

DIFICULTADES EN LA ALIMENTACIÓN EN NIÑOS: APROXIMACIÓN Y MANEJO

Autor: Dra. Florencia Farren W.. Residente Medicina Familiar PUC

Editora: Dra. Pamela Rojas G. Docente Departamento Medicina Familiar PUC

Fecha: 30 de abril de 2019

Resumen de portada: El reconocimiento de conductas alimentarias “normales”, o sea, aquellas explicadas sólo por la etapa de desarrollo por la que transita un niño, y de los signos de alarma en relación con este proceso, es fundamental para que el médico pueda pesquisar áreas de intervención. En este artículo revisaremos en detalle algunos de estos aspectos.

Palabras clave: dificultades en la alimentación, trastornos alimentarios, niños, ARFID, rechazo alimentario, selectividad,

INTRODUCCIÓN:

Las dificultades en la alimentación son frecuentes en la infancia. Se estima que entre un 25 y un 35% de lactantes y preescolares sanos, y entre un 40 y un 90% de niños presentan dificultades a la hora de alimentarse. La gran mayoría corresponden a dificultades leves, mientras que sólo el 1-5% cumple con criterios de trastornos alimentarios clínicos.⁽¹⁾

Los motivos de consulta más frecuentes en torno a las dificultades en la alimentación incluyen:⁽³⁾

- Tiempo prolongado de alimentación
- Rechazo de ciertos alimentos
- Necesidad de introducir distracciones para conseguir que el niño coma
- Falta de independencia a la hora de alimentarse
- Dificultad para introducir nuevos sabores y texturas
- Horas de comidas estresantes o disruptivas para la familia

CON RELACIÓN A LA ALIMENTACIÓN INFANTIL, ¿QUÉ CONDUCTAS PUEDEN SER NORMALES?

El proceso de alimentación corresponde a una interacción entre un niño y su cuidador, habitualmente su figura de apego. Muchas de las dificultades en la alimentación ocurren por alteraciones en esta interacción. Existen, por otro lado, fenómenos normales y transitorios en el desarrollo infantil que también pueden generar dificultades para los padres o cuidadores; entre ellos destaca:⁽¹⁾

1. **Neofobia:** corresponde al rechazo a alimentos nuevos.

Es un comportamiento que típicamente aparece a los 12 meses, con un peak a los 18-24 meses, y que puede mantenerse hasta la preadolescencia.

Con frecuencia es percibido como selectividad “inapropiada” por parte de los padres; de modo que es importante anticiparlo y explicar que la mayor parte de los niños aceptará alimentos nuevos (en especial verduras) sólo luego de exposiciones repetidas.

2. **Selectividad:** es un comportamiento infantil muy frecuente, que típicamente ocurre en los períodos de transición, tales como: destete, inicio de la alimentación complementaria, el paso de la mamadera a la taza, y el período en el cual el niño comienza a alimentarse sólo.

Es una manifestación esperable en el contexto de un proceso de adaptación, que sólo requiere seguimiento.

3. **Disminución fisiológica del apetito:** corresponde a un proceso normal que acompaña la disminución en la velocidad de crecimiento del niño, habitualmente después del año de vida. Resulta especialmente notorio para los padres de niños constitucionalmente más pequeños.

Un estudio prospectivo finlandés, con 494 pacientes, mostró que el 30% de los niños era percibido por sus padres como con “*poco apetito*”. Al ajustar la ingesta calórica por el peso, sin embargo, no existían diferencias significativas entre la ingesta calórica relativa de esos niños ni en su crecimiento, evaluado a los 5 años de vida. ⁽³⁾

¿CUÁNDO SOSPECHAR QUE UNA CONDUCTA ALIMENTARIA PUEDE SER PATOLÓGICA?

Las dificultades clínicas en la alimentación pueden significar un problema a intervenir, ya sea porque ponen en riesgo la salud del niño, o porque le generan mucha ansiedad a los padres.

El término “*trastorno alimentario*” se define como una dificultad para consumir una cantidad o variedad suficiente de alimentos para crecer y mantener un estado nutricionalmente adecuado. Actualmente, el término en uso para estos pacientes se ha modificado por DSM V, y se ha acuñado el diagnóstico de “**trastorno de evitación y restricción de la ingesta de alimentos (ARFID)**”, cuyos criterios diagnósticos incluyen:

1. *Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (por falta de interés aparente por comer, evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos o preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se manifiesta por el fracaso para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas, asociado a uno o más de los hechos siguientes:*
 - a. *Pérdida de peso significativa o fracaso para aumentar de peso o crecer de manera esperada.*
 - b. *Deficiencia nutritiva significativa*
 - c. *Dependencia de la alimentación enteral o suplementos nutritivos por vía oral.*
2. *El trastorno no se explica mejor por falta de disponibilidad de alimentos o una práctica culturalmente aceptada.*
3. *El trastorno no se produce exclusivamente en el curso de una anorexia o bulimia, y no hay evidencia de una alteración en la percepción de la imagen corporal.*
4. *El trastorno no se puede atribuir a una afección médica intercurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental.*

¿CÓMO ENFRENTAR UN ARFID?

Estudios estiman que el 16,9% de los ARFID se explican por una causa orgánica, y las etiologías pueden ser muy diversas, entre ellas:

- Fibrosis quística
- Enfermedad celiaca
- Enfermedad de Hirschprung
- Esofagitis
- Alergias alimentarias
- Daño neurológico
- Cardiopatías.

Estas etiologías deben ser sospechadas de manera precoz, y buscadas dirigidamente a través de una anamnesis que incluya el tiempo de evolución y posibles factores gatillantes; historia perinatal; desarrollo pondoestatural; desarrollo psicomotor; una encuesta alimentaria; comorbilidades que afecten la ingesta; y aspectos vinculares entre el niño y su cuidador.

Se debe realizar además un examen físico completo, que incluya antropometría y búsqueda dirigida de signos que orienten a patología orgánica ^(1, 5)

La tabla 1 resume las banderas rojas que deben buscarse durante la evaluación clínica de niños con diagnóstico de ARFID, considerando que estas pueden ser de carácter orgánico o del comportamiento.

Tabla 1. Banderas rojas en un niño con ARFID ^(1,4):

Banderas Rojas para patología orgánica	Banderas rojas del comportamiento
Disfagia	Selectividad excesiva
Aspiración	Persecución o alimentación a la fuerza
Dolor al alimentarse	Historia de un evento traumático como gatillante
Retraso del desarrollo	Arcadas anticipatorias
Síntomas cardiorrespiratorios crónicos	Rechazo alimentario agudo.
Falla de medro	

Fuente: Elaboración propia a partir de referencias citadas.

Es importante recordar ⁽¹⁾:

- en los niños más pequeños (pre-verbales), el rechazo alimentario puede ser la única manifestación de una patología orgánica.
- niños con peso y estado nutricional normal, o incluso con sobrepeso, también pueden presentar dificultades relevantes en la alimentación, e incluso trastornos alimentarios.

¿Cómo abordar a un niño con sospecha de ARFID?

Las consecuencias físicas de los trastornos alimentarios en niños pequeños son variadas: malnutrición, falla de medro, y posiblemente disfunción neuro-cognitiva. Esto se explica por su aparición en ventanas de tiempo que son claves para su desarrollo físico y cognitivo. Sumado a esto, ocurren consecuencias vinculares y emocionales, secundarias al desarrollo de interacciones conflictivas entre el niño y su cuidador en torno a la comida, las que pueden predisponer a otros problemas de la esfera del comportamiento. ^(1,4)

Dado lo descrito, la recomendación actual sugiere que los niños con banderas rojas orgánicas sean rápidamente derivados al nivel secundario (gastroenterología, neurología, etc.), o incluso al servicio de urgencia, según la sospecha diagnóstica y severidad clínica de cada caso. Los que presentan banderas rojas de la esfera del comportamiento deberán ser derivados a un equipo multidisciplinario, especialista en trastornos alimentario.

RESUMEN

Las dificultades en la alimentación son frecuentes en la infancia, y por lo general corresponden a dificultades leves o a una percepción alterada de los padres o cuidadores.

En ausencia de signos de alarma, es importante tranquilizar a los padres, entregar medidas generales y educar respecto a comportamientos alimentarios normales durante la edad infantil.

Los trastornos alimentarios pueden ser de causa orgánica o secundarios a patología de salud mental. Ambos deben ser sospechados y derivados de manera oportuna según sospecha.

REFERENCIAS:

1. Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chattoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics* 2015;135:344-53.
2. McCormick V, Markowitz G. Picky eater or feeding disorder? Strategies for determining the difference. *Adv NPs PAs* 2013;4:18-22
3. Saarilehto, S., Lapinleimu, H., Keskinen, S., Helenius, H., Talvia, S., & Simell, O. (2004). *Growth, energy intake, and meal pattern in five-year-old children considered as poor eaters*. *The Journal of Pediatrics*, 144(3), 363–367.doi:10.1016/j.jpeds.2003.12.028
4. Levy Y, Levy A, Zangen T, Kornfeld L, Dalal I, Samuel E, et al. Diagnostic clues for identification of nonorganic vs organic causes of food refusal and poor feeding. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;48:355- 62.
5. Yang, H. R. (2017). *How to approach feeding difficulties in young children*. *Korean Journal of Pediatrics*, 60(12), 379. doi:10.3345/kjp.2017.60.12.379
6. Chattoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002;11:163-83.
7. Vázquez Arévalo, R., Aguilar, X. L., Ocampo Tellez-Girón, M. T., & Mancilla-Díaz, J. M. (2015). *Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5*. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 108–120. doi:10.1016/j.rmta.2015.10.003
8. 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;52:563-8.
9. Romano C, Hartman C, Privitera C, Cardile S, Shamir R. Current topics in the diagnosis and management of the pediatric non organic feeding disorders (NOFEDs). *Clin Nutr* 2015;34:195-200.