatra desempeña un rol fundamental en la prevención, detección y manejo integral de los TCA. Su labor abarca la promoción de una relación sana con la alimentación y el cuerpo, la identificación precoz de los signos de alerta, el diagnóstico clínico, la monitorización de las complicaciones médicas y la coordinación con el equipo interdisciplinar. Además, su función educativa es crucial para ayudar a los pacientes y sus familias a comprender la enfermedad y reajustar los patrones de alimentación a las necesidades del paciente.

Financiación

No existen fuentes de financiación que hayan apoyado la realización del estudio.

Conflicto de intereses

Los autores confirman que no existen conflictos de intereses.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Silén Y, Keski-Rahkonen A. Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Curr Opin Psychiatry*. 2022;35:362-71.
3. Pastore M, Indrio F, Bali D, Vural M, Giardino I, Pettoello-Mantovani M. Alarming Increase of Eating Disorders in Children and Adolescents. *J Pediatr*. 2023;263:113733, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2023.113733>.
4. Gilsbach S, Plana MT, Castro-Fornieles J, Gatta M, Karlsson GP, Flamarique I, et al. Increase in admission rates and symptom severity of childhood and adolescent anorexia nervosa in Europe during the COVID-19 pandemic: Data from specialized eating disorder units in different European countries. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2022;16:46, <http://dx.doi.org/10.1186/s13034-022-00482-x>.
5. Murray Hurtado M, Martín Rivada Á, Pestano García S, Ramallo Fariña Y. Influence of the COVID-19 pandemic on the incidence of eating disorders. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2024;101:21-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpede.2024.04.019>.
6. Hornberger LL, Lane MA, AAP THE COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2021;147, e2020040279.
7. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;6:714-23, <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22>.
8. McClain Z, Peebles R. Body image and eating disorders among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Pediatr Clin North Am*. 2016;63:1079-90.
9. Martínez Suárez V, Suárez González F, López Díaz-Ufano ML. Prevention of eating disorders in Primary Care [Article in Spanish]. *Nutr Hosp*. 2022;39(Spec No2):112-20, <http://dx.doi.org/10.20960/nh.04186>.
10. Golden NH, Schneider M, Wood C. AAP Committee on Nutrition Preventing obesity and eating disorders in adolescents. *Pediatrics*. 2016;138, e20161649.
11. Gaete PV, López C. Eating disorders in adolescents: role of the pediatrician Recommendations of the Adolescence Branch of the Chilean Society of Pediatrics [Article in English, Spanish]. *Rev Chil Pediatr*. 2020;91:800-8, <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1537>.
12. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: Population based cohort study over 3 years. *BMJ*. 1999;318:765.
13. National Guideline Alliance (UK). *Eating Disorders: Recognition and Treatment*. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2017.
14. Chew KK, Temples HS. Adolescent Eating Disorders: Early Identification and Management in Primary Care. *J Pediatr Health Care*. 2022;36:618-27, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2022.06.004>.
15. Golden NH, Katzman DK, Sawyer SM, Ornstein RM, Rome ES, Garber AK, et al., Society for Adolescent Health and Medicine. 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;56:121-5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.259>.
16. Crone C, Fochtmann LJ, Attia E, Boland R, Escobar J, Fornari V, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. *Am J Psychiatry*. 2023;180:167-71, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.23180001>.
17. Peebles R, Sieke EH. Medical Complications of Eating Disorders in Youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2019;28:593-615, <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.009>.
18. DerMarderosian D, Chapman HA, Tortolani C, Willis MD. Medical Considerations in Children and Adolescents with Eating

- Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2018;27:1–14, <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2017.08.002>.
19. Tanner AB. Unique considerations for the medical care of restrictive eating disorders in children and young adolescents. *J Eat Disord*. 2023;11:33, <http://dx.doi.org/10.1186/s40337-023-00759-2>.
 20. Norris ML, Hiebert JD, Katzman DK. Determining treatment goal weights for children and adolescents with anorexia nervosa. *Paediatr Child Health*. 2018;23:551–2, <http://dx.doi.org/10.1093/pch/pxy133>.
 21. Katzman DK, Peebles R, Sawyer SM, Lock J, Le Grange D. The role of the pediatrician in family-based treatment for adolescent eating disorders: Opportunities and challenges. *J Adolesc Health*. 2013;53:433–40, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.011>.
 22. Loeb KL, le Grange D. Family-Based Treatment for Adolescent Eating Disorders: Current Status New Applications and Future Directions. *Int J Child Adolesc Health*. 2009;2:243–54.
 23. Findlay S, Pinzon J, Taddeo D, Katzman D. Family-based treatment of children and adolescents with anorexia nervosa: Guidelines for the community physician. *Paediatr Child Health*. 2010;15:31–40, <http://dx.doi.org/10.1093/pch/15.1.31>.
 24. Lock J. Updates on Treatments for Adolescent Anorexia Nervosa. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2019;28:523–35, <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.001>.
 25. Gorrell S, Le Grange D. Update on Treatments for Adolescent Bulimia Nervosa. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2019;28:537–47, <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.002>.
 26. Mughal F, de Lusignan S, Schmidt U, Bhui K. Assessment and management of medical emergencies in eating disorders: Guidance for GPs. *Br J Gen Pract*. 2023;73:232–3, <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp23X732849>.
 27. Iwajomo T, Bondy SJ, de Oliveira C, Colton P, Trotter K, Kurdyak P. Excess mortality associated with eating disorders: Population-based cohort study. *Br J Psychiatry*. 2021;219:487–93, <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.2020.197>.
 28. SOM Salud Mental 360. Trastornos de la conducta alimentaria. Disponible en: <https://tca.som360.org/es/libro/trastornos-conducta-alimentaria> [consultado 9 Feb 2025].
 29. Generalitat de Catalunya. Guía para familias de personas afectadas por un TCA. Disponible en: <https://www.acab.org/wp-content/uploads/2020/11/GUIA-FAMILIES.-CAST.pdf> [consultado 9 Feb 2025].
 30. Calvo Sagardoy, Rosa, Puente, Rodrigo, Vilariño, Pilar. Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad. Comunidad de Madrid. Guía trastornos de la conducta alimentaria. Cómo actuar desde la familia. Disponible en: <https://afebac.com/guias-y-manuales/Guia-familias-TCA-CAM.pdf> [consultado 9 Feb 2025].
 31. Guía de recursos para el tratamiento de trastornos del comportamiento alimentario. Edición para madres y padres. Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Disponible en: <https://afebac.com/guias-y-manuales/Guia-familias-TCA-CAM-INTA.pdf> [consultado 9 Feb 2025].
 32. Morón-Nozaleda MG, Yáñez S, Camarneiro RA, Gutiérrez-Priego S, Muñoz-Domenjó A, García-López C, et al. Feasibility and acceptability of a hospital-at-home program for adolescents with eating disorders: Making progress in community/family-based treatments. *Int J Eat Disord*. 2023;56:790–5, <http://dx.doi.org/10.1002/eat.23907>.
 33. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:724–31, <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>.
 34. Filippini C, Visentini C, Filippini T, Cutino A, Ferri P, Rovesti S, et al. The Follow-Up of Eating Disorders from Adolescence to Early Adulthood: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19:16237, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph192316237>.
 35. Fichter MM, Naab S, Voderholzer U, Quadflieg N. Mortality in males as compared to females treated for an eating disorder: A large prospective controlled study. *Eat Weight Disord*. 2021;26:1627–37, <http://dx.doi.org/10.1007/s40519-020-00960-1>.