

Charla con el experto

Trastornos alimentarios en la primera infancia. Una mirada para pediatras

C. PEDRÓN GINER¹, B. SANZ HERRERO², F. GONZÁLEZ GONZÁLEZ³

¹Médica adjunta jubilada. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ²Psicóloga Clínica. Centro CREA Primera Infancia y Centro Adi Psicoterapia. Madrid. ³Logopeda de Atención Temprana. Unidad Multidisciplinar de Trastornos de Conducta Alimentaria del Niño Pequeño. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Las dificultades en la alimentación en la primera infancia son muy frecuentes tanto en niños sanos como en aquellos con distintos tipos de enfermedades. Vienen acompañadas, en general, de una gran preocupación por parte de las familias⁽¹⁾. Estas dificultades son frecuentemente ignoradas o minusvaloradas por el personal sanitario cerrando el círculo vicioso que condiciona la cronificación de los trastornos y la multiplicación de las consultas a distintos niveles del sistema sanitario.

La alimentación es un proceso complejo en que las habilidades motrices, sensoriales, neurocognitivas y de interacción psicológica maduran coordinadamente influyéndose unas a otras. Las alteraciones en este proceso muestran un amplio espectro de gravedad, recibiendo las más importantes el nombre genérico de trastorno de alimentación (*feeding disorder* en inglés)⁽²⁾ y se expresan, principalmente, en los primeros años de la vida en los que los cambios son mayores que más tarde.

Los intentos de clasificación y caracterización de las dificultades y trastornos de alimentación de los niños pequeños son relativamente recientes. Existen múltiples abordajes, pero ninguno de ellos es completo y admitido en todos los ámbitos. En muchos casos se solapan los cuadros clínicos, haciendo más compleja esta sistematización.

El diagnóstico y tratamiento tempranos^(1,4,6) evitan las repercusiones orgánicas y en el ámbito familiar, la posibili-

dad de alteraciones de la alimentación tardías y mejora el pronóstico y la evolución del paciente disminuyendo los costes de tratamiento.

El tratamiento, o incluso la prevención, de la mayoría de estos problemas pueden realizarse en un primer nivel de atención médica^(6,7). Sin embargo, los casos potencialmente graves se benefician de una derivación temprana a unidades multidisciplinarias con experiencia para mejorar su evolución^(1,3-6).

LA ALIMENTACIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA: PROCESO DE MADURACIÓN BIOLÓGICA Y EMOCIONAL

Las características de la edad pediátrica son crecimiento (que varía en el tiempo y tiene un ritmo variable en los distintos órganos), maduración (que condiciona necesidades especiales en calidad de nutrientes, tipo de alimento y respuesta limitada a la sobrecarga en función de la edad) y dependencia (absoluta al nacimiento que va evolucionando hasta la independencia en el adolescente).

En función de estas peculiaridades, se estructuran las etapas de la alimentación en la infancia⁽⁸⁾. Clásicamente se han dividido en un periodo de amamantamiento (hasta los 3 años, señalado por la pérdida de la lactasa intestinal como marcador evolutivo de la especie humana) y en una fase posterior de hábitos alimentarios, que condicionarán

Correspondencia: Consuelo Pedrón Giner
Correo electrónico: cpedronginer@gmail.com

© 2022 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

la salud que ese niño podrá lograr en su edad adulta. Pero hemos aprendido la importancia de las etapas tempranas en este aprendizaje - el tipo de alimentación complementaria, el modelo de lactancia, la alimentación recibida por la madre durante el embarazo - y su influencia, debido a la llamada programación metabólica precoz⁽⁹⁾, en la salud infantil a largo plazo, más allá de los límites de la pediatría, determinando en parte el riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles.

La alimentación es un proceso evolutivo que acompaña al niño en/por su maduración biológica principalmente a nivel digestivo (motilidad, digestión y absorción de nutrientes, inmunidad, metabolismo hepático), renal y del sistema nervioso central y periférico. La alimentación varía con la edad y la maduración se completa a los 3 años⁽¹⁰⁾. En base a estas características se puede afirmar que la lactancia materna es el alimento ideal para el lactante, y que, en su defecto, se precisan fórmulas especialmente preparadas (de inicio) hasta los 4-6 meses de edad. A partir de este momento pueden introducirse fórmulas más sencillas (de continuación). La alimentación complementaria es imprescindible a partir de los 6 meses, independientemente del tipo de lactancia (materna o artificial) que reciba el niño. El período crítico para la diversificación de la alimentación complementaria en sabores y texturas es desde los 7 a los 10 meses de edad.

La alimentación supone el primer vínculo de intercambio emocional entre la madre (en general) y su hijo y un pilar en el proceso de la constitución del niño como sujeto y en su regulación emocional^(1,11,12). En esta relación, el adulto tiene que estar dispuesto a calmar y entender las necesidades del niño y la alimentación va cambiando a medida que el niño crece y va independizándose. La función del padre como cuidador del niño y como soporte emocional de la madre debe reafirmarse. En este proceso podemos distinguir tres etapas:

- En el regazo: en el que se consigue un ajuste corporal entre el niño y su madre guiado por la mirada y la voz, y el adulto debe adaptarse inicialmente al ritmo del bebé. Los padres, a través de las palabras comienzan a ordenar el mundo del bebé (ahora lo que tienes es hambre, ahora sueño...), estableciendo los ritmos vigilia-sueño, hambre-saciedad. El lactante va percibiendo que no es uno con la madre.
- Sentado frente al niño: tiene lugar entre los 4 y 6 meses de edad, supone grandes cambios, con el paso a la cuchara. Es una etapa de atención y exploración conjunta y precisa de una persona que le acompañe.
- Al lado del niño y frente a la comida: supone la introducción de alimentos sólidos, y está marcado por el deseo de autonomía y exploración del niño y por la aparición

del no y su sentimiento de omnipotencia. Es importante conocer que para que un niño sea capaz de masticar y morder con placer tiene que haber logrado una suficiente regulación de la respuesta de enfado y agresión.

El desarrollo de la conducta alimentaria es un proceso gradual de interacción entre el niño y sus padres. Para que pueda realizarse con éxito es determinante la actitud de los padres que ha de ser responsable, y no autoritaria ni permisiva. Los niños deben aprender a conocer las señales de hambre y saciedad para poder ejercer un control sobre el ingreso de energía. Las preferencias alimentarias son el determinante fundamental de la ingesta. Conocemos que existen características innatas básicas (placer por lo dulce y rechazo por lo agrio y amargo), pero hay diferencias genéticas que influyen en la percepción de los sabores. En cualquier caso, los gustos se desarrollan con el consumo alimentario y el período crítico es desde los 7 a los 10 meses⁽¹³⁾. La introducción de nuevos alimentos está marcada por la neofobia^(1,6), un fenómeno normal, que desaparece con la exposición repetida, cuando esta no provoca efectos gastrointestinales adversos. En este fenómeno de basan las diferencias entre los niños alimentados al pecho o de forma artificial. También existen razones culturales y sociales que refuerzan el aprendizaje asociativo basado en motivos sensoriales, factores familiares o densidad energética.

El desarrollo de la conducta y los hábitos alimentarios supone el aumento del control e independencia del niño frente a sus padres. Los padres tienen que enseñar a sus hijos a consumir variedad de alimentos sanos, los niños serán los responsables de la cantidad consumida. Los pediatras debemos ser capaces de acompañar a las familias en este proceso.

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

El término dificultad de alimentación se refiere a cualquier queja de los cuidadores que sugiera un problema de alimentación, mientras que hablamos de trastorno de la conducta alimentaria cuando existe una alimentación no adecuada a la edad o un rechazo o dificultad de alimentación suficientemente grave para ocasionar un problema orgánico, nutricional (afectación del peso, talla o ambos, déficit de micronutrientes, dependencia de soporte enteral y/o parenteral) o socio-emocional (en el niño o cuidadores) que requiera tratamiento⁽¹⁻⁵⁾. Con esta mirada, el trabajo de Kerzner⁽⁶⁾ es revelador; distingue los trastornos de conducta alimentaria que afectan a 1-5% de la población, los problemas leves de alimentación, las supuestas alteraciones que

solo suponen una malinterpretación de los síntomas y que se solucionan con unas recomendaciones, y la normalidad que se presenta en el 70% de los niños.

Los problemas de alimentación son muy frecuentes en población sana, hasta un 25-30 % de los niños los presentan a lo largo de la infancia, y aún lo son más en niños con problemas médicos (33 al 80% según patologías).

Su clasificación⁽¹⁻⁶⁾, es difícil debido al uso de una terminología confusa, con falta de criterios diagnósticos claros, con discrepancia de categorías diagnósticas entre los distintos autores, y con clasificaciones incompletas, que no incluyen todas las formas clínicas existentes que a veces, incluso, se asocian. Estos trastornos son complejos^(4,14,15) porque son consecuencia de la interrelación entre los factores físicos propiamente dichos (alteraciones anatómicas, problemas neurológicos, digestivos, cardio-respiratorios, inflamatorios, metabólicos...) como aquellos consecuencia de la falta de maduración por la edad o por la falta de introducción de los estímulos necesarios para su desarrollo por el uso, o no, de sondas, y los factores psico-sociales por los que se establecen las primeras relaciones del bebé con sus cuidadores y se integran dentro del establecimiento del proceso de regulación emocional del niño.

Los trastornos de la conducta alimentaria en la infancia o la niñez, no ha sido contemplada como categoría diagnóstica hasta 1991 en CIE-10 y 1994 en DSM-IV. Los criterios para su diagnóstico eran negativa persistente para comer adecuadamente, sin ganancia o con pérdida de peso, duración mayor o igual al mes, sin otra enfermedad mental o falta de alimento, e inicio antes de los 6 años. El DSM-IV TR del año 2000, añadía que no tuviera relación con enfermedad médica. En todas estas clasificaciones se consideraban como categorías diagnósticas la pica y el trastorno de rumiación. Y se distinguían claramente los trastornos de la conducta alimentaria del adolescente y adulto: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno no especificado.

En el año 2014, en el DSM-V se aúnan todas las edades y dentro de los trastornos de la conducta alimentaria se distinguen la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracones, otros trastornos especificados y los trastornos no especificados.

Los criterios para el diagnóstico del trastorno de evitación/restricción de alimentos⁽¹⁶⁾, denominado TERI en castellano o ARFID en inglés [307.59 (F50.8)] consisten en el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca

de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes: pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños), deficiencia nutritiva significativa, dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral, interferencia importante en el funcionamiento psicosocial, no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada, no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución, y no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno alimentario se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a dicha patología y justifica la atención clínica adicional. Este tipo de trastorno es pues un cajón de sastre, que engloba prácticamente a todas y muy diferentes modalidades de las dificultades de alimentación en los niños.

Una mirada más interpretativa es la de Chatter⁽¹⁴⁾ tras estudiar las diadas materno-infantiles con problemas de alimentación. Propone una serie de teorías sobre la alimentación y sus trastornos junto con una clasificación en la infancia temprana: en los primeros meses por desórdenes en la homeostasis y autorregulación del bebé; entre los 3 y 6-8 meses por alteraciones en el apego (attachment) entre el niño y su madre (los conflictos internos, de seguridad, en el niño se mezclan con la sensación de hambre y la necesidad de comer); y desde los 6-8 meses a los 3 años por problemas en el proceso de separación-individuación del niño.

- Trastorno en la homeostasis o regulación de ciclos básicos. Se inicia en las primeras semanas de vida, debe estar presente por al menos 2 semanas y no puede explicarse por una enfermedad orgánica. Existe dificultad para la ganancia de peso o incluso pérdida. Se caracteriza por niños muy dormidos, excitados, angustiados o agotados durante la toma.
- Trastorno de reciprocidad (vínculo madre-hijo) o síndrome de privación materna por psicopatología, negligencia, abandono, descuido... Comienza entre los 2 y 6 meses de vida. Existe retraso cognitivo y/o motor, desnutrición y la madre o cuidadores niegan o ignoran el problema alimentario o nutricional. Faltan los signos de contacto social durante la toma.
- Anorexia infantil. Aparece en el periodo de transición a la autonomía alimentaria entre los 6 meses y los 3 años. Existe rechazo del alimento durante 1 mes y gran preocu-

TABLA I. CLASIFICACIÓN DE LAS DIFICULTADES DE ALIMENTACIÓN. MODIFICADO DE KERZNER^(6,7).

Tipo de dificultad	
Apetito escaso	Falsa percepción Energético (anorexia infantil) Apático (evitación) Orgánico (estructural, gastrointestinal, cardio-respiratorio, neurológico, metabólico...)
Ingesta selectiva	Falsa percepción (neofobia) Ingesta selectiva (picky eater) Ingesta selectiva grave (autismo) Orgánico (retraso desarrollo, disfagia...)
Rechazo a la alimentación	Falsa percepción (cólico) Patrón de lactantes (come bien dormido) Niño mayor (atragantamiento) Orgánico [uso de sonda, dolor (esofagitis, dismotilidad, hiperalgesia visceral...)]

pación y ansiedad familiar con interacciones conflictivas durante la comida. Puede existir desnutrición aguda y/o crónica. Típicamente, el niño no tiene hambre ni interés por la comida, pero sí por la relación con sus cuidadores.

- Aversiones alimentarias sensoriales, que comienzan tras la introducción de un nuevo tipo de alimento. La preocupación de los padres es muy variable. Pueden tener deficiencias nutricionales específicas o alteraciones motoras orales y, con frecuencia, problemas en otras áreas sensoriales. Se caracterizan por rechazo selectivo por un sabor, una textura, un olor o una apariencia; comen bien sus alimentos favoritos.
- Alteraciones asociadas a enfermedad. Inicio a cualquier edad, en el curso de enfermedades que causan dolor o molestias con la alimentación (alergia, reflujo gastroesofágico, alteración respiratoria, cardiopatía...). El tratamiento de la patología subyacente mejora, pero no controla totalmente los síntomas. Hay repercusión en el peso, con dificultad para su ganancia o incluso pérdida. El niño empieza a comer bien, pero al poco rechaza continuar.
- Alteración post-traumática/por daño al tracto gastrointestinal, tras una experiencia traumática orofaríngea o gastrointestinal (vómitos, endoscopia, colocación de sonda, atragantamiento...). Comienza a cualquier edad, pueden rechazar los alimentos líquidos y/o los sólidos y tener un curso recortado o crónico. El rechazo se manifiesta por angustia al ponerle en la posición de comer, cuando se le acerca el alimento o cuando se le pone en la boca.

Existen, también, alteraciones asociadas al uso de sondas⁽¹⁷⁾, condicionadas por la edad de comienzo de la alimentación oral, la exposición a sabores y texturas durante los periodos sensitivos, la existencia de complicaciones médicas

que condicionan experiencias de aversión, los métodos de alimentación por sonda y la actitud de los padres.

En el año 2015, Kerzner⁽⁶⁾ y colaboradores, entre los que se encuentra Chatoor, publican una clasificación muy intuitiva, recientemente revisada⁽⁷⁾, en la que califican el tipo de dificultad como un síntoma guía (apetito escaso, ingesta selectiva y rechazo de la alimentación) y en función de su gravedad (Tabla I), con recomendaciones para su tratamiento.

Dentro del esfuerzo por sistematizar la psicopatología de la primera infancia se han revisado recientemente los criterios de los pacientes entre 0 y 3 años⁽¹⁵⁾. Además de extenderse hasta los 5, específicamente, en el área de los trastornos alimentarios se han agrupado en función de si suponen comer poco, comer en exceso o comer atípicamente⁽¹⁸⁾. En este trabajo se contemplan por primera vez los trastornos por exceso y se hace hincapié en su naturaleza multifactorial. Es, por tanto, necesario un abordaje integral que contemple los aspectos médicos, nutricionales, de las habilidades implicadas en el proceso de la alimentación y la deglución, psicosociales y que incluyan tanto al niño como a su familia^(1,2).

En el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, la atención a los trastornos de alimentación en la primera infancia se viene realizando de forma integrada entre las consultas de Nutrición, Psicología y Logopedia desde el año 2005. Esta metodología de trabajo se ha ido desarrollando como consecuencia de la práctica individual que nos ha hecho ver que el abordaje no coordinado retrasaba y/o impedía la solución de los problemas graves de los pacientes y sus familias⁽¹⁹⁻²¹⁾. La Dra. Inmaculada Azcorra, Psicólogo Clínico que trabajó durante 17 años en nuestro centro, fue la pionera en este trabajo que actualmente se continua.

DIAGNÓSTICO. PAPEL DEL PEDIATRA. EQUIPO INTERDISCIPLINAR

El pediatra tiene un papel fundamental^(1,2) ya que de él depende diagnosticar la existencia de un trastorno de conducta alimentaria, de una alteración nutricional y de si existe una enfermedad de base que las justifique. Tiene que instaurar un tratamiento que incluya al niño y su familia, asegurar su seguimiento, mantener estable la enfermedad orgánica si es que existe y recuperar y/o conservar un adecuado estado nutricional y proporcionar a los padres una serie de consejos para garantizar una alimentación adecuada. Es imprescindible que el pediatra entienda lo que ocurre, el significado del síntoma tanto para el paciente como para su familia.

El diagnóstico se basa en la realización de una cuidada historia clínica y exploración física, y en la realización de unas determinadas pruebas complementarias dirigidas en el caso de que se sospeche una enfermedad orgánica subyacente o el niño esté desnutrido.

La **historia clínica**⁽¹⁾ recogerá los antecedentes familiares incluyendo los aspectos psicosociales y económicos y los antecedentes personales (datos prenatales y del parto, anamnesis por aparatos, desarrollo psicomotor y cronología de la alimentación).

En cuanto al *problema de la alimentación* es importante orientarlo teniendo en consideración su característica principal –falta de apetito, rechazo del alimento o alimentación selectiva– y constatar el momento de comienzo, la duración, la existencia de preocupación y ansiedad paternos, interacciones conflictivas durante la comida o experiencias traumáticas con la alimentación. Se realizará una historia dietética que recogerá el número de comidas, las tomas entre horas, el tipo y textura del alimento, su frecuencia de ingesta diaria o semanal, la cantidad aproximada, los alimentos preferidos y rechazados y la toma de suplementos vitamínicos o minerales.

En relación con los *hábitos de alimentación* se recogerán el lugar y modo de alimentación (durante el sueño), si la duración de las comidas es mayor de 30 minutos, si se acompaña de llanto, vómitos o dolor abdominal durante ellas; si existe rechazo franco del alimento o pasividad total y si hay variaciones según el lugar y la persona que se ocupe del cuidado del niño. Es muy importante conocer si se lleva –y desde cuándo– objetos o alimentos a la boca o si muestra signos de “limpieza” o aversión a ciertas texturas (arena, césped).

Por último, hay que conocer la *actitud de los padres o cuidador*. Si le obligan o coaccionan a comer, si le distraen o juegan durante la comida, si le alimentan frecuentemen-

te por la noche o durante el sueño, si le ofrecen muchos alimentos cuando no quiere alguno, si le expresan miedo y/o frustración, si le gratifican o castigan con la comida y si existe acuerdo familiar. También si le han administrado previamente de estimulantes del apetito y su efectividad.

La **exploración clínica**⁽¹⁾ será completa, poniendo especial atención a los hallazgos neurológicos (especialmente la mirada y el comportamiento) y datos de desnutrición o sospecha de cualquier tipo de enfermedad de órganos. Se realizará una antropometría con peso, longitud/talla y perímetro craneal, realizando una valoración dinámica y con los datos previos. De este modo, se podrá realizar el diagnóstico diferencial con un crecimiento intrauterino retrasado, con un retraso constitucional del crecimiento, realizar ajustes en función de la prematuridad si es que existiera y diagnosticar un patrón de crecimiento normal o una desnutrición aguda o crónica. Es importante observar bien directamente o a través de grabaciones el momento concreto de las tomas.

Desde el punto de vista diagnóstico hay que considerar una serie de **indicadores de alarma**^(1,2) que nos pueden hacer sospechar una enfermedad orgánica, tanto síntomas (llanto al iniciar la toma, disfagia o atragantamiento, relación con la introducción de un determinado alimento, vómitos repetidos, cambios en el hábito intestinal: diarrea o estreñimiento, cambio de carácter (irritabilidad, decaimiento, apatía, somnolencia), retraso psicomotor, infecciones de repetición) como signos (coloración anormal (ictericia, palidez, cianosis...), edemas, exploración abdominal anormal (distensión, megalias...), auscultación alterada, exploración neurológica alterada (hipotonía, mantener la mirada...), lesiones orofaciales, fallo de crecimiento o desnutrición grave).

Hay que tener en consideración unos **indicadores de alarma de otras áreas**^(1,2), por la existencia de:

- Un trastorno emocional significativo en los progenitores, situaciones vitales que alteren de forma sustancial la dinámica familiar o padres excesivamente rígidos o permisivos.
- Dificultades vinculares en niños institucionalizados, en casos de enfermedad del cuidador.
- Constatación de aversiones sensoriales (no llevar alimentos a la boca, tocar distintas texturas...), de dificultades en otras áreas (lenguaje, sueño, adaptación escolar, contacto interpersonal, ansiedad ...) y alimentación casi exclusiva durante el sueño o existencia de atragantamientos.

El pediatra es pues un pilar fundamental para el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes, pero en las ocasiones en que presentan alteraciones graves, es imprescindible su remisión a **Unidades interdisciplinarias especializadas** que

tienen una forma común de entender los diferentes problemas y necesidades que presentan los niños y sus familias tanto desde el punto de vista biológico como psicológico y social. En estas unidades el pediatra ejerce las funciones de coordinación dentro del equipo y asume la responsabilidad clínica del niño y realiza la interconsulta a otros profesionales en el momento oportuno⁽²²⁾.

En estas unidades es crucial la intervención del **Psicólogo Clínico**, que realiza la historia clínica psicológica, valora el clima y la dinámica familiar (contexto familiar y actitud ante el problema), evalúa la capacidad de cambio del paciente y su familia y facilita el establecimiento de rutinas adecuadas a la edad del niño, lleva a cabo el seguimiento individual del paciente y de la familia, efectúa la intervención individualizada en función de las necesidades detectadas, identifica las situaciones de riesgo y la necesidad de derivación a Salud Mental e integra a los padres en grupos terapéuticos de apoyo⁽²³⁾.

En cuanto a la función del **Logopeda**, que es quien coge la cuchara, sus atribuciones consisten en valorar las estructuras y funciones oromotoras y la deglución, identificar las posibles dificultades para el establecimiento de las conductas alimentarias adecuadas a su edad, establecer un programa terapéutico de intervención individualizada para el niño y su familia que se llevará a cabo progresivamente, tanto en sesiones hospitalarias como en el hogar trabajando los aspectos de exploración y estimulación para favorecer el acercamiento a la comida. Aplica técnicas específicas de inicio de la estimulación orofacial, facilitación de la succión, normalización de las habilidades de deglución y control del reflejo de vómito, permite la introducción de texturas y sabores nuevos. Posibilita el aprendizaje del proceso de masticación y el paso a la alimentación sólida. Permite mantener la continuidad en el tratamiento, cambiar hábitos y evitar situaciones de mucha tensión durante las comidas e indica el tratamiento en pequeños grupos de pacientes para permitir sinergias de comportamiento entre los niños.

TRATAMIENTO

Para llevar a la práctica la prevención y el tratamiento de los niños con dificultades de alimentación el foco hay que ponerlo tanto en aspectos nutricionales como educativos^(1,24). Hay que ayudar a los padres a entender qué le está pasando al niño y cómo pueden trabajar con él para apoyarle.

Si el **estado nutricional es adecuado**, el tratamiento nutricional supone ordenar la dieta, realizar cambios progresivos, normalizar el número de comidas, ajustar la textura y el tipo

de alimentos según la edad del paciente. Hay que primar la calidad sobre la cantidad y es importante no preocuparse por el peso. En función de la edad los puntos clave serían:

- Lactantes < 6 meses: mantener la lactancia materna o artificial e introducir la alimentación complementaria, pasar de alimentación a demanda a conseguir una pausa nocturna y establecer a los 6 meses un máximo de 6 tomas para poder instaurar los ritmos de hambre-saciedad.
- Lactantes de 6 a 12 meses: instaurar 4-5 tomas, sin toma nocturna, administrar la alimentación complementaria con cuchara e introducir el troceado entre los 7-10 meses.
- Niños mayores de 1 año: introducir la alimentación poco a poco como un adulto, para conseguir 4 tomas al día y la alimentación entera a los 2-3 años.

Las estrategias para **aumentar la ingesta** son:

- Aumentar la densidad calórica de la alimentación. En los lactantes mediante el uso de fórmulas poliméricas de lactante concentradas, concentrando las fórmulas de inicio o usando las de prematuros, o añadiendo módulos. En otras edades se plantean modificaciones culinarias y la administración de dietas poliméricas como suplemento.
- Uso de estimulantes del apetito, como la ciproheptadina. Debe administrarse pautas controladas en el tiempo siempre acompañada de una serie de normas y de orden en la alimentación.

Si existe **desnutrición**, el tratamiento nutricional es prioritario, aunque no hay que olvidar ordenar la dieta. Si el paciente precisa soporte artificial debe potenciarse el uso nocturno y evitar el fraccionado o el completar las tomas que el paciente no acabe, aunque todas las decisiones deben ser progresivas. Además, será necesario controlar la enfermedad de base si existiera y evitar las posibles complicaciones derivadas del soporte.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pedrón Giner C, González González F, Sanz Herrero B. Tratamiento interdisciplinario de los trastornos de la alimentación de inicio en la infancia. En: Morandé Lavin G, Graell Berna M; Blanco Hernández A, coordinadores. Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral. Madrid: Médica Panamericana; 2014. p. 171-4.
2. Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, Dodrill P, Cohen SS, et al. Pediatric feeding disorder- Consensus definition and conceptual framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2019; 68: 124-9.
3. Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR, McConnell K, Rudolph C. Classifying complex pediatric feeding disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1998; 27(2): 143-7.

4. Bernard-Bonnin AC. Feeding problems of infants and toddlers. *Can Fam Physician*. 2006; 52: 1247-51.
5. Phalen JA. Managing feeding problems and feeding disorders. *Pediatr Rev*. 2013; 34: 549-57.
6. Kerzner B, Milano K, MacLean WC, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015; 135: 344-53.
7. Milano K, Chatoor I, Kerzner B. A functional approach to feeding difficulties in children. *Curr Gastroenterol Rep*. 2019; 21: 51.
8. Vázquez González C. Datos no publicados. 1980.
9. Koletzko B, Brands B, Grote V, Kirchberg FF, Prell C, Rzehak P, et al. Long-term health impact of early nutrition: the power of programming. *Ann Nutr Metab*. 2017; 70: 161-9.
10. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, et al. Complementary Feeding: a position paper by the European Society For Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017; 64: 119-32.
11. Lartigue Becerra T, Maldonado-Durán M, Ávila Rosas H. La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo. México: Plaza y Valdés; 1998.
12. Michelena, M. Un año para toda la vida: el secreto mundo emocional de la madre y su bebé. Madrid: Temas de hoy, Planeta; 2002.
13. Birch LL. Development of food preferences. *Annu Rev Nutr*. 1999; 19: 41-62.
14. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and management. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 2002; 11: 163-83.
15. Chatoor I. Diagnosis and Treatment of Feeding Disorders In Infants, Toddlers and Young Children. Washington, DC: Zero To Three; 2009.
16. Zimmerman J, Fisher M. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017; 47(4): 95-103.
17. Mason SJ, Harris G, Blissett J. Tube feeding in infancy: implications for the development of normal eating and drinking skills. *Dysphagia*. 2005; 20: 46-61.
18. Zero to Three. DC: 0-5™: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. (Version 2.0). Washington, DC: Author (Original work published 2016); 2021.
19. Alonso-Ojembarrena A, Pedrón Giner C, Cañedo Villarroya E, Ruiz Bermejo M, Cabrera Rodríguez R, Madruga Acerete D, Azcorra Liñero I. Diagnosis and treatment of 129 cases of feeding disorder in infants and toddlers. 28th ESPEN Congress Abstract Book 2006; PO317: p. 164-6.
20. Cañedo Villarroya E, Ruiz Bermejo M, Alonso Ojembarrena A, Pedrón Giner C, Madruga Acerete D, Arcilla Cobián M. Nutrición enteral domiciliaria y trastornos de conducta alimentaria ¿Existe relación entre ambas entidades? *Nutr Hosp*. 2007; 22 (supl 1): 50.
21. Bacelo Ruano I, Rodríguez Manchón S, Martínez Ibeas MA, Cañedo Villarroya E, González González F, Sanz Herrero B, et al. Dificultades y trastornos de la conducta alimentaria del niño pequeño secundarios a patología orgánica en una unidad de referencia. XXV Congreso de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, SEGHN. Granada, 17-19 de mayo de 2018.
22. Unidad funcional de trastornos de la alimentación de la primera infancia. Documento interno, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, marzo de 2012.
23. Sanz Herrero B, González González F, Pedrón Giner C. Sostener la cuchara. La alimentación en niños con soporte artificial. Trabajo en grupo de padres. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2016; 62: 105-8.
24. Díaz-Buschmann C, Pedrón Giner C, Azcorra Liñero I, Sánchez-Bayle M. La anorexia en el niño: efecto de una intervención educativa sobre el estado de nutrición. *Rev Esp Pediatr*. 2002; 58: 377-81.