

Trastornos de la conducta alimentaria en el niño pequeño

S.H. Campuzano Martín

Pediatra. CS Casco Vello. Vigo. Pontevedra.
Grupo de Trabajo de Gastroenterología y Nutrición SEPEAP



Resumen

La preocupación de los padres por la alimentación de sus hijos es un motivo frecuente de consulta en Pediatría, que merece nuestra consideración. Si bien, en la mayoría de los casos, nos encontramos ante una falsa percepción de los cuidadores, hasta en un 5% de los niños puede existir un verdadero trastorno de la conducta alimentaria (TCA). La labor del pediatra de Atención Primaria es clave. En primer lugar, detectando mediante la anamnesis, la exploración física y la antropometría, las señales de alarma que indican la presencia de una patología orgánica subyacente o la existencia de un TCA complejo; y en segundo lugar, determinando la naturaleza de la dificultad de la alimentación del paciente para poder realizar una adecuada intervención terapéutica. La clasificación de Kerzner (2015) en: niños con poco apetito, niños con ingesta selectiva y niños con miedo a comer, puede ser muy útil para enfocar el manejo de estos pacientes, que requerirá de un tratamiento nutricional (consejo nutricional y posibilidad de necesitar soporte nutricional) y conductual individualizado. Los casos complejos requieren un manejo multidisciplinar por parte de psicólogos, logopedas y especialistas en nutrición.

Abstract

Parental concern regarding children's feeding is a frequent consultation in Pediatrics that deserves our consideration. Although in most cases we are faced with a false perception of caregivers, up to 5% of children can have a true Feeding Disorder. The role of the Primary Care Pediatrician is critical, firstly by detecting it through history taking, physical examination and anthropometry, the alarm signals that indicate the presence of an underlying organic pathology or the existence of a complex Feeding Disorder, and secondly, by determining the nature of the child's feeding difficulties in order to perform an adequate therapeutic intervention. Kerzner's classification of feeding problems (2015) in three categories (children with limited appetite, children with selective intake and children with fear of feeding), can be useful to focus the management of patients requiring nutritional treatment (nutritional advice and possibly nutritional support) and individualized behavioral therapy. Complex cases will require multidisciplinary management by Psychologists, Speech Therapists and Nutrition specialists.

Palabras clave: Trastorno alimentario; Fallo de medro; Miedo a comer; Apetito limitado; Ingesta selectiva.

Key words: *Eating disorder; Failure to thrive; Fear of feeding; Limited appetite; Selective intake.*

Introducción

El pediatra de Atención Primaria debe tener en cuenta la preocupación de los padres para prevenir y detectar la presencia de trastornos de la conducta alimentaria en el niño pequeño.

“Este niño no come nada”. Esta frase constituye un motivo muy frecuente de consulta en nuestro trabajo, como pediatras de Atención Primaria. Aunque tengamos la tentación de no dar importancia a estas palabras por parte

de los padres, debemos siempre tomar en serio estas preocupaciones y ofrecer una orientación adecuada. Básicamente, si los padres dicen que hay un problema, hay un problema, existiendo trabajos que demuestran una asociación entre la preocupación de los cuidadores respecto a la dificultad de la alimentación de los niños y su crecimiento ponderal⁽¹⁾. Aunque en la mayoría de los casos nos encontramos ante una percepción errónea del poco apetito del niño por parte de los progenitores, un pequeño

porcentaje de estos niños puede presentar un trastorno de alimentación grave, e incluso los niños levemente afectados pueden estar recibiendo unas conductas de alimentación inadecuadas que acaben teniendo consecuencias a medio y largo plazo si no son corregidas y encauzadas adecuadamente. Una correcta orientación temprana puede evitar que la situación derive en un trastorno mayor.

En estos casos, la labor del pediatra de Atención Primaria es fundamental; en primer lugar, para detectar los signos de

alarma o “banderas rojas” que requieran: atención inmediata, investigación en profundidad y tratamiento especializado^(2,3). En segundo lugar, podrá intentar averiguar las causas y el tipo de trastorno de la conducta alimentaria (TCA) que presente el paciente, fundamentalmente mediante la anamnesis, la exploración física y la antropometría; y en tercer lugar, establecerá unas pautas de tratamiento conductual y nutricional adecuadas e individualizadas para cada niño.

Definiciones y terminología

Es conveniente aclarar la terminología, dado que muchas veces puede inducir a la confusión^(4,5).

- **Neofobia:** fenómeno habitual en los primeros años de vida, basado en el rechazo de alimentos nuevos o desconocidos para el niño. Normalmente, constituye un problema leve que se resuelve con exposiciones repetidas al alimento rechazado.
- **Picky eating:** inconsistente término anglosajón usado en la literatura que incluye niños “quisquillosos” con poco apetito. Habitualmente, se trata de un problema leve o transitorio.
- **Fallo de medro:** incapacidad para mantener una velocidad de crecimiento normal, en peso o en longitud, en menores de 3 años, y que supone un riesgo para la salud, así como para el correcto desarrollo motor, social y emocional del niño.
- **Dificultad en la alimentación:** amplio término que engloba cualquier problema relacionado con la alimentación del niño, desde falsas percepciones por parte de los padres a verdaderos TCA.
- **Trastorno de la conducta alimentaria del niño pequeño:** problema relacionado con la conducta alimentaria, lo suficientemente importante para producir un trastorno nutricional o socioemocional en el niño (entre 0-6 años de edad) y en los cuidadores, y que requerirá de un tratamiento específico. Equivale al diagnóstico de trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos en el DSM-V⁽⁶⁾. Recientemente, Goday ha definido el trastorno de alimentación en la edad pediátrica, como: la existencia de una ingesta oral alterada no apropiada para la edad, asociada

Tabla I. Factores de riesgo que pueden predisponer a un trastorno de la conducta alimentaria en el niño pequeño⁽⁶⁾

	Nivel de evidencia científica
Predisposición genética	C
Dificultad en la alimentación a edad temprana (cólicos frecuentes, vómitos, alimentación lenta o dificultades en la succión)	C
Orden de nacimiento (más común en primogénitos)	B
Bajo peso para edad de gestación	B
Ausencia de lactancia materna exclusiva en los primeros meses	B
Retraso en la introducción de sólidos más allá de los 9 meses	B
Prácticas inadecuadas de destete	B
Prácticas inadecuadas de alimentación temprana (poca variedad en la dieta, horarios y prácticas de comidas mal estructuradas)	B
Historia previa de enfermedad significativa	C
Conflictos entre cuidadores y niño a la hora de comer	C
Historia parental de ansiedad, trastornos de alimentación y preocupación por la imagen corporal	B

a problemas médicos, nutricionales, de habilidades de la alimentación y/o disfunción psicosocial⁽⁷⁾.

Epidemiología

En la mayoría de los casos, nos encontramos ante una falsa percepción de los cuidadores, pero hasta en un 5% de los niños puede existir un verdadero TCA.

Los TCA del niño pequeño aparecen habitualmente entre los 0 y 6 años, siendo mucho más frecuentes por debajo de los 3 años. Especialmente importantes y delicadas son las etapas de transición, de la lactancia materna o biberón a la cuchara, y de la comida triturada a la sólida⁽⁸⁾.

Es difícil establecer su incidencia con claridad, debido a la heterogeneidad de las situaciones que engloban estos cuadros clínicos. Se estima en hasta un 20-30% de los niños sanos con desarrollo normal y en un 80% en niños con necesidades especiales o alteraciones del desarrollo, de los cuales, la gran mayoría se tratará de trastornos leves o percepciones erróneas por parte de los padres, y solo en un 1-5% de los niños estaremos ante un verdadero TCA⁽⁹⁾.

Etiología

Los TCA pueden aparecer como un problema aislado, influido por problemas: genéticos, ambientales, conductuales y emocionales, o como un trastorno concomitante a una enfermedad orgánica subyacente, o anomalía estructural.

El acto de comer no solo es una necesidad primaria para el niño, sino que contribuye de manera esencial a la relación con su familia y entorno. El desarrollo de la alimentación se inicia desde el nacimiento, evolucionando a medida que las funciones psicomotoras y sensoriales van madurando. En este proceso intervienen factores: genéticos, biológicos, conductuales, emocionales y ambientales, que van evolucionando, y su interacción influye de manera directa en la regulación de la sensación de hambre y saciedad del niño, que se verá alterada si todos estos factores no funcionan de manera coordinada⁽⁹⁾.

La literatura recoge numerosos factores de riesgo que pueden predisponer a presentar un TCA en el niño pequeño (Tabla I). La alimentación es el acto relacional por excelencia, por lo que es fundamental la interrelación que existe

entre padre e hijos para condicionar una adecuada conducta alimentaria⁽¹⁰⁾. De esta manera, los diferentes estilos educativos (influidos por las normas culturales, la preocupación de los padres y las características del niño) pueden influir de manera tanto positiva como negativa en la aparición de este tipo de trastornos. Estas prácticas se han clasificado en 4 tipos fundamentales⁽⁵⁾, y conocer ante cual nos encontramos nos ayudará a un mejor enfoque y manejo del caso.

- Estilo responsable o asertivo:** los padres guían al niño en la alimentación y fijan límites sin recurrir a técnicas de coacción, son sensibles y afectivos, hablan positivamente de los alimentos, siendo un modelo para sus hijos. Determinan claramente qué, dónde, cómo y cuándo debe comer el niño, dejándole decidir cuánto puede ingerir. Este estilo educativo es el más adecuado, consiguiendo que el niño reconozca adecuadamente los signos de hambre y saciedad, y realicen con más frecuencia una dieta equilibrada adecuada para su edad.
- Estilo controlador o autoritario:** ejercen un control estricto sobre el niño, llegando a la fuerza, el castigo y la coacción, ignorando las señales de hambre y saciedad en el niño. Convierten las comidas en un infierno, siendo claramente contraproducentes a medio plazo.
- Estilo indulgente o permisivo:** es el caso diametralmente opuesto al anterior. El niño hace lo que le place, manejando a sus padres a voluntad, sin establecerse ningún límite. Come lo que le apetece, en el sitio que más le place y cuando le da la gana, lo que condiciona una dieta inadecuada y un mayor riesgo de obesidad.
- Estilo negligente:** son padres sin sentido de la responsabilidad y desapegados, pudiendo llegar a presentar problemas emocionales y psiquiátricos. No establecen ninguna pauta, ignoran las necesidades afectivas y físicas de sus hijos, pudiendo llegar a tener consecuencias graves.

Podremos diferenciar ante qué estilo nos encontramos mediante la observación directa de las comidas (grabación de vídeo) o realizando 3 preguntas sencillas: ¿está muy preocupado por la alimentación de su hijo?, ¿qué ocurre

Tabla II. Signos de alarma de los trastornos de la conducta alimentaria en el niño pequeño ⁽⁵⁾	
<i>Banderas rojas orgánicas</i>	<i>Banderas rojas conductuales</i>
Disfagia, dolor aparente con la alimentación	Fijación por los alimentos (selectiva, limitaciones extremas en la dieta)
Deglución incoordinada: tos, aspiración, neumonías recurrentes	Cese brusco de la alimentación tras un suceso desencadenante
Vómitos, diarrea, sangre en heces	Alimentación forzada, nociva
Retraso en el desarrollo	Náuseas anticipatorias al meter alimento en boca
Síntomas crónicos cardiorrespiratorios	
Fallo de medro	

durante las comidas?, ¿qué hacen ustedes cuando su hijo no come?⁽⁵⁾.

Diagnóstico

Se basa en la anamnesis detallada, exploración física y antropometría, descartando posibles patologías orgánicas e identificando el tipo de TCA ante el que nos encontramos.

Debido al escaso tiempo del que disponemos en la consulta, nuestra tentación ante la preocupación de los padres por el niño mal comedor será quitarle importancia y banalizar sus causas y consecuencias. Debemos tener en cuenta que podemos encontrarnos ante un TCA, y que una adecuada orientación a tiempo puede evitar llegar a situaciones graves, estando alerta ante la posible existencia de signos de alarma (“banderas rojas”), tanto orgánicos como conductuales (Tabla II), que nos indiquen que puede existir una patología orgánica subyacente o un TCA que requiera una atención preferente^(11,12).

Historia clínica

Historia clínica sistemática teniendo en cuenta los siguientes puntos:

- Antecedentes familiares: genéticos, físicos (talla baja, patrón de crecimiento...), socioeconómicos y psicosociales (composición familiar, estilos educativos, situaciones estresantes...).
- Antecedentes personales: embarazo, parto, enfermedades previas, desarrollo psicomotor, adquisición de hitos desarrollo, patrón de sueño y alimentación.

- Historia nutricional:
 - Estilo de alimentación de los padres (responsable, controlador, negligente o indulgente).
 - Rechazo del alimento: tiempo de evolución, rechazo global o selectivo y relación con enfermedad o experiencia traumática.
 - Conducta y hábitos alimentarios: lugar, calidad, duración, variedad, ambiente, actitud de los padres y observación de las comidas directa o indirecta (vídeos).
 - Historia dietética o encuesta nutricional (de 1 a 3 días), valorando un adecuado aporte calórico y de nutrientes.

Exploración física y antropometría

Examen completo por aparatos para descartar posibles patologías orgánicas, incluyendo exploración de la función motora oral (valorar presencia de babeo y náuseas excesivas, dificultad ante texturas avanzadas y en los hitos de la alimentación). La valoración antropométrica incluirá: peso, talla, perímetro cefálico y perímetro braquial, valorando su evolución a lo largo del tiempo. Los índices más prácticos para evaluar el estado de nutrición del paciente son el índice de masa corporal (peso/talla²) y la relación peso/talla (curva percentilada, *Z score*)⁽¹¹⁾.

Pruebas complementarias

Su realización, en principio, no aportará información significativa, y se reservará para los casos en los que exista sospecha de patología orgánica, datos de alarma conductuales o valoración antro-

pométrica y nutricional alterada. Podemos solicitar de manera individualizada: hemograma, bioquímica (metabolismo hierro, función hepática y renal, niveles de proteínas, electrolitos), hormonas tiroideas, sedimento urinario, anticuerpos de enfermedad celíaca, parásitos en heces y una radiografía de muñeca (en función de la edad y el crecimiento del paciente).

Clasificación

La clasificación de Kerzner en niños con poco apetito, niños con ingesta selectiva y niños con miedo a comer, puede ser muy útil para el enfoque y manejo de los TCA.

Los trastornos alimentarios en el niño han sido objeto de numerosos intentos de clasificación, desde que en el año 1994 se introdujeran por primera vez como categoría diagnóstica psiquiátrica en la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV, como: trastorno alimentario del lactante y el niño, posteriormente siendo denominado en el DSM-V: trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria. Más completa y utilizada ha sido la clasificación de Chatoor^(13,14), distinguiendo seis tipos de TCA sobre la base de criterios psiquiátricos y conductuales: 1) alteración del estado de regulación; 2) reciprocidad inadecuada (vínculo madre-hijo); 3) anorexia infantil; 4) aversión alimentaria sensorial; 5) alteración asociada a patología orgánica; y 6) alteración postraumática.

Por último, Kerzner^(4,15) unificó todo lo anterior, estableciendo una clasificación muy útil en la que nos centraremos, al resultar muy práctica para el pediatra de Atención Primaria. Establece tres categorías teniendo en cuenta el comportamiento del niño y el estilo de alimentación de los cuidadores: niños con poco apetito, niños con ingesta selectiva y niños con miedo a comer. Cada una de ellas comprende varias subcategorías y cada paciente puede albergar más de una a la vez. Disponemos de herramientas y cuestionarios que nos pueden orientar hacia el tipo de trastorno ante el que nos encontramos (IMFeD: *Identification and Management of Feeding Difficulties*) y que han demostrado utilidad en la práctica clínica⁽¹⁶⁾.

1. Niños con poco apetito: incluye 4 grupos:

a. *Falsa percepción por los padres*: niños que comen poco, pero que al realizar una historia dietética, se comprueba que su ingesta es adecuada. Existe una excesiva preocupación de los padres a pesar de presentar un adecuado perfil ponderoestatural, por lo que nuestra función debe ser: tranquilizar a la familia, explicar las variaciones normales del apetito, demostrar un patrón de crecimiento normal y revisar las pautas básicas de alimentación. Puede llegar a ser un problema si la preocupación de los cuidadores conlleva que realicen prácticas de alimentación inadecuadas.

b. *Niño activo con apetito limitado*: caracterizados por Chatoor⁽¹³⁾ como “anorexia infantil”. Son activos, inquietos, más interesados en jugar y hablar que en comer. Es muy difícil mantenerlos sentados en la mesa y comen pocas cantidades, lo que conlleva, en ocasiones, un estancamiento ponderal. El conflicto entre padres e hijos puede llegar a dificultar un desarrollo cognitivo óptimo. Es preciso establecer un programa de alimentación que fomente el hambre: limitando el número de comidas, evitando “picoteos” entre horas, “menús a la carta” y estableciendo unos límites y unos horarios regulares. Pueden ser útiles estrategias de refuerzo positivo y “time out” (no prestar atención ante comportamientos inadecuados)⁽¹⁷⁾.

c. *Niño apático y retraído*: no tienen interés por la alimentación ni por su entorno. Niños y cuidadores parecen deprimidos e interactúan mal. La desnutrición puede ser evidente, siendo a la vez causa de depresión y anorexia. Precisan de una interacción positiva con un alimentador experimentado que sirva de modelo, siendo necesaria, en ocasiones, el apoyo de los servicios de protección infantil.

d. *Niño con poco apetito debido a enfermedad orgánica*: enfermedades gastrointestinales, cardiorrespiratorias, neurológicas, metabóli-

cas y estructurales⁽⁹⁾, provocan un descenso en el apetito. Requieren un abordaje individualizado de dicha patología.

2. Niños con ingesta selectiva: incluye 4 grupos:

a. *Falsa percepción por los padres de la neofobia*, típica a los 18-24 meses, que se resolverá educando a los padres y exponiendo repetidamente los nuevos alimentos sin presión. Este fenómeno parece ser menos frecuente en los alimentados con lactancia materna.

b. *Selectividad leve*: comen menos alimentos, “caprichosos”, ingiriendo suficiente cantidad de energía y nutrientes, pero la exposición repetida de alimentos no mejora la conducta alimentaria⁽⁵⁾. El conflicto familiar en torno a la alimentación puede desencadenar problemas de conducta posteriores (ansiedad, depresión...). En su manejo, pueden ser útiles trucos, como: usar formatos atractivos para los alimentos (emplatados divertidos, palitos para mojar...), involucrar a los niños en su preparación, usar salsas, nombres sugerentes... Es interesante dejar que el niño se interese por los alimentos nuevos a través de la comida de los padres, pidiendo probar de ellos.

c. *Altamente selectivos*: ingieren en su dieta únicamente 10-15 alimentos. Chatoor los define como aversión alimentaria sensorial⁽¹³⁾, ya que rechazan los alimentos en función de su color, textura, olor, temperatura o apariencia. Alguno pueden presentar manifestaciones sensoriales como respuestas a: ruidos, luces y texturas. El ejemplo más común serían los problemas de alimentación del autismo. Requieren una terapia conductual más profunda, encadenando alimentos progresivamente, premiando con alimentos favoritos si prueba uno nuevo, cambiar colores, formas, texturas⁽¹⁷⁾... Pueden llegar a presentar deficiencia de micronutrientes que precisen de suplementación (vitaminas D y E, calcio, hierro y zinc)⁽¹⁸⁾.

d. *Ingesta selectiva de origen orgánico*: relacionada con respuestas

alteradas a las propiedades sensoriales de los alimentos y/o a un retraso en las habilidades motoras orales.

3. **Niños con miedo a comer:** cualquier experiencia traumática relacionada con la alimentación puede causarlo.

- a. *Percepción errónea:* en determinadas ocasiones, el llanto excesivo del lactante (cólicos...) es percibido erróneamente como hambre, siendo forzados a comer. Hay que evaluar las causas del malestar del niño y aliviar la ansiedad del cuidador.
- b. *Miedo a la alimentación:* una experiencia negativa previa traumática (atragantamiento, quemarse la boca con un alimento, forzar enérgicamente la alimentación del niño), condiciona un rechazo a la alimentación, habitualmente de sólidos. Suelen precisar técnicas cognitivo-conductuales⁽¹⁾ (refuerzos positivos, distracciones...), incluso valoración psiquiátrica y uso de ansiolíticos. En el lactante, se puede intentar alimentar cuando el niño está adormilado.
- c. *Miedo a comer de causa orgánica:* cualquier causa que origine dolor al comer puede condicionar un miedo a la alimentación: niños alimentados por sonda, esofagitis, gastroparesia, estomatitis, etc. Requerirán un tratamiento individualizado y, en ocasiones, más complejo (desensibilización oral motora, exposición gradual no amenazante de la alimentación...)^(17,19).

Tratamiento

Los pilares de tratamiento de los TCA del niño pequeño son: **tratamiento de la enfermedad orgánica subyacente (si existe), tratamiento nutricional (consejo nutricional y valorar la necesidad de requerir soporte nutricional) y conductual individualizado.**

El pediatra de Atención Primaria puede manejar un alto porcentaje de casos (leves y moderados) con esta problemática, teniendo en cuenta que su abordaje debe ser individualizado y se basa en dos pilares: tratamiento nutricional y conductual, tanto del niño como de la familia. La aplicación de una terapia adecuada en los TCA

Tabla III. Pautas básicas de alimentación
- Mantener unos límites adecuados
- El ambiente debe ser relajado (nunca enfadarse ni parecer enfadado)
- Mantener una actitud neutra agradable en las comidas
- Enfatizar el contraste entre hambre y saciedad para fomentar el apetito
• Limitar la duración de las comidas (20-30 minutos)
• 4-6 comidas al día (según la edad) con solo agua entre ellas
- Servir alimentos apropiados para la edad
- Servir cantidades de alimentos propias para la edad
- Los padres eligen el tipo, los horarios y el lugar de alimentación
- El niño decide cuánta cantidad de alimento quiere ingerir
- Introducir sistemáticamente poco a poco, nuevos alimentos (8-15 intentos cada uno)
- Alentar la alimentación independiente
- Tolerar el desorden/suciedad propio de la edad (pueden tocar, explorar)
- Evitar ruidos y distracciones durante las comidas (TV, teléfonos, juguetes)
- Los padres deben ser modelos de buenos hábitos alimentarios

es altamente efectiva (hasta del 90% según algunos autores)⁽⁹⁾. Los casos más complejos (niños con uso prolongado de sonda enteral, trastornos generalizado del desarrollo, patología orgánica, oromotor o psicológica importante) precisarán de un manejo multidisciplinar por parte de diferentes especialidades (Gastroenterología y Nutrición, Psicología, Psiquiatría y Logopedia)⁽¹⁸⁾. El ingreso hospitalario estará justificado en caso de: falta de mejoría con el tratamiento ambulatorio, sospecha de abuso o negligencia, presencia de lesiones traumáticas, signos de desnutrición grave o deterioro psicosocial severo del cuidador⁽¹¹⁾. Las tres bases del tratamiento son:

1. **Tratamiento específico:** de la enfermedad orgánica si existe.
2. **Tratamiento nutricional:** tras la valoración del estado nutricional y de la ingesta dietética, realizaremos un **consejo nutricional:** estableciendo unas pautas básicas de alimentación (Tabla III), marcando unos horarios de comidas y evitando los picoteos para fomentar el apetito. En caso de presentar un estado nutricional afectado, nos plantearemos la necesidad de establecer algún tipo de **soporte nutricional**, aumentando el aporte de energía y nutrientes de forma alternativa, o como complemento a la alimentación habitual. Si la afectación del estado nutricional es leve, podemos realizar cambios en la dieta para aumentar el contenido calórico sin aumentar la cantidad a ingerir,

usando en los lactantes, fórmulas con mayor contenido calórico, y en los mayores utilizando: salsas, rebozados, empanados, alimentos de alto valor energético (frutos secos, aguacate...), guarniciones, batidos caseros hipercalóricos o incluso mediante módulos nutricionales⁽¹¹⁾. Algunos pacientes pueden precisar suplementos de micronutrientes de los que presenten carencias⁽¹⁸⁾, sobre todo en los casos de ingesta selectiva. Los casos de afectación nutricional moderada o grave, requieren una valoración especializada con necesidad de soporte nutricional artificial de manera oral o enteral (principalmente con sonda nasogástrica).

Por último, el uso de fármacos no está indicado de entrada en el tratamiento de los niños con poco apetito, aunque se han utilizado en algunos estudios con éxito⁽²⁰⁾. Los mal llamados “estimulantes del apetito”, como la ciproheptadina o el pizotifeno, son antihistamínicos que tienen como efecto secundario producir un incremento del apetito, con la posibilidad de producir efectos adversos.

3. **Tratamiento conductual:** es parte fundamental del tratamiento de los trastornos de la alimentación, siendo sus objetivos: aumentar la ingesta oral o la variedad de alimentos, disminuir los problemas de comportamiento en las comidas, aumentar las interacciones placenteras en las comidas entre padres e hijos, disminuir el estrés de los padres en las comidas y

avanzar en la ingesta adecuada para la edad y desarrollo del niño. Las estrategias para mejorar la influencia del cuidador durante las comidas incluyen: controles ambientales que modifican los horarios de ingesta y la configuración de las comidas regulando el ciclo de hambre y saciedad del niño, recomendando actividades tranquilas antes de las comidas y rutinas para facilitar la transición a la mesa (p. ej.: lavar las manos). Los planes para aumentar las conductas alimentarias deseables incluyen el uso de entrenamiento de refuerzos positivos y negativos (estos últimos solo en determinados casos, bajo la supervisión de un psicólogo) y el entrenamiento en discriminación o refuerzo diferencial (reforzando conductas positivas y minimizando las negativas). Las estrategias para reducir las conductas de alimentación negativas incluyen: la extinción (retención de un refuerzo positivo), el castigo (corrección verbal con un “NO” firme y varios segundos de retirada de atención, girar o retirar al niño de la mesa) y la desensibilización (asociar un estímulo agradable o suprimir uno aversivo a la exposición de un nuevo alimento). La mayoría de planes de tratamiento incluirán una combinación de técnicas, según el tipo de trastorno ante el que nos encontremos (niño con poco apetito, ingesta selectiva y miedo a comer), y podremos recomendar unas pautas adecuadas para cada niño. Tras una instrucción adecuada, lo podrá realizar la familia⁽¹⁷⁾, teniendo en cuenta que una mala gestión de la conducta (un refuerzo inadvertido de patrones de alimentación inapropiados) contribuye a la cronificación de los problemas. Los casos complejos requerirán ayuda especializada.

Bibliografía

Los asteriscos muestran el interés del artículo a juicio del autor.

1. Lee WS, Tee CW, Tan AG, Wong SY, Chew KS, Cheang HK, et al. Parental concern of feeding difficulty predicts poor growth status in their child. *Pediatr Neonatol.* 2019; 60: 676–83.
2. 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.
3. 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.
- 4.** Martínez Rubio A, Santana Vega C, Ros Arnal I. Falta de apetito. En: *Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria*. Disponible en: <http://algoritmos.aepap.org/algoritmo/23/falta-de-apetito>. Consultado en junio de 2019.
- 5.*** Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics.* 2015; 135: 344–53.
6. Green RJ, Samy G, Miqdady MS, Salah M, Sleiman R, Abdelrahman HM, et al. How to improve eating behaviour during early childhood. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2015; 18: 1–9.
7. Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, Dodrill P. Pediatric Feeding Disorder. Consensus Definition and Conceptual Framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2019; 68: 124–9.
- 8.** San José MA, Moráis A. Trastornos de la conducta alimentaria del niño pequeño. El niño que no come. En: *Continuum. Asociación Española de Pediatría*. Disponible en: https://continuum.aeped.es/files/guias/Material_descarga_unidad_4_nutricion.pdf.
- 9.** Rybak A. Organic and nonorganic feeding disorders. *Ann Nutr Metab.* 2015; 66: 16–22.
10. Graell M, Villaseñor A, Faya M. Signos de alerta en los trastornos de la conducta alimentaria en Atención Primaria. Del nacimiento a la adolescencia. En: *AE-Pap*, ed. *Curso de Actualización Pediatría 2015*. Madrid. Lúa Ediciones 3.0; 2015. p. 423–30. Disponible en: <http://www.aepap.org/sites/default/files/cursoaepap2015p423-430.pdf>.
- 11.*** Madruga Acerete D, Martínez Zazo A, De la Mano Hernández B. Trastornos de la conducta alimentaria en el niño pequeño. En: Ribes Koninckx C (coord.). *Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica*. 4.ª edición. Madrid. Ergon; 2016.
12. Salmerón MA, Román Hernández C, Casa Rivero J. Trastornos del comportamiento alimentario. *Pediatr Integral.* 2017; XXI(2): 82–91.
13. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2002; 11: 163–83.
14. Chatoor I, Ganiban J. Food refusal by infants and young children: diagnosis and treatment. *Cogn Behav Pract.* 2003; 10: 138–46.
- 15.** Kerzner B. Clinical investigation of feeding difficulties in young children: a practical approach. *Clin Pediatr.* 2009; 48: 960–5.
16. Lin CC, Ni YH, Lin LH, Lau BH, Chao HC, Lee HC. Effectiveness of the IMFeD tool for the Identification and Management of Feeding Difficulties in Taiwanese children. *Pediatr Neonatol.* 2018; 59: 507–14.
- 17.*** Silverman AH. Behavioral management of feeding disorders of childhood. *Ann Nutr Metab.* 2015; 66: 33–42.
- 18.*** Milano K, Chatoor I, Kerzner B. A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Curr Gastroenterol Rep.* 2019; 21: 51. <https://doi.org/10.1007/s11894-019-0719-0>.
19. 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. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0261561414002192>.
20. Sant’Anna AM, Hammes PS, Porporino M, Martel C, Zygmuntowicz C, Ramsay M. Use of cyproheptadine in young children with feeding difficulties and poor growth in a pediatric feeding program. *J Pediatr Gast Nutr.* 2014; 59: 674–8.

Bibliografía recomendada

- Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics.* 2015; 135: 344–53.

Artículo fundamental en el que Kerzner clasifica de manera muy práctica los TCA del niño pequeño en tres categorías, teniendo en cuenta el comportamiento del niño y el estilo de alimentación de los cuidadores.

- Madruga Acerete D, Martínez Zazo A, De la Mano Hernández B. Trastornos de la conducta alimentaria en el niño pequeño. En: Ribes Koninckx C (coord.). *Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica*. 4.ª edición. Madrid. Ergon; 2016.

Exhaustiva revisión de los TCA del niño pequeño, desde el prisma de la Gastroenterología y Nutrición Pediátrica.

- Silverman AH. Behavioral management of feeding disorders of childhood. *Ann Nutr Metab.* 2015; 66: 33–42.

Artículo que revisa de manera completa y práctica el manejo conductual de los pacientes con TCA.

- Milano K, Chatoor I, Kerzner B. A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Curr Gastroenterol Rep.* 2019; 21: 51. <https://doi.org/10.1007/s11894-019-0719-0>.

Reciente actualización, desde el punto de vista práctico, del abordaje y manejo de los TCA en la consulta de Atención Primaria.

Caso clínico

Paciente de 4 años cuyos padres manifiestan en la revisión programada de salud, gran preocupación por la alimentación de su hijo. Refieren ingesta de muy pocos alimentos (alrededor de 20 productos), negándose a probar cosas nuevas, “siempre quiere comer lo mismo”. No relatan experiencia traumática ni introducción de ningún alimento que haya desencadenado dicho comportamiento. Rechaza los alimentos muchas veces, negándose a probarlos a pesar de ofrecérselos repetidamente, presentando ansiedad si se fuerza a comer alimentos que rechaza. Cuando se le prepara para comer un alimento que no le gusta, el niño refiere que “le da asco”. Los padres acaban ofreciendo al niño el alimento deseado, utilizando a menudo distracciones como dispositivos electrónicos o dándole ali-

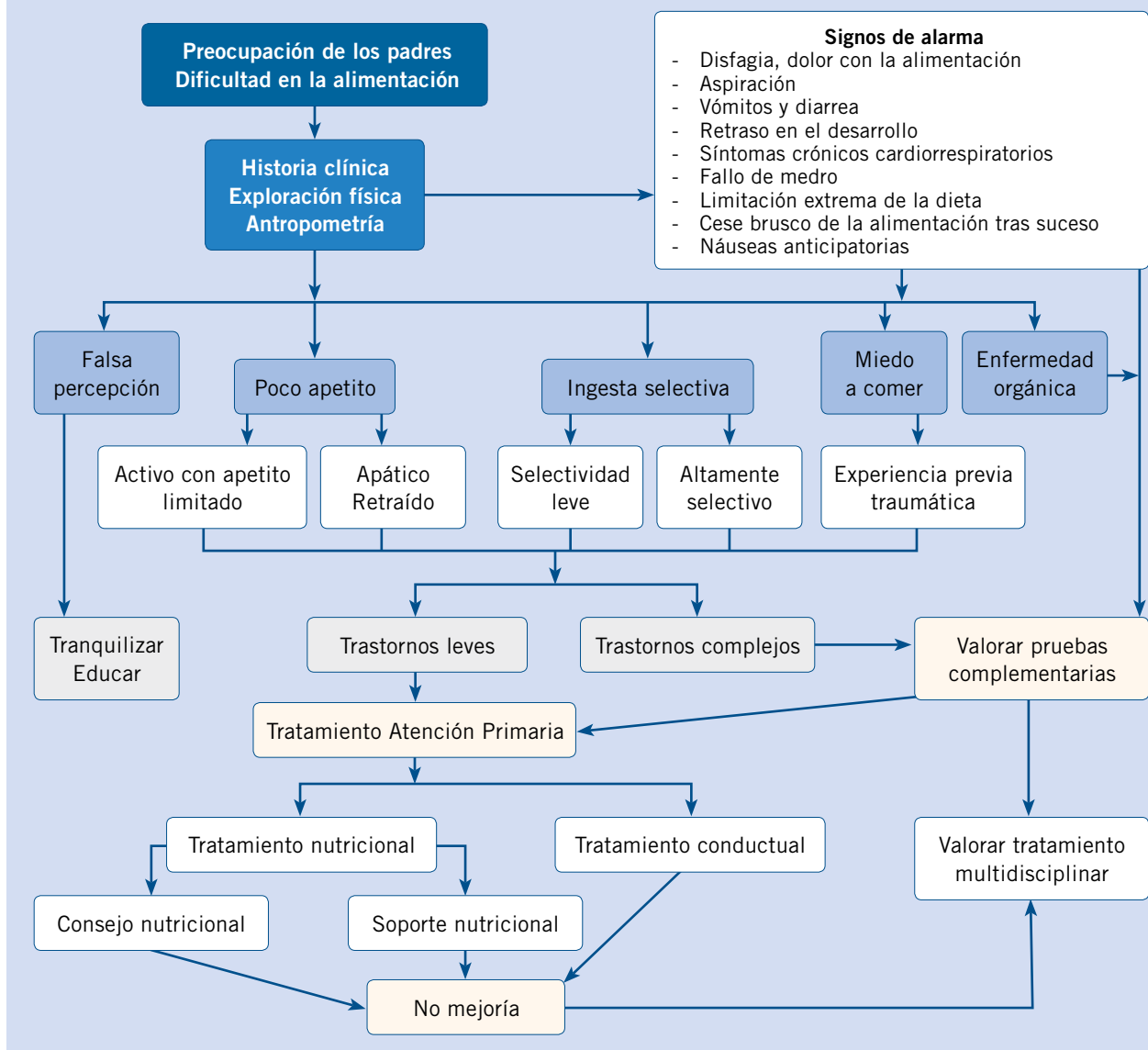
mento mientras está jugando. Este problema con la comida angustia mucho a los padres, ya que genera un conflicto familiar en torno a la alimentación y están preocupados porque esta sea adecuada a su hijo en cantidad y calidad.

Antecedentes familiares: sin interés.

Antecedentes personales: embarazo, parto y período neonatal sin incidencias. Lactancia materna durante 3 meses. Peso recién nacido 3.120 g. Evolución ponderoestatural progresiva adecuada a valores actuales. Desarrollo psicomotor adecuado.

Exploración física: peso: 14,6 kg (P₁₉); talla: 101 cm (P₂₉); relación peso/talla: 0,14 (P²⁰); IMC: 14,31 kg/m² (P²⁰). Exploración por aparatos dentro de la normalidad.

Algoritmo de los trastornos de la conducta alimentaria del niño pequeño





Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar “on line” a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.

Trastornos de la conducta alimentaria en el niño pequeño

33. ¿Cuál de las siguientes definiciones se AJUSTA mejor al término: trastorno de la conducta alimentaria del niño pequeño?

- Rechazo de alimentos nuevos o desconocidos para el niño.
- Cualquier problema relacionado con la alimentación del niño.
- Incapacidad para mantener una velocidad de crecimiento normal, en peso o en longitud, en menores de 3 años, y que supone un riesgo para la salud, así como para el correcto desarrollo motor, social y emocional del niño.
- Problema relacionado con la conducta alimentaria, lo suficientemente importante para producir un trastorno nutricional o socioemocional en el niño (entre 0-6 años de edad) y en los cuidadores, y que requerirá de un tratamiento específico.
- Cualquier situación en la que nos encontramos ante una falta de apetito en los niños.

34. ¿Cuál es la INCIDENCIA estimada en nuestro medio de los trastornos de la conducta alimentaria del niño pequeño, sin tener en cuenta las dificultades leves y las interpretaciones familiares erróneas?

- 1-5%.
- 5-10%.
- 10-20%.
- 20-30%.
- 50%.

35. ¿Cuál de los siguientes estilos educativos es el más indicado para PREVENIR la aparición de un trastorno de la alimentación en el niño pequeño?

- Estilo controlador.
- Estilo responsable/asertivo.

- Estilo autoritario.
- Estilo permisivo.
- Estilo indulgente.

36. ¿Cuál de los siguientes NO se considera signo de alarma que nos alerta de la presencia de enfermedad orgánica de base?

- Disfagia.
- Fijación extrema por determinados alimentos.
- Retraso en el desarrollo y crecimiento.
- Tos, neumonías recurrentes.
- Síntomas crónicos cardiorrespiratorios.

37. ¿Cuál de las siguientes pautas de alimentación NO se considera adecuada para recomendar a los padres en la consulta de Pediatría?

- Limitar la duración de las comidas a 30 minutos como máximo.
- Ofrecer un juguete al niño para distraerlo y conseguir que coma.
- Dejar que el niño toque los alimentos y se manche con ellos.
- Ofrecer los alimentos nuevos sistemáticamente, poco a poco (hasta 15 intentos cada uno).
- Dejar que el niño elija cuánta cantidad de comida puede ingerir.

Caso clínico

38. ¿Qué PRUEBAS complementarias estaría indicado solicitar en el paciente del caso clínico?

- Hemograma y bioquímica (metabolismo hierro, función hepática y renal, niveles de proteínas, electrolitos) y hormonas tiroideas.
- Hemograma, bioquímica (metabolismo hierro, función hepática y renal, niveles de proteínas, electrolitos), hormonas tiroideas, sedimento urinario y anticuerpos de enfermedad celíaca.
- Hemograma, bioquímica (metabolismo hierro, función hepática

y renal, niveles de proteínas, electrolitos), vitamina B₁₂ y ácido fólico, hormonas tiroideas, anticuerpos de enfermedad celíaca y parásitos en heces.

- Hemograma, bioquímica (metabolismo hierro, función hepática y renal, niveles de proteínas, electrolitos), hormonas tiroideas, sedimento urinario, anticuerpos de enfermedad celíaca, parásitos en heces y una radiografía de muñeca.
- En este momento, no estaría indicada la realización de pruebas complementarias.

39. Dentro de la clasificación de Kerzner de los estilos de alimentación de los cuidadores y de los trastornos de la conducta alimentaria del niño pequeño, ¿en CUÁL de ellos podríamos clasificar a nuestro paciente?

- Niño activo con apetito limitado. Padres controladores.
- Niño apático con apetito limitado. Padres responsables.
- Niño con ingesta selectiva leve. Padres permisivos.
- Niño con ingesta altamente selectiva. Padres indulgentes.
- Niño con miedo a la alimentación. Padres negligentes.

40. ¿Cuál de las siguientes actuaciones NO estaría indicada en el manejo de nuestro paciente?

- Usar formatos (presentación, palitos para mojar...) y nombres atractivos para los alimentos.
- Involucrar al niño en la preparación de los alimentos en la medida de sus posibilidades.
- Dejar que el niño decida la cantidad de alimento que ingiere.
- Usar algún juguete durante la comida para distraer la atención del niño.
- Usar puré o salsas para “esconder” el alimento rechazado.