

## Mesa Redonda: Abordaje del trastorno de la conducta alimentaria tipo evitación y/o restricción (ARFID)

### Soporte nutricional en los trastornos por evitación o restricción de los alimentos

M. DE LOS SANTOS MERCEDES

*Pediatra especialista en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

El trastorno de evitación y/o restricción de la ingesta de alimentos (ARFID) fue incluido como nuevo diagnóstico dentro de los trastornos de la conducta alimentaria en el manual DSM-V en el año 2013. Se lo define como un fracaso persistente para cumplir las necesidades nutricionales y/o energéticas adecuadas, lo que puede dar lugar a pérdida de peso, deficiencias nutricionales y necesidad de nutrición enteral. No presenta alteración de la constitución corporal o patología mental.

Las características clínicas en los ARFID son los siguientes:

- La edad de presentación entre los 4 -13 años.
- El peso al inicio que puede ser: bajo, normo o sobrepeso.
- Se presenta mayormente en varones.
- Alimentación: cantidades limitadas, falta de interés/evitación por las características de los alimentos/ miedos específicos.
- Suplementos nutricionales: la mayoría necesitará, puede ser oral o a través de dispositivo externo de nutrición enteral y lo aceptan fácilmente.
- Comorbilidades: mayormente psiquiátricas como problemas de ansiedad.

La valoración nutricional en los pacientes con ARFID será importante tener en cuenta los subtipos en los que pueden distinguirse: no interés/falta de apetito, sensorial/poca variedad y miedo/respuesta adversa a un evento, los cuales pueden compartir rasgos de varios grupos y determinaran el tipo de intervención nutricional.

Debemos realizar una **historia clínica detallada** que incluya los antecedentes personales desde el nacimiento como es antecedente de prematuridad, uso de dispositivos de alimentación (sonda nasogástrica), intubación traqueal, enfermedades previas, alergias alimentarias, uso de medicaciones, clínica digestiva: vómitos, reflujo gastroesofágico, dolor abdominal entre otros.

**Historia nutricional:** hay que conocer la forma de alimentación, si hizo lactancia materna o artificial, si presentó problemas en la introducción y diversificación de la dieta, paso de triturados a enteros, rechazo o evitar algún tipo de alimento: textura, color, sabor o marca, si ha presentado algún episodio traumático (vómitos, atragantamiento) con algún alimento, necesidad de suplementos nutricionales. No debemos olvidar las gráficas antropométricas de peso, talla; también maduración sexual y ciclo menstrual. Además, debemos preguntar si ha presentado alguna alteración analítica.

**Valoración de la ingesta:** la encuesta dietética nos va a permitir conocer el riesgo o la presencia de déficits nutricionales. Debemos tener en cuenta la calidad, cantidad y composición de los alimentos ingeridos. En la consulta podemos hacer un recordatorio de la ingesta de las últimas 24 horas que nos orientará como es la ingesta actual del niño. Además, podemos preguntar por grupos de alimentos ingeridos diarios y semanales, cuales son aceptados y/o rechazados o que no admite para orientarnos sobre los posibles déficits nutricionales que podría presentar. Lo ideal sería realizar un registro de ingesta de 3 días que incluya 2 días entre semana y uno de fin de semana con alimentos ingeridos pesados en gramos y valorado por un personal capacitado donde obtendremos el

Correspondencia: [marielamercedes.santos@sjd.es](mailto:marielamercedes.santos@sjd.es)

© 2023 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.

TABLA I. Déficits nutricionales.			
Grupo de alimentos	Deficiencia	Alteración	Clínica
Cereales	Carbohidratos	Peso y talla	Estancamiento pondoestatural
	Fibra		Aterosclerosis, estreñimiento y litiasis
Lácteos	Calcio	Calcio, fósforo, fosfatasa alcalina y parathormona	Raquitismo, densidad ósea baja
Lácteos, carne, pescado y huevo	Proteínas	Proteínas totales, albúmina y prealbúmina bajos	Malnutrición y edemas
	Riboflavina/B2	Niveles bajos B2	Xerosis cutánea y capilar, alopecia, queilitis y afectación ocular
	Vitamina B12	Niveles bajos B12 y homocisteína elevada	Anemia megaloblástica y alteraciones neurológicas
	Hierro	Estudio de hierro bajos	Anemia microcítica, debilidad, alteración de la concentración y aprendizaje, lengua depapilada
	Selenio	Niveles bajos	Estrés oxidativo
Pescado	Zinc		Pérdida de peso, diarrea, alteración de la cicatrización, cambios en el sabor y olor
	Omega 3	Ácido omega 3	Alteración neurológica y cardiovasculares
Vegetales y frutas	Vitamina D3	Niveles bajos	Raquitismo, osteopenia
	Folato	Niveles bajos	
Vitamina C			
Grasas animales y vegetales	Vitamina E	Niveles y lípidos bajos	Estrés oxidativo
	Vitamina A	Niveles bajos	
	Vitamina K	Protrombina alargada	Sangrado
	Grasa	Antropometría	Pérdida de peso, amenorrea

Adaptado: De Los Santos Mercedes MM, Meavilla Oliva SM, Serrano Troncoso E. *Guía sobre el trastorno de Evitación/Restricción de la ingestión de alimentos (ARFID) en pediatría*. Madrid: Ergon; 2023.

calculado específico de los nutrientes ingeridos y será más fácil planificar un abordaje individual del paciente.

**Valoración antropométrica:** permite valorar el crecimiento y la composición corporal. Incluye peso, talla, perímetro craneal, perímetro braquial, pliegue tricípital, pliegue bicipital. Lo óptimo es realizar la medición de forma periódica.

**Peso:** es un indicador global de la masa corporal. **Talla:** es una medida básica de valoración del crecimiento longitudinal. **Perímetro craneal:** valora el desarrollo del sistema nervioso central. **Perímetro braquial:** indica el estado nutricional actual. **Pliegues cutáneos:** bicipital, tricípital, supraescapular y suprailiaco determinan la grasa subcutánea. Los **percentiles:** para peso, talla y perímetro craneal ubican a los pacientes dentro de un grupo de referencia, generalmente usados en versión gráfica, el p50 corresponde a la mediana. **Puntuación z (z-score):** es la unidad de desviación estándar (DE) de la mediana. Se obtiene un valor absoluto que nos permite un seguimiento más preciso, y realizar comparaciones en individuos de diferente edad y sexo.

**Índices nutricionales:** Índice de masa corporal (IMC) o Quetelet: permite clasificar el estado nutricional por exceso o

por defecto. Índice nutricional de Waterlow para el peso y la talla: Compara el peso y la talla del paciente con la relación entre el peso y la talla media de su correspondiente edad y sexo; Clasificando en: Malnutrición aguda: que afecta el peso en relación con la talla y Malnutrición crónica: afecta tanto al peso como a la talla. Todos estos cálculos los podemos realizar de manera rápida y sencilla en la web de aplicación nutricional de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (<https://www.seghnp.org/nutricional/>).

**Exploración física:** es fundamental, se debe realizar con el niño en ropa interior, realizando una exploración física detallada en busca de los posibles déficits nutricionales (tabla I). Además, realizaremos las constantes: temperatura, frecuencia cardíaca y tensión arterial tanto en bipedestación como en decúbito buscando cambios ortostáticos.

**Pruebas complementarias** dentro de las cuales debemos realizar analíticas sanguíneas: hemograma: puede existir anemia, leucopenia y trombocitopenia.

- Ionograma.
- Albúmina/proteínas.

- Estudio de hierro y transferrina.
- Vitaminas y oligoelementos.
- Función tiroidea, hormonas prepuberales.
- Marcadores de celiaquía.
- Electrocardiograma para descartar alteraciones del ritmo o prolongación de intervalo QT.
- Densitometría ósea.

**Tratamiento.** El abordaje debe ser con un equipo multidisciplinar incluyendo: pediatras, nutricionista, psicóloga, psiquiatría, logopeda, terapeuta ocupacional entre otros para realizar un abordaje de tipo integral dependiendo de las características y necesidades del paciente.

A nivel nutricional el objetivo principal será la recuperación nutricional y de los déficits que puedan presentarse a través de un soporte individualizado.

Los requerimientos dietéticos calóricos pueden calcularse a partir de las RDI para cubrir el gasto energético total, pueden variar si hay enfermedad.

A nivel ambulatorio ofreceremos recomendaciones a las familias sobre la alimentación priorizando los alimentos aceptados aquellos con mejor calidad nutricional y repartirlos a lo largo del día, incrementar la densidad calórica de los alimentos y poco a poco ir introduciendo nuevos alimentos con la misma forma o presentación, esto es lo llamado *Food changing*.

En los pacientes selectivos el soporte nutricional estará basado en exposiciones graduales, sin forzar en su aceptación, que ayuden en la preparación y si la cantidad de la ingesta no es suficiente en ocasiones necesitaremos suplementos nutricionales orales. Además, dar refuerzo positivo y pactar con el niño.

En caso de no cubrir los requerimientos calóricos será necesario el uso de suplementos nutricionales orales para lograr una recuperación ponderal, en casos extremos sería necesario la colocación de dispositivos externos de alimentación tipo sonda nasogastrica (SNG), siempre teniendo en cuenta que el objetivo deberá ser estimular la ingesta oral a través de las exposiciones hasta lograr retirar la nutrición que recibe por SNG. Debemos ser cuidadosos en los pacientes con hipersensibilidad oral, ya que el uso de la SNG puede aumentarla siendo controvertido su uso y en caso de ser necesario debemos comentarlo con todos los referentes.

Utilizaremos suplementos para las deficiencias de vitaminas y oligoelementos, cuando sea necesario.

Existen criterios de ingreso incluidos: deshidratación, alteración hidroelectrolítica y del electrocardiograma, bajo peso < 75% de la media de IMC para edad y sexo y alguna complicación médica aguda.

Durante el ingreso el inicio de la renutrición debe ser de manera progresiva para evitar las complicaciones metabólicas (Síndrome de realimentación: hipopotasemia, hipomagnesemia e hipofosfatemia) que pueden ocurrir en los pacientes malnutridos.

**Complicaciones:** desnutrición crónica, riesgo de síndrome de realimentación y déficit nutricional.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Zimmerman J, Fisher M. Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017; 47(4): 95-103. doi: 10.1016/j.cppeds.2017.02.005.
2. Białek-Dratwa A, Szymanska D, Grajek M, Krupa-Kotara K, Szczepanska E, Kowalski O. ARFID-Strategies for dietary management in children. *Nutrients*. 2022; 14(9): 1739. doi: 10.3390/nu14091739.
3. Brigham KS, Manzo LD, Eddy KT, Thomas JJ. Evaluation and treatment of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) in adolescents. *Curr Pediatr Rep*. 2018; 6(2): 107-13. doi: 10.1007/s40124-018-0162-y.
4. Iron-Segev S, Best D, Arad-Rubinstein S, Efron M, Serur Y, Dickstein H, Stein D. Feeding, eating, and emotional disturbances in children with avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). *Nutrients*. 2020; 12(11): 3385. doi: 10.3390/nu12113385.
5. De Toro V, Aedo K, Urrejola P. Trastorno de evitación y restricción de la ingesta de alimentos (ARFID): Lo que el pediatra debe saber. *Andes Pediatr*. 2021; 92(2): 298-307. doi: 10.32641/andespediatr.v92i2.2794.
6. Moráis López A, Rivero de la Rosa MC, Galera Martínez R, Ros Arnal I, Herrero Álvarez M, Rodríguez Martínez G, y grupo GETNI. Cálculo de los requerimientos energético-proteicos para el soporte nutricional en la práctica clínica. *Acta Pediatr Esp*. 2011; 69(5): 211-6.
7. Ros Arnal I, Herrero Álvarez M, Castell Miñana M, López Ruzafa E, Galera Martínez R, Moráis López A, y grupo GETNI. Valoración sistematizada del estado nutricional. *Acta Pediatr Esp*. 2011; 69(4): 165-72.
8. De Los Santos Mercedes MM, Meavilla Oliva SM, Serrano Troncoso E. Guía sobre el trastorno de Evitación/Restricción de la ingestión de alimentos (ARFID) en pediatría. Madrid: Ergon; 2023.