

# Alteraciones del comportamiento alimentario en el lactante y niño pequeño

Esperanza Castejón Ponce<sup>(1)</sup>, Agustín de la Mano Hernández<sup>(2)</sup>, Ana Belén Martínez Zazo<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital Universitario Materno-Infantil Miguel Servet. Zaragoza

<sup>(2)</sup>Hospital Universitario del Henares. Coslada, Madrid

<sup>(3)</sup>Hospital La Moraleja. Madrid

Castejón Ponce E, de la Mano Hernández A, Martínez Zazo AB.  
Alteraciones del comportamiento alimentario en el lactante y niño pequeño.  
Protoc diagn ter pediatr. 2023;1:505-518



## RESUMEN

El término trastorno de la conducta alimentaria del niño pequeño que engloba a cualquier rechazo a la alimentación lo suficientemente grave para ocasionar un problema nutricional o socioemocional tanto en el niño pequeño (0 a 6 años de edad) como en los cuidadores. Se estima que hasta un 20-30% de niños sanos y un 80% de aquellos con necesidades especiales sufren algún tipo de dificultad con la alimentación, siendo más frecuente entre los 7 y los 11 meses. Sin embargo, solo cumplirán criterios de trastorno de la alimentación en un 1-5% de pacientes (el resto serán dificultades leves o interpretaciones familiares erróneas).

En su etiología intervienen factores genéticos, ambientales, conductuales, emocionales y orgánicos. A la hora de realizar el diagnóstico, el objetivo será descartar la existencia de una enfermedad orgánica e identificar el tipo de trastorno ante el que nos encontramos para instaurar un manejo específico. Las dificultades de la conducta alimentaria se clasifican en: niños que comen poco (apetito limitado), niños con rechazo selectivo de los alimentos (por sus características organolépticas y sólidos), niños con rechazo de la alimentación (miedo a la alimentación). El manejo inicial de los trastornos de conducta leves o moderados puede ser realizado por el pediatra. En los casos más graves este manejo deber ser multidisciplinar.

## 1. INTRODUCCIÓN

La alimentación es un proceso que se inicia desde el nacimiento, interviniendo simultáneamente factores biológicos, psicológicos y sociales. Comer no es solo el cumplimiento de una necesidad básica, sino que puede llegar a ser un marcador fundamental en las relaciones entre padres e hijos. El niño desarrolla y regula de forma progresiva el hambre y la saciedad, y lo expresa de forma diferente en cada etapa. Los problemas de alimentación en la primera infancia pueden aparecer al inicio de la vida del niño y a lo largo de etapas evolutivas de la lactancia, la fase de semisólidos (7-10 meses) y/o la de sólidos (a partir de los 12 meses de forma progresiva).

Cuando hablamos de trastornos de la conducta alimentaria en el niño pequeño nos referimos a niños de 0-6 años de edad (mayor frecuencia entre 0 y 3 años) que presentan conductas inadecuadas en la alimentación, viéndose comprometidos a través de los padres y/o cuidadores. La negativa a comer corresponde a un fenómeno conductual del desarrollo de la alimentación que debemos conocer y detectar de manera precoz para evitar el desarrollo de trastornos más complejos.

La incidencia es difícil de precisar debido a que no se cuenta con una clara definición del mismo. Se estima que hasta un 20-30% de niños sanos y un 80% de niños con necesidades especiales sufren algún trastorno de la alimentación. Sin embargo, solo cumplirán criterios de trastorno de conducta alimentaria entre un 1-5% de pacientes (el resto serán dificultades leves o interpretaciones familiares erróneas).

## 2. DEFINICIONES

Los términos que se manejan con frecuencia en la literatura y que debemos conocer son:

- **Neofobia:** rechazo de alimentos nuevos o desconocidos que se resuelve con la exposición repetida al alimento.
- **Dificultad de alimentación:** un paraguas útil que sugiere que hay un problema de alimentación de algún tipo, desde la malinterpretación de los padres a verdaderos trastornos.
- **Trastorno de la conducta alimentaria del niño pequeño:** engloba a cualquier rechazo lo suficientemente grave para ocasionar un problema nutricional o socioemocional tanto en el niño como en los cuidadores, y que va a precisar de tratamiento (ARFID, acrónimo del inglés: *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*), incluido en el DSM V desde 2013.
- **Trastorno de alimentación en el niño** (PFD, acrónimo del inglés *Pediatric Feeding Disorders*): término más amplio que el anterior, se define como la incapacidad para conseguir la ingesta oral apropiada para la edad asociada a problemas médicos, nutricionales, destrezas inapropiadas en la alimentación (manejo de utensilios, texturas...) y/o problemas psicosociales.

## 3. ETIOLOGÍA

En la etiología de estos trastornos intervienen factores genéticos, ambientales, conductuales, emocionales y orgánicos. Todos ellos influyen en la regulación de la sensación de hambre y sa-

ciudad del niño, y son susceptibles de cambios a lo largo de la vida. Asimismo, ciertos estilos parentales favorecen el no autocontrol asociándose a una respuesta no adecuada ante las señales de hambre y saciedad (y por tanto a una dificultad para regular la ingesta energética).

#### 4. CLASIFICACIÓN

Las alteraciones de la alimentación en la lactancia y primera infancia no se contemplan como categoría diagnóstica en psiquiatría hasta 1994 (en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV).

Una clasificación posterior con evidencia científica es la que proporciona la psiquiatra infantil Irene Chatoor. Establece seis subtipos de trastornos en el desarrollo de la conducta alimentaria (las cuatro primeras entidades se desarrollan cronológicamente durante las fases específicas del desarrollo del niño y las dos últimas a cualquier edad): 1) Alteración de la homeostasis o disregulación de los ciclos básicos. 2) Reciprocidad inadecuada (alteración del vínculo madre-hijo). 3) Anorexia infantil. 4) Aversión alimentaria sensorial. 5) Alteraciones asociadas a enfermedad médica. 6) Alteración postraumática con rechazo de la alimentación secundario a una experiencia traumática.

Posteriormente, Bryant-Waugh y cols., así como Kreipe y Palomaki, realizan excelentes revisiones del DSM-V. La clasificación de estos desórdenes viene reflejando las disciplinas de los autores y a menudo carece de una nomenclatura previamente unificada. En 2015, Kerzner y cols. unifican todo lo anterior en una clasificación acertada y práctica, que subdivide en

tres los tipos de dificultades de la conducta alimentaria:

- Niños que comen poco (apetito limitado).
- Niños con rechazo selectivo de los alimentos (por sus características organolépticas y sólidos).
- Niños con rechazo de la alimentación (miedo a la alimentación).

Cada categoría tiene subcategorías con un espectro desde casos leves a graves. La clasificación tiene sus limitaciones porque los niños pueden tener más de una dificultad para alimentarse y más de una condición médica. La categorización nos va a dar unas directrices específicas para llevar a cabo una intervención adecuada.

##### 4.1. Niños que comen poco (apetito limitado)

Abarca desde los que comen adecuadamente, pero parece que comen poco (percepción errónea), hasta aquellos con enfermedad orgánica manifiesta.

- **Comen poco, pero adecuadamente a su perfil de crecimiento:** la percepción errónea puede ser la base de una dificultad para alimentarse si los padres ansiosos adoptan prácticas inadecuadas.
- **Niño activo con apetito limitado (anorexia infantil):** Chatoor y cols. la identifican como “anorexia infantil”. Se desarrollan entre los seis meses y tres años durante la transición a la alimentación complementaria; son niños activos, enérgicos, curiosos y mucho más interesados en jugar y hablar que en comer, negándose a permanecer sentado durante

las comidas. Una característica distintiva es el conflicto entre los padres y el niño, que puede obstaculizar un desarrollo cognitivo y nutricional óptimo.

- **Niño apático y retraído:** niños que comen poco por problemas psicológicos importantes. Son niños inactivos y desinteresados tanto en la comida como en su medio ambiente. A menudo interactúan mal con sus cuidadores.
- **Niños que comen poco por enfermedad orgánica:** enfermedades que obstaculizan la alimentación por dolor (esofagitis, gastritis, trastornos más sutiles de la motilidad...), insuficiencia cardiorrespiratoria, alteraciones estructurales...

#### 4.2. Niños con rechazo selectivo de alimentos (por sus características organolépticas y sólidos)

Grupo de niños que comen adecuadamente para su etapa de desarrollo (percepción errónea) y aquellos con aversiones sensoriales relacionados a enfermedad orgánica.

- **Neofobia:** engloba a niños en los que se da una percepción errónea por parte de los padres y a niños inapropiadamente selectivos, y que mejorarán con la exposición repetida a los mismos.
- **Selectividad leve:** grupo de niños referidos como “caprichosos”. A diferencia de la neofobia, la exposición repetida a alimentos rechazados no mejora la sintomatología, por lo que los padres siguen ofreciendo los alimentos bien aceptados, perpetuándose la situación.

- **Aversión alimentaria (selectividad mayor):** mayor rechazo que el anterior, limitan dose hasta a 10-15 alimentos. Chatoor refiere que estos niños tienen “aversiones alimentarias sensoriales” (se niegan a comer alimentos en función a su sabor, textura, olor, temperatura y/o apariencia. También toleran mal mancharse, tocar o pisar ciertas texturas). Puede interrumpir el desarrollo normal de las habilidades motoras orales. Alguno de estos niños puede tener manifestaciones sensoriales adicionales, incluyendo respuestas adversas a los ruidos fuertes, luces brillantes y texturas en la piel.
- **Niños con aversión alimentaria en el contexto de enfermedad orgánica (alteraciones motoras, neurológicas...) o trastornos generalizados del desarrollo:** hasta un 90% de los niños autistas tienen problemas de alimentación selectiva grave.

#### 4.3. Niños con rechazo de la alimentación

Cualquier alimentación relacionada con experiencia traumática puede causar temor a la alimentación.

- **Lactante irritable (percepción errónea):** el llanto excesivo es mal percibido como hambre en ocasiones y el lactante puede resistirse al biberón o al pecho.
- **Niños con experiencia negativa frente a la alimentación o miedo a la misma.** Encontramos tres patrones: a) miedo en el lactante después de una experiencia previa negativa frente a la alimentación que genera rechazo con la sola visualización de la comida, pero que va a comer contento cuando tenga sueño y esté dormido; b) miedo en el niño ma-

yor, con antecedentes de atragantamiento, vómitos, dolor o niños que han sido forzados a comer (disfagia funcional); c) miedo en niños con alimentación con sonda y/o que han perdido los hitos de alimentación, carecen de experiencia o que se sienten amenazados cuando la comida se introduce por vía oral.

- **Orgánico:** cualquier condición orgánica que produzca dolor significativo al alimentarse tiene el potencial de causar temor (niños con sonda, odinofagia por esofagitis, gastroparesia, trastornos de la motilidad del intestino delgado...).

## 5. DIAGNÓSTICO

La preocupación de los padres sobre la alimentación de su hijo es un dato suficiente para que el pediatra preste atención. El esquema de actuación se iniciaría con una historia clínica completa seguida de una exploración física detallada y, en ocasiones, de la solicitud de pruebas complementarias. El objetivo será descartar la posible existencia de una enfermedad orgánica e identificar el tipo de trastorno de alimentación ante el que nos encontramos para instaurar un manejo específico. De forma esquemática, en la **Figura 1** presentamos un algoritmo resumen.

### 5.1. Historia clínica

La historia clínica es, junto con la exploración física, la base para un correcto enfoque diagnóstico. Debe recoger los datos médicos, sociales y psicológicos que puedan estar relacionados con la patología del paciente.

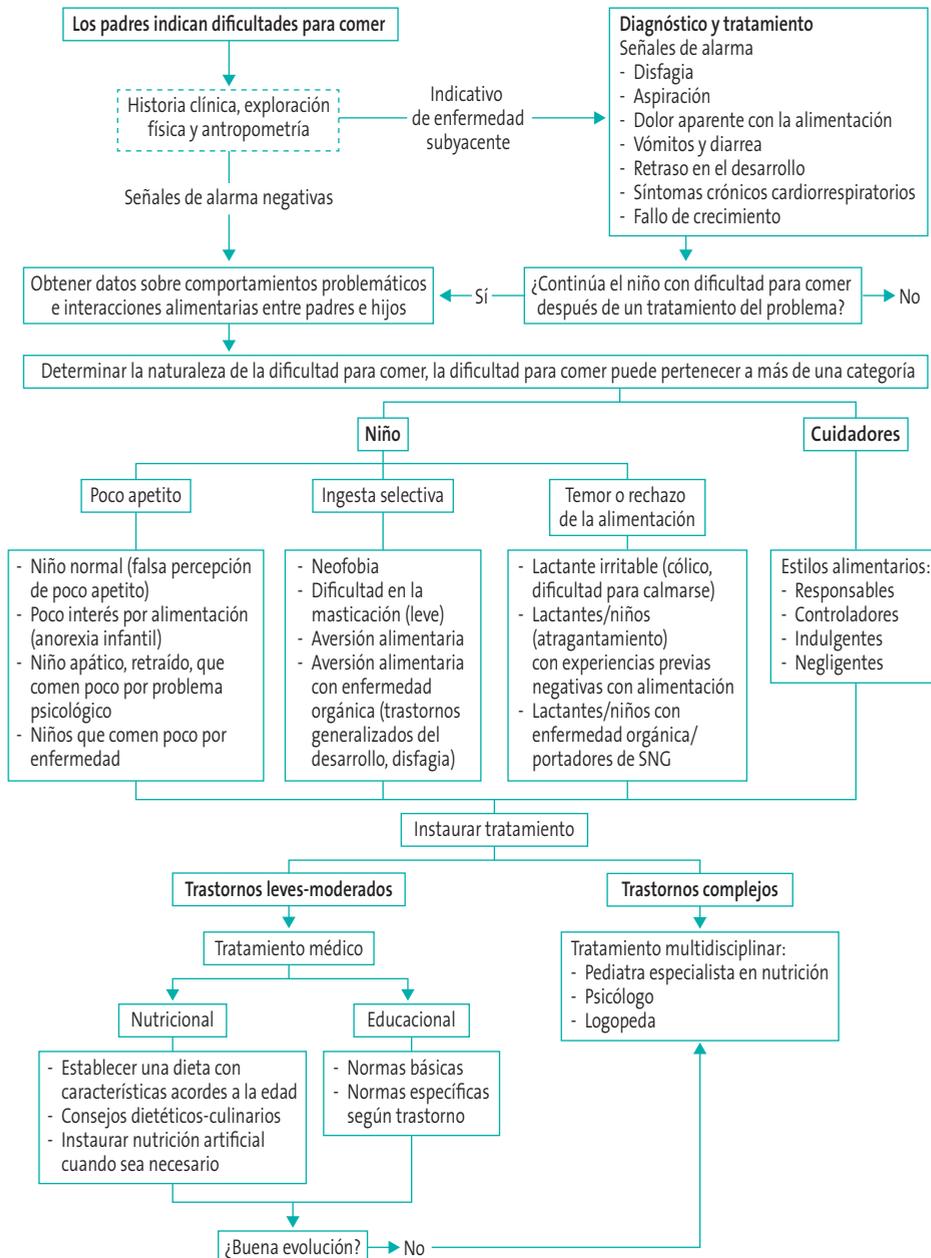
Deberemos realizar una historia general pediátrica, con especial atención a la historia nutri-

cional; el inicio del rechazo a la alimentación y los hábitos/actitud de los padres son esenciales para establecer una correcta anamnesis, acompañado de una valoración nutricional detallada que nos sitúe en el estado de desnutrición o normo-nutrición del paciente. Es necesario conocer los estilos alimentarios de los padres, saber escuchar, establecer una buena relación con ellos, comprenderlos y no generar sentimientos de culpabilidad.

La historia clínica incluirá:

- Antecedentes familiares y personales, valorando antecedentes de talla baja, retraso constitucional para el crecimiento y la progresión cronológica de la alimentación del paciente. Es esencial reflejar los aspectos psicosociales y socioeconómicos (composición de la familia, aislamiento familiar, depresión o trastornos de la personalidad).
- En la anamnesis por aparatos valoraremos la existencia o no de infecciones recurrentes, síntomas respiratorios y vómitos o diarrea con o sin alimentos desencadenantes. Estos datos nos podrán dirigir a una causa no conductual. En muchos de estos pacientes el motivo de consulta es el bajo peso, los vómitos recurrentes, la falta de apetito o las dificultades de alimentación, pudiéndose presentar como un síntoma aislado o formar parte de una enfermedad orgánica.
- Dentro de la historia nutricional encontramos la siguiente información:
  - Rechazo del alimento: momento de comienzo y tiempo de evolución, forma en que se presenta el rechazo, tratamientos previos (uso de suplementos alimenticios

Figura 1. Algoritmo para la identificación y tratamiento de las dificultades de alimentación



Modificado de: Kerzner B, et al. 2015.

y/o vitamínicos), relación de inicio con enfermedad orgánica o con experiencias traumáticas con la alimentación (orofaríngeos o gastrointestinales).

- Conducta y hábitos alimentarios del niño: autonomía en la alimentación (come solo o lo alimentan), lugar, calidad, variedad y duración de las comidas, variaciones según la persona o el lugar, actitud ante la comida (normal, irritable, retraída), alimentación en el sueño o por la noche, ansiedad anticipatoria al ver los alimentos o utensilios de comida.
- Actitud de los padres o cuidadores: preocupación y ansiedad de los padres (obligan, coaccionan, distraen, juegan con el niño durante la alimentación, ofrecen muchos tipos de alimentos, expresan miedo y/o frustración, gratifican o castigan con la comida).
- Historia dietética: como parte de la valoración nutricional, pondremos atención en si presenta una ingesta calórica y de nutrientes adecuada a su edad y situación. Preguntaremos por el número de comidas, tomas entre horas, recordatorio de cantidad aproximada, textura y tipo de alimento en las principales comidas, frecuencia de ingestión diaria/semanal de los principales grupos de alimentos, cantidad de líquido que ingiere durante y entre las comidas. Hay que investigar también si el paciente realiza alguna comida fuera de casa (guardería, colegio) y cuáles son los hábitos alimentarios de las personas que comen con el paciente.
- Observación a la hora de la comida, directa o indirectamente (vídeos), centrándose en las interacciones de la alimentación infantil, las habilidades oromotoras del niño, las respuestas del cuidador a las conductas adaptativas/desadaptativas y el ambiente.

**Tabla 1.** Características de presentación de las dificultades de alimentación

Signos/síntomas sugestivos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempos de comida prolongados</li> <li>• Rechazo a la ingesta por más de un mes</li> <li>• Tiempo de comida estresante</li> <li>• Carencia de alimentación independiente</li> <li>• Alimentación nocturna</li> <li>• Distracciones durante la ingesta</li> <li>• Alimentación de biberón o lactancia materna prolongada</li> <li>• Fallo en el avance de texturas de alimentos</li> <li>• Preferencia de tomar líquidos en lugar de comer</li> <li>• Déficit en las habilidades oromotoras</li> <li>• Hipersensibilidad oral</li> <li>• Masticación excesiva</li> <li>• Ingesta poco variada</li> <li>• Almacena comida o líquidos en la boca</li> <li>• Comidas desestructuradas</li> </ul>
Signos conductuales de alarma
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fijación por los alimentos (selectivo, limitaciones dietéticas extremas)</li> <li>• Alimentación nociva (persecución, forzar)</li> <li>• Cese brusco de alimentación después de evento desencadenante</li> <li>• Náuseas anticipatorias</li> </ul>

Modificada de: Kerzner B, et al. 2015, Levine A, et al. 2011.

Existen una serie de características que pueden indicar una alimentación disfuncional en los datos recogidos en la anamnesis (Tabla 1). Por otro lado, los siguientes síntomas nos harán sospechar la presencia de enfermedad orgánica de base, y a su vez pueden coexistir con un trastorno de la conducta alimentaria:

- Disfagia.
- Incoordinación para la deglución sugerida por tos, atragantamientos o neumonía recurrentes.

- Retraso en el desarrollo y crecimiento.
- Alimentación interrumpida por dolor.
- Regurgitación y/o vómitos crónicos.
- Diarrea o sangre en las heces.
- Anomalías del desarrollo neurológico.
- Dermatitis atópica y eczema.
- Relación del cuadro con el inicio de un determinado alimento.
- Cambio de carácter.

## 5.2. Exploración física y antropométrica

Es imprescindible realizarla con el niño desnudo para valorar adecuadamente el hábito constitucional, el turgor de la piel, el tono muscular, el pániculo adiposo (escaso, normal o aumentado), la existencia de pliegues de adelgazamiento de extremidades, los signos clínicos sugestivos de déficits específicos y los signos de mal cuidado. Es necesario además un examen completo por aparatos con el fin de detectar signos que nos hagan sospechar patología orgánica de base.

La valoración antropométrica nos permite valorar el tamaño y la composición corporal del niño. Los parámetros que han demostrado mayor utilidad son peso, talla, perímetro craneal (menores de dos años) y circunferencia braquial. Si tenemos posibilidad, se deberían, además, realizar los pliegues cutáneos (tricipital, bicipital, subescapular y suprailíaco).

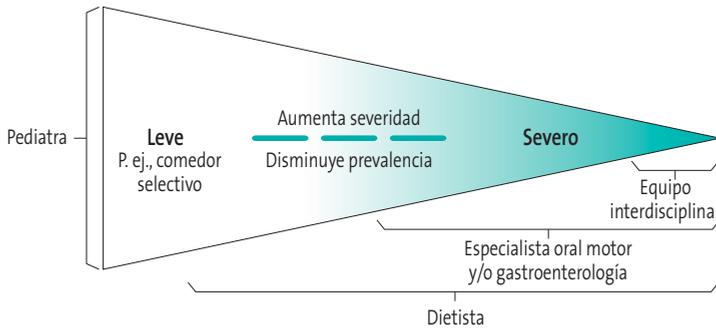
Existen múltiples índices para clasificar el estado de nutrición. Los más fáciles de aplicar e

interpretar son: la relación peso/talla (se valora mediante percentiles o calculando las puntuaciones Z, es independiente de la edad y útil para detectar precozmente la desnutrición aguda) y el índice de masa corporal (también valorado por percentiles o puntuación Z). Podemos calcular otros índices más complejos, como el porcentaje de peso estándar o índice de Waterlow (Peso real/Peso para la talla en  $P_{50} \times 100$ ), y el porcentaje de talla para la edad (Talla real/Talla para la edad en  $P_{50} \times 100$ ). De este modo se diagnosticará la existencia de desnutrición aguda y/o crónica. Estas medidas deben valorarse siguiendo las normas aceptadas internacionalmente para que la uniformidad de las mismas permita su reproducción y comparación con otros estudios realizados en distintas poblaciones. Valoraremos tanto las medidas recogidas en un momento puntual como los cambios de esas medidas a lo largo del tiempo.

La mayoría de estos pacientes van a tener un examen físico normal, aunque en todas las revisiones hay que estar alerta por si aparecieran signos de alarma de otras patologías que pudieran ser la causa del rechazo de la ingesta:

- Coloración anormal de piel y/o mucosas.
- Datos que sugieren insuficiencia cardiaca o alteración de la auscultación pulmonar.
- Rasgos dismórficos.
- Exploración neurológica alterada.
- Organomegalias o linfadenopatías.
- Distensión abdominal.
- Signos de desnutrición aguda o crónica.

Figura 2. Niveles de actuación



### 5.3. Pruebas complementarias

Las pruebas de laboratorio de rutina identifican las causas de la alteración en la conducta alimentaria en menos del 1% de los niños y no están generalmente recomendadas. En algunas ocasiones, la propia historia clínica o la exploración física sugieren la necesidad de realizar pruebas ante la existencia de signos o síntomas de alarma. En un primer escalón incluiríamos hemograma con bioquímica completa, metabolismo del hierro, función hepática y renal, electrolitos, niveles de proteínas, niveles de vitaminas liposolubles, vitamina B12 y ácido fólico, anticuerpos de enfermedad celíaca, hormonas tiroideas y parásitos en heces. En ocasiones serán precisas otras exploraciones más específicas como ionotest, pHmetría, endoscopia digestiva o pruebas de imagen seleccionadas. Cuando existe fallo de crecimiento, puede ser útil la realización de una radiografía de muñeca para valorar la edad ósea.

Es evidente la falta de tiempo con la que contamos, por esta razón es importante utilizar material complementario, como artículos o páginas web con las directrices de orientación necesaria.

### 6. TRATAMIENTO

El manejo inicial de los trastornos de conducta alimentaria del niño pequeño leves o moderados puede ser realizado por el pediatra. En los casos más graves, este manejo debe ser multidisciplinar, de forma que intervengan de forma coordinada un pediatra especialista en gastroenterología y nutrición, un psicólogo clínico y un logopeda (Fig. 2).

En este capítulo nos centraremos en el tratamiento médico, entendiendo que la intervención psicológica y la rehabilitación logopédica que se deben llevar a cabo exceden el objeto de este manual.

Desde el punto de vista médico, el tratamiento se basa en realizar un abordaje nutricional del paciente y en establecer una serie de pautas de actuación para los padres. En el caso de existir una enfermedad orgánica de base, deberemos instaurar además un tratamiento específico de la misma.

Inicialmente este tratamiento se llevará a cabo de forma ambulatoria. Entre las indicaciones de ingreso estarían: aquel paciente que no me-

jora con tratamiento ambulatorio, cuando se sospecha abuso o negligencia, la presencia de lesiones traumáticas, el deterioro psicosocial severo y evidente del cuidador, o la existencia de signos de desnutrición grave.

## 6.1. Tratamiento nutricional

El objetivo será conseguir que el paciente realice una dieta adecuada a su edad y a su situación nutricional.

### 6.1.1. Estado nutricional poco afectado

En muchos de los casos el estado nutricional será adecuado o existirá una desnutrición muy leve. En estos pacientes deberemos priorizar el conseguir una dieta acorde con su edad (tanto en número de tomas a lo largo del día como en textura y tipo de alimentos ingeridos) frente a la ganancia ponderal (que, por otra parte, suele ser la gran preocupación de los padres).

Así, en lactantes de menos de seis meses se aconsejará inicialmente una alimentación “a demanda”, a ser posible de lactancia materna, hasta conseguir a los seis meses de forma paulatina una media de seis tomas al día con un horario más regular. En los lactantes de 6-12 meses el fin será establecer una dieta con unas 4-5 tomas diurnas con la eliminación progresiva de la alimentación nocturna, así como conseguir introducir nuevos alimentos, nuevas texturas (inicialmente purés, y a partir de los 7-10 meses alimentos en trocitos en pequeñas cantidades) y nuevos elementos (la cuchara, el vaso de aprendizaje). A partir del año de edad el objetivo será conseguir una dieta similar a la del adulto y una incorporación del niño a la mesa familiar, aconsejando 4-5 tomas diurnas en las que predomine la alimentación sólida frente

a la triturada, que sea variada y que contenga todos los grupos de alimentos. Para llegar a estas dietas objetivo tendremos que ir haciendo cambios muy paulatinos desde la dieta que hace el paciente, adaptándonos al ritmo de aceptación y consecución de cada cambio por parte del niño y su familia.

Por otra parte, especialmente en el caso de los niños con poco apetito y que comen pocas cantidades de comida, realizaremos cambios en la dieta destinados a aumentar el valor calórico de la misma sin aumentar el volumen. Con esta medida conseguiremos aumentar la ingesta calórica para mejorar el estado nutricional en los casos en los que este esté afectado, y/o poder reducir el volumen de alimentos sin disminuir el aporte calórico final para facilitar la ingestión de una cantidad determinada de comida. Existen varias opciones para conseguirlo, dependiendo de la situación y la edad del paciente.

En los lactantes pequeños podemos usar fórmulas para prematuros con una mayor densidad calórica o dietas poliméricas para lactantes en lugar de fórmulas normales para lactantes sanos. En los niños más mayores aconsejaremos el empleo de salsas; adición de aceite, nata, quesitos o bechamel en los purés; empanados o rebozados; alimentos con alto valor calórico (frutos secos, aguacate, cacao...); guarniciones con alimentos hidrocarbonados de absorción lenta (patata, arroz, pasta); y/o la administración de batidos caseros hipercalóricos. Otras opciones con las que contamos son la utilización de módulos nutricionales añadidos a la alimentación normal del niño o bien el uso de dietas poliméricas como suplementos de la dieta habitual. Estas últimas las reservaremos para casos determinados.

**Tabla 2.** Normas básicas de alimentación

• El ambiente durante las comidas debe ser relajado
• Mantener una actitud neutral: evitar forzar a comer, mostrar enfado, o usar la comida como premio o castigo. Es fundamental que todos los cuidadores del niño mantengan la misma actitud
• Evitar elementos de distracción durante la comida
• Establecer dietas que ayuden a un adecuado reconocimiento de las sensaciones de hambre y saciedad: limitar el tiempo de las comidas a 20-30 minutos, hacer un número de tomas adecuado a la edad, evitar “picoteos” e ingesta excesiva de líquidos entre tomas, servir cantidades de alimento apropiadas a la edad y al “tamaño” del paciente
• Los padres elegirán el tipo de alimentación y los horarios a seguir, y se permitirá a los niños que elijan la cantidad
• La dieta de las personas que cuidan al niño debe ser un referente para él, por lo que debe ser un modelo a seguir
• Los nuevos alimentos se introducirán poco a poco. En ocasiones se requieren exposiciones repetidas (hasta 8-15 veces) para lograr la aceptación de los mismos
• Se favorecerá el contacto de los niños con la comida a través de las manos, de forma que exploren las nuevas texturas y alimentos. Se tolerará, por tanto, que se manchen con la comida
• Se favorecerá la autonomía del niño a través de la comida para que logre comer sin ayuda de forma progresiva

En algunos casos seleccionados de niños con poco apetito podemos además utilizar estimulantes del apetito como coadyuvante.

### 6.1.2. Estado nutricional afectado de forma moderada-grave

En los pacientes que presentan desnutrición moderada-grave deberemos priorizar conseguir un estado nutricional adecuado. Será necesaria la instauración de un soporte nutricional artificial siguiendo las mismas indicaciones que en otros pacientes. Siempre que sea posible y la situación del paciente lo permita, este soporte se realizará vía oral o, como segunda opción, vía enteral (sonda nasogástrica principalmente). En el caso del soporte enteral, seremos cuidadosos en la técnica y pauta de infusión utilizados (por ejemplo, elegir pautas cíclicas nocturnas prolongadas), para que en la medida de lo posible podamos además preservar la vía oral. El cálculo del aporte calórico a administrar deberá ser ajustado. El objetivo es conseguir un sopor-

te nutricional que permita una rehabilitación nutricional correcta logrando además que el paciente pueda reconocer las sensaciones de hambre y saciedad.

A medida que mejore el estado nutricional nos centraremos en ir consiguiendo una alimentación vía oral de forma progresiva, adecuando poco a poco la dieta a las características que le corresponden según la edad del paciente. Para ello, y de forma paralela, deberemos realizar cambios paulatinos en el tipo y cantidad de soporte administrado, disminuyéndolo en ocasiones de forma muy importante para permitir que el paciente tenga sensación de hambre que le facilite la ingestión por vía oral.

### 6.2. Pautas de actuación iniciales

Existen unas normas básicas de alimentación (Tabla 2) que se deben aplicar en todos los niños, y con más razón en aquellos que muestran dificultades para la alimentación.

Además de estas pautas generales, según el tipo de trastorno al que nos enfrentemos daremos otras pautas adicionales.

Así, en el caso de los niños con poco apetito y muy activos, más interesados por cualquier otra cosa que la comida, será imprescindible enseñarles a reconocer y responder apropiadamente a las sensaciones de hambre y saciedad, limitando el número de comidas, evitando las comidas entre horas y la ingestión excesiva de líquidos, así como estableciendo un horario regular de comidas. Los padres deberán ser estrictos, estableciendo límites y una disciplina adecuadas, puesto que suelen ser niños con comportamientos “difíciles”. Se hará asimismo refuerzo positivo cuando existan conductas adecuadas en las comidas y no se pondrá atención en el caso de conductas negativas.

En el caso de niños que rechazan selectivamente algunos alimentos, se deben ofrecer alimentos nuevos poco a poco, de uno en uno, a la vez que otros alimentos que el niño ya conoce y le gustan. Se favorecerá que el niño se interese por alimentos nuevos a través de la comida de los padres, de tal forma que sean ellos los que piden probarlos. En algunas ocasiones es efectivo el ir cambiando poco a poco la textura y el color de alimentos que al niño le gustan, “escondiendo” o “disfrazando” los alimentos que le gustan menos. Se deben evitar inicialmente los alimentos que el niño haya rechazado de forma muy repetida. En muchos de estos niños también es muy importante dejar que manipulen los alimentos, para que se acostumbren a su textura, su olor y su color, mejorando así los rasgos de “aversión sensorial” que estos pacientes muestran. En los pacientes con trastornos “postraumáticos” o “miedo a comer” el primer asunto a tratar es recuperar su confianza, reduciendo la ansie-

dad que supone el momento de la comida. En los lactantes con rechazo del biberón a veces es útil el empleo de otras técnicas de alimentación, como la cuchara, o en el caso de un rechazo importante a los purés, la alimentación con troceado. En el caso de niños mayores a veces hay que retirar un tipo de comida (por ejemplo, el sólido) durante un tiempo hasta que se reduzca la ansiedad, para después poco a poco ir probando nuevas texturas, o bien usar técnicas como la distracción (hasta “desbloquear” la situación, tendiendo poco a poco a ir suprimiéndola). A veces se requieren técnicas más especializadas, como la desensibilización oral o técnicas comportamentales específicas, que serán llevadas a cabo por especialistas en la materia. Las técnicas de refuerzo positivo con recompensa también pueden ser útiles en estos casos.

### 6.3. Tratamiento multidisciplinar

En los casos más complejos o en aquellos que no existe una buena evolución con el tratamiento inicial, es necesaria la actuación de un equipo que actúe de forma coordinada para el tratamiento de cada paciente. Este equipo estaría integrado por pediatras especialistas en gastroenterología y nutrición, psicólogos clínicos y logopedas.

Cada componente del equipo realizará un diagnóstico, tratamiento y seguimiento desde su materia, y entre todos se elegirán los objetivos principales para cada paciente y las pautas de actuación específicas para que el tratamiento resulte conjunto. Se establece un programa terapéutico de intervención individualizada con respecto al niño y la familia, que se llevará a cabo de manera secuencial, tanto en sesiones hospitalarias como de aplicación en el hogar, para lograr un tratamiento exitoso.

El papel del logopeda en este equipo es el de valorar las funciones oromotoras y de deglución, y aplicar técnicas específicas que posibiliten la rehabilitación de las mismas, así como el aprendizaje del proceso de masticación en el paso a la alimentación sólida. Su trabajo será esencial, por ejemplo, en el caso de los niños que han sido alimentados con sonda desde su nacimiento o poco después, o en algunos niños que han sido grandes prematuros, pues en ellos es fundamental la normalización de las funciones oromotoras como paso previo a la alimentación oral. En estos niños, realizar una adecuada estimulación de la zona intraoral y de la succión no nutritiva desde las primeras etapas serán el primer paso para favorecer esta normalización cuando sea posible el abandono de la sonda enteral, para que el bebé no pierda o recupere las funciones o habilidades necesarias y se pueda conseguir la alimentación oral.

El psicólogo se encargará de realizar una historia psicológica y valorar la dinámica familiar, facilitando la integración familiar y el establecimiento de rutinas adecuadas en cada caso. Su papel es fundamental en niños con trastorno generalizado del desarrollo o en aquellos con una enfermedad crónica que conlleva hospitalizaciones largas o repetidas.

El pediatra realiza una valoración clínica y nutricional del niño y establece el tratamiento nutricional que permita mantener un estado nutricional adecuado, e integrar las pautas de actuación aconsejadas por el resto de componentes del equipo.

El seguimiento de los pacientes se hará de forma estrecha, con visitas más frecuentes inicialmente (en casos graves incluso una vez a

la semana; dependiendo del tipo de trastorno y el estado nutricional del paciente), que después se irán espaciando cuando la evolución sea correcta. En todo momento los padres deben sentirse acompañados en el proceso terapéutico para que ganen confianza y sean capaces de llevar a cabo las pautas establecidas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Chatoor I. *Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers and young children*. Washington, DC: Zero to Three; 2009.
- Cole SZ, Lanham JS. Failure to thrive: An update. *Am Fam Physician*. 2011; 83(7): 829-34.
- Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, Dordrill P, Cohen SS, et al. Pediatric feeding disorder – Consensus definition and conceptual framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2019; 68(1): 124-9.
- Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Surtart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015; 135(2): 344-53.
- Kreipe RE, Palomaki A. Beyond picky eating: avoidant/restrictive food intake disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2012; 14(4): 421-31.
- Krom H, De Meij T, Benninga MA, van Dijk-Lokkart EM, Engels M, Knepkens CMF, et al. Long-term efficacy of clinical hunger provocation to wean feeding tube dependent children. *Clin Nutr*. 2020; 39(9): 2863-71.
- Levine A, Bachar L, Tsangen Z, Mizrahi A, Levy A, Dalal I, et al. Screening criteria for diagnosis of infantile feeding disorders as a cause of poor feeding or food refusal. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2011; 52(5): 563-8.

- Milano K, Chatoor I, Kerzner B. A functional approach to feeding difficulties in children. *Curr Gastroenterol Rep.* 2019; 21(10): 51.
- Pedrón Giner C, Martínez Zazo A. Diagnóstico y seguimiento nutricional en los trastornos de la alimentación de inicio en la infancia. En: Morandé Lavin G, Graell Berna M, Blanco Hernández A, eds. *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral.* Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 156-9.
- Pedrón Giner C, González González F, Sanz Herroero B. Tratamiento interdisciplinario de los trastornos de la alimentación de inicio en la infancia. En: Morandé Lavin G, Graell Berna M, Blanco Hernández A, eds. *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral.* Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 171-4.