



Dificultades alimentarias en la infancia: una revisión narrativa

Carola Saure^a , Luciana N. Zonis^b , Ximena González Sanguinetti^b , Irina Kovalskys^c

RESUMEN

Se estima que entre el 25 % y el 40 % de los niños sanos presentan algún síntoma de dificultad alimentaria (DA) durante su crecimiento y desarrollo, y muchas veces no son adecuadamente diagnosticadas.

El propósito de este trabajo consistió en realizar una revisión narrativa que reuniera la información disponible sobre las dificultades alimentarias. Se desarrollaron algoritmos de evaluación y abordaje a partir de la evidencia en la literatura.

La mayoría de los problemas de alimentación en los niños pequeños (selectividad alimentaria, falta de apetito, miedo a la alimentación) a menudo coexisten y es necesario evaluar el riesgo clínico para planificar una intervención individualizada.

Contar con definiciones estandarizadas y terminología común para abordar estas dificultades de manera adecuada y multidisciplinaria es uno de los caminos para optimizar su tratamiento. Involucrar a los diferentes profesionales de la salud y a los padres es fundamental para abordar las dificultades alimentarias.

Palabras clave: comer quisquilloso; inapetencia; niño.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2023-10200>

doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2023-10200.eng>

Cómo citar: Saure C, Zonis LN, González Sanguinetti X, Kovalskys I. Dificultades alimentarias en la infancia: una revisión narrativa. *Arch Argent Pediatr*. 2024;122(5):e202310200.

^a Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; ^b Instituto para la Cooperación Científica en Ambiente y Salud (ICCAS), Buenos Aires, Argentina; ^c Carrera de Nutrición, Facultad de Ciencias Médicas, Pontificia Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia para Luciana N. Zonis: lucianazonis@gmail.com

Financiamiento: El trabajo ha recibido financiación del laboratorio Nutricia Bago S. A. El financiador no ha intervenido en la escritura del manuscrito ni tuvo ninguna injerencia en la planificación ni en la decisión de publicar.

Conflicto de intereses: Los autores declaran haber recibido honorarios por parte de Nutricia Bago S. A. para la realización del manuscrito. Además, IK ha recibido honorarios por disertaciones y como asesora científica de Novo Nordisk.

Recibido: 24-8-2023

Aceptado: 11-12-2023



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

Determinar la prevalencia de dificultades alimentarias (DA) resulta complejo, ya que no hay una única definición en la literatura. Puede definirse como “una expresión amplia que engloba cualquier problema relacionado con la conducta alimentaria desde falsas precepciones por parte de los padres hasta verdaderos trastornos de la conducta alimentaria”.¹ Se estima que entre el 25 % y el 40 % de los niños sanos presentan algún síntoma de DA durante su crecimiento y desarrollo.^{2,3} Sin embargo, para realizar una estimación epidemiológica de las dificultades alimentarias, se requiere acordar –en primer lugar– a qué entidad nos estamos refiriendo. Kovacic y colaboradores, considerando la definición amplia de DA, reportan una prevalencia anual estimada en 2014, de 1 en 23/24 niños atendidos en el sector público y 1 en 37 atendidos en el sector privado en menores de 5 años.⁴ Las prevalencias son dependientes de la clasificación que se utilice: 1) selectividad alimentaria (SA), 2) inapetencia o falta de apetito (I) y 3) fobia a la alimentación (FA); la primera es la entidad más frecuentemente observada y representa aproximadamente 2/3 del total de niños identificados con trastornos de alimentación.⁵

Es importante destacar que, del total de pacientes con síntomas compatibles con DA, hay un 20 % que no es adecuadamente diagnosticado. Entre los factores de riesgo que se asocian a un aumento de la prevalencia de las DA, se encuentran la prematuridad, los desórdenes del espectro autista y los niños con retraso en el desarrollo, ya que se ha reportado que el 80 % de ellos experimentan algún tipo de problema de alimentación. Sin embargo, del total de niños que experimentan alguna forma de DA durante su desarrollo, solo el 10 % presenta un nivel de gravedad que justifica una intervención intensiva.⁶

Desafortunadamente, son muy escasos los datos de prevalencia de DA en la población latinoamericana. Un estudio realizado por Fisberg y colaboradores en San Pablo, que incluyó 166 pacientes con DA, describió la siguiente distribución: selectivo (37,8 %), inapetente (17,6 %), mala interpretación diagnóstica por parte de padres y cuidadores (17,6 %), causa orgánica (10,1 %), fobia, (6,7 %), otras causas (6,7 %), inquieto (3,4 %). En Brasil, la edad media de presentación de SA es de 52 meses, a diferencia de la fobia o la inapetencia, que suele presentarse entre los 34 y 31 meses.^{7,8}

Puede existir compromiso clínico sin causa

orgánica subyacente y la DA actuar como factor desencadenante, o la misma DA producir malnutrición de diferentes grados. La disminución del apetito es una condición frecuente de cualquier enfermedad clínica y suele ser un síntoma que puede persistir, inclusive luego de la resolución.⁹

Dada la importancia de acordar criterios y definiciones para las dificultades alimentarias y con el objetivo de abordar los aspectos conductuales, funcionales y nutricionales, se propuso como objetivo principal realizar una actualización sobre las DA y como objetivos secundarios:

- Describir las definiciones utilizadas para referirse a las DA.
- Describir las clasificaciones y subclasificaciones diagnósticas descritas en la literatura.
- Construir un modelo de evaluación y abordaje clínico y funcional de las DA a partir de la evidencia científica disponible.
- Proponer un algoritmo de intervención.

MÉTODOS

Se trata de una revisión narrativa que incluye la evidencia disponible en la literatura de las DA en la edad pediátrica. A partir esta, se propone un algoritmo de intervención acordado por consenso entre los autores.

La búsqueda comprende artículos publicados en los últimos 10 años (2013-2023) y en las bases electrónicas de datos: Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. (NIH-Pubmed), Scielo, Lylacs y Biblioteca Virtual de Salud (BVS Brasil). Los términos utilizados para la búsqueda bibliográfica fueron *Prevalence of Picky Eaters, Feeding Disorders, Food Neophobia, Limited Appetite Children, Feeding Difficulties in Children*, selectividad alimentaria, dificultades alimentarias. Algunas revisiones de referencia son previas al período de búsqueda. Se consideraron artículos en idioma inglés, portugués y español.

NOMENCLATURA Y DEFINICIONES

En la literatura, podemos encontrar una variedad de términos que hacen referencia a las DA. Cabe destacar que ninguno de estos términos se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria clásicos. En algunas ocasiones, un solo término tiene diferentes significados. Con el objetivo de facilitar la comprensión, se agruparon los términos cuando son sinónimos y/o describen la misma entidad clínica o de comportamiento.

Neofobia: se define como “el rechazo de

alimentos novedosos o desconocidos para el niño” que se resuelve con exposiciones repetidas.⁵ Suele ocurrir entre los 2 y los 6 años.¹⁰ Forma parte de los trastornos evitativos restrictivos de la ingesta de alimentos, conocido en inglés como ARFID.¹¹ Su prevalencia es del 40 % al 60 % de las DA.¹²

Picky eaters, fussy eating, quisquilloso, caprichoso/melindroso con la comida, apetito limitado, selectividad alimentaria: se considera una forma leve de alteración sensorial, en general, se trata de un problema transitorio.⁵ Suelen rechazar los alimentos no solo cuando los prueban por primera vez, sino también cuando ya han sido conocidos y aceptados. La variedad y la cantidad de alimentos consumidos son limitados y es característico entre los 2-3 años.¹¹

Niños con miedo a comer o fobia alimentaria: se niegan a comer por incomodidad, no por falta de apetito. Suele presentarse tras una experiencia traumática, como atragantamiento, vómitos, náuseas, arcadas o molestias gastrointestinales. El rechazo de la comida se presenta junto a gritos y ataques de ira. Es frecuente que tengan una masticación prolongada, se escondan la comida en la mejilla o la desechen.¹³ Corresponde al 1 % de los casos de DA.⁵

Inapetencia alimentaria: se caracteriza por falta de deseo de comer, saciedad precoz, cantidad inadecuada de alimentos para mantener un crecimiento normal y continuo conflicto a la hora de comer. La disminución del apetito da como resultado un niño a menudo letárgico, inactivo y desmotivado, que puede deberse a afecciones médicas que afecten negativamente el apetito. A diferencia de las entidades anteriores, puede asociarse a la privación de alimentos, sobre todo en determinadas poblaciones o regiones geográficas. Representa aproximadamente el 25 % de las DA.¹³

CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS

Debido a que la alimentación presenta múltiples mecanismos subyacentes que influyen sobre ella, resulta fundamental que existan criterios diagnósticos.

Un lenguaje común y estandarizado permite caracterizar mejor las necesidades heterogéneas de esta población de pacientes, facilita la práctica clínica y la inclusión de las diversas disciplinas necesarias para su tratamiento.¹⁴ La *Tabla 1* describe las tres clasificaciones diagnósticas para niños con DA:

1. *Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales* (DSM-5, 2013), donde se proponen criterios diagnósticos para trastorno de la alimentación de niños pequeños, al mismo tiempo que se minimiza el papel que juegan las comorbilidades médicas o psicológicas en los problemas de alimentación.¹⁵
2. Kerzner y colaboradores clasifican a los niños en función de las preocupaciones expresadas por los padres sobre la *conducta alimentaria* del niño.⁵ Cada categoría tiene subcategorías para reconocer que tales preocupaciones pueden ser una percepción errónea por parte de ellos, ya sean conductuales u orgánicas. Este grupo de autores considera la alimentación como una interacción entre el comportamiento del niño y la técnica de alimentación de los padres, y destaca con banderas rojas las condiciones biológicas que podrían dar lugar a la DA.
3. Goday y colaboradores, en un consenso interdisciplinario, utilizan el marco de la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹⁴ Estos criterios, en contraposición al DSM-5, restan importancia a tipos específicos de conductas alimentarias, pero incluyen específicamente las dificultades en la alimentación asociadas con comorbilidades médicas o retraso en el desarrollo.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Ante la inquietud de los padres o cuidadores respecto a la alimentación del niño, resulta relevante realizar una evaluación inicial que incluya: 1) el examen físico, 2) la evaluación antropométrica y 3) la historia alimentaria.⁵

Kerzner y colaboradores proponen un enfoque progresivo para el manejo de los problemas de alimentación en todos los entornos clínicos.¹³ Es importante puntualizar que este enfoque comienza con la identificación de señales de alerta que indiquen amenazas graves para el niño (*Figura 1*). Estas señales pueden referirse tanto a riesgos orgánicos como de comportamiento.¹³

La primera evaluación debe completar todas estas aristas:

1. **Desarrollo y habilidades motoras y psicosociales:** se refiere a alguna alteración de la deglución o presencia de conductas restrictivas a la hora de comer.

TABLA 1. Clasificaciones basadas en criterios diagnósticos para niños con dificultades alimentarias (DA)

Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales (DSM-5)**Criterios diagnósticos DSM-5.****Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos (TERIA) (ARFID por sus siglas en inglés):**

- A. Trastorno de la alimentación (por ejemplo, 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) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas, asociado a uno (o más) de los hechos siguientes:
 - 1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en niños).
 - 2. Deficiencia nutricional significativa.
 - 3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
 - 4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.
- B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.
- C. El trastorno alimentario 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 la constitución.
- D. El trastorno alimentario no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno de la conducta alimentaria se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

Especificar si está en remisión: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado.

Kerzner, Milano y Chatoor

Clasificación basada en las preocupaciones expresadas por los padres sobre la alimentación/conducta alimentaria de sus hijos.

Se divide en tres categorías principales:

- 1. **Apetito limitado:** aquellos que no comen lo suficiente.
- 2. **Ingesta selectiva:** aquellos que comen una variedad inadecuada de alimentos.
- 3. **Miedo a alimentarse:** aquellos que tienen miedo de comer.

Cada categoría tiene a su vez subcategorías que reconocen que tales preocupaciones pueden ser:

- a. Una percepción errónea por parte de los padres.
- b. De origen orgánico.
- c. De origen conductual.

Tanto b) como c) con un rango que puede ir de leve a grave.

Godoy PS, Huh SY, Silverman A, et al.

Propuesta de criterios diagnósticos para el trastorno alimentario pediátrico

- A. Alteración de la ingesta oral de alimentos, inapropiado para la edad, que dura al menos 2 semanas y que esté asociado a uno o más de los siguientes factores:

- 1) Condición médica caracterizada por cualquiera de las siguientes:
 - a- Compromiso cardiorrespiratorio durante la alimentación oral.
 - b- Neumopatías por aspiración o aspiración recurrente.
- 2) Compromiso nutricional evidenciado por cualquiera de las siguientes:
 - a- Malnutrición
 - b- Déficit de nutrientes específico o una restricción significativa de la ingesta de uno o más nutrientes que da como resultado una disminución en la diversidad dietaria.
 - c- Dependencia de alimentos enterales o suplementos para mantener la nutrición y/o hidratación.
- 3) Disfunción en las habilidades de la alimentación evidenciado por alguna de las siguientes:
 - a- Necesidad de modificar la textura/consistencia en líquidos y/o alimentos.
 - b- Uso de equipamiento o posición de alimentación modificada.
 - c- Uso de estrategias modificadas de alimentación.
- 4) Disfunción psicosocial evidenciada por cualquiera de los siguientes:
 - a- Comportamiento de evasión activa o pasiva del niño al momento de alimentarse o ser alimentado.
 - b- Manejo inapropiado de la alimentación o de las necesidades nutricionales del niño por parte de sus cuidadores.
 - c- Alteración de la función social en referencia a la alimentación.
 - d- Alteración de la relación entre el cuidador y el niño en referencia a la alimentación.

- B. Ausencia de procesos cognitivos relacionados a trastornos alimentarios y patrones de alimentación oral que no es causado por falta de alimentos ni acorde a normas culturales.

FIGURA 1. Algoritmo de evaluación y abordaje de las dificultades alimentarias

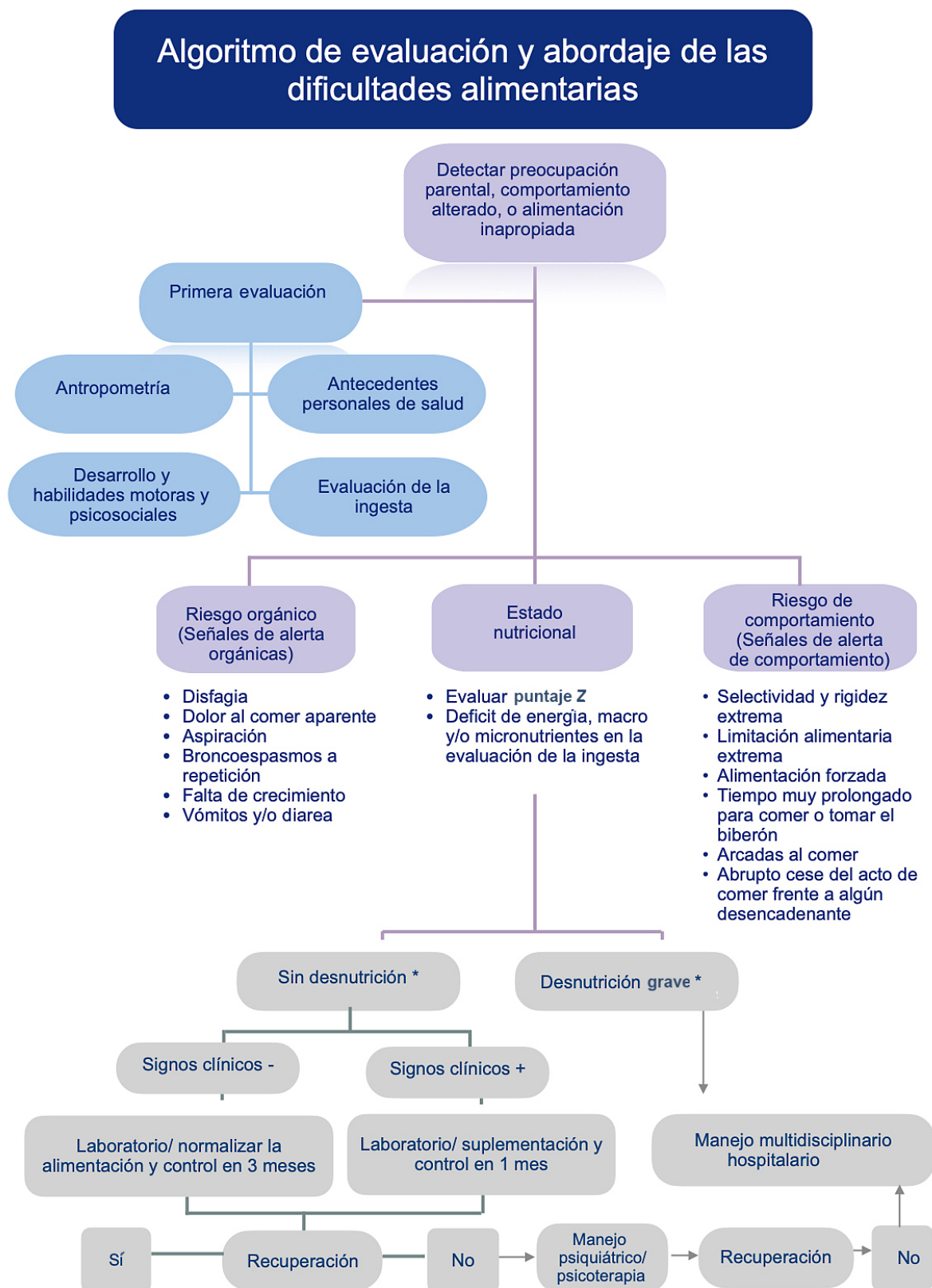


Figura adaptada de Kerzner 2015 (5) y Fellet 2019 (35)

* La malnutrición se define usando las directrices de OMS (33,34)

- 2. Antecedentes personales de salud:** historia perinatal, crecimiento, antecedentes familiares, hábitos y preferencias alimentarias, vínculos psicosociales. Antecedentes médicos (por ejemplo: reflujo gastroesofágico, salud respiratoria, antecedentes de falla en la ganancia de peso o alergias alimentarias). La historia alimentaria debe incluir la lactancia materna, la introducción de alimentos sólidos y las etapas posteriores, dependiendo de la edad del niño.¹⁶
- 3. Evaluación de ingesta:** se refiere a conocer cuál es el consumo de los diferentes grupos de alimentos y su frecuencia para poder cuantificar los nutrientes ingeridos. La cantidad y calidad de la ingesta se pueden averiguar mediante un recordatorio alimentario de 24 horas o un registro de frecuencia de consumo.¹⁷ Asimismo, la anamnesis alimentaria tiene como objetivo determinar el consumo regular de energía y nutrientes críticos, como proteínas, calcio, hierro, ácidos grasos esenciales, vitamina B12, zinc y selenio.¹⁸
- 4. Antropometría:** registro de peso, talla y velocidad de crecimiento, índice de masa corporal y relación peso/talla. La curva de crecimiento proporciona información sobre la trayectoria del peso, la talla y la circunferencia craneana, lo que puede alertar sobre la relación entre el comienzo de la enfermedad conductual u orgánica y los cambios en los percentiles o puntajes Z de peso y/o talla, e impacto de la conducta alimentaria sobre el crecimiento y el estado nutricional.¹⁹⁻²¹ El retraso grave del crecimiento o las deficiencias claras de nutrientes requieren atención especializada inmediata.^{14,22}

- 5. Observación clínica del acto alimentario:** permite discriminar conductas y comportamientos, como así también las manifestaciones secundarias a trastornos orgánicos. Es relevante también conocer la respuesta del niño ante la comida, si experimenta arcadas o vómitos anticipatorios.²³ La presencia de alteraciones sensoriales relacionadas con el sabor, la textura o el olor de los alimentos puede indicar la presencia de un cuadro más grave asociado a problemas de procesamiento sensorial.^{24,25} Específicamente, cuando estas alteraciones se asocian con respuestas a estímulos como sonidos, luz y tacto, es necesario considerar la posibilidad de trastornos del neurodesarrollo, como el trastorno del espectro autista (TEA) u otros trastornos que afectan el procesamiento sensorial.²⁶ Además, se deben considerar otros datos, como el entorno en el que se alimenta al niño, el tiempo que tarda en comer, la persona a cargo de la alimentación, el uso o no de distractores (por ejemplo, pantallas), quién toma las decisiones respecto al alimento y la existencia de rutinas preestablecidas.¹⁶
- 6. Exámenes de laboratorio:** completan la información para la detección de posibles causas orgánicas y deficiencias nutricionales.^{27,28} La *Tabla 2* incluye el examen de laboratorio para la evaluación nutricional general. Las deficiencias de micronutrientes deben surgir de la anamnesis de ingesta y del examen clínico.²⁹
- La desnutrición afecta al 25-50 % de los niños con DA^{30,31} y se incrementa significativamente cuando hay comorbilidades asociadas.⁴

TABLA 2. Datos bioquímicos para evaluación del estado nutricional

Hemograma	Hemoglobina (g/dl)
	Hematocrito (%)
	Volumen corpuscular medio (fL)
	Conteo de glóbulos blancos (x10 ³ /μL)
	Conteo de plaquetas (/μL)
Otros valores de química sanguínea	Albumina (g/L)
	Creatinina (mg/dl)
	Urea nitrogenada (mg/dl)
	Glucosa (mg/dl)
Perfil de lípidos	Colesterol total (mg/dl)
	HDL, LDL, triglicéridos (mg/dl)

HDL: lipoproteínas de alta densidad; LDL: lipoproteínas de baja densidad.

Adaptado de JA Chávez y colaboradores. Capítulo Valoración nutricional. Manual de Nutrición Pediátrica (LASPGHAN).

Asimismo, es más prevalente entre los que padecen enfermedades crónicas o trastornos del neurodesarrollo.³² Se propone un algoritmo de abordaje de intervención en niños con comportamientos restrictivos/selectivos de la alimentación basado en el estado nutricional (*Figura 1*).^{5,33-35}

INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

La intervención para los trastornos alimentarios debe ser integral, abordando tanto la afección médica subyacente como los patrones de alimentación inadecuados. En la mayoría de los casos, la terapia médica, oromotora y conductual puede resolver o mejorar significativamente los problemas de alimentación.³⁶ Se sugiere:

1. Jerarquizar los problemas

La mayoría de los problemas de alimentación descriptos (SA, I, FA) a menudo coexisten y es necesario evaluar cuidadosamente la contribución de cada uno a la disfunción alimentaria y al riesgo clínico para planificar una intervención individualizada.¹⁵ Es prioritario fijar objetivos a corto, mediano y largo plazo del problema identificado, teniendo en cuenta el tiempo de evolución (< o > a 3 meses).³⁶

2. Tomar conducta nutricional

Las intervenciones nutricionales adecuadas resultan relevantes, lo que implica brindar recomendaciones precisas en términos de calorías y suplementación de nutrientes, cuando sea necesario.³⁷ La *Figura 1* ofrece un algoritmo general de intervención en función de la presencia o ausencia de desnutrición basada en la clasificación de la OMS. En niños selectivos, aunque puedan tener un crecimiento normal, es esencial asegurar un adecuado soporte nutricional y suplementación de aquellos nutrientes que puedan presentar carencias (suplementación preventiva).³⁷ A menudo son necesarios suplementos orales líquidos para apoyar nutricionalmente al niño a medida que se avanza gradualmente en las texturas.⁵

Lo ideal es conseguir los objetivos nutricionales por vía oral, minimizando la necesidad de alimentación por sonda nasogástrica (SNG), con el fin de evitar posibles complicaciones que puedan conducir a una intervención iatrogénica.^{38,39} Aun así, en ocasiones es necesario considerar la colocación de SNG para proporcionar apoyo nutricional.

Las indicaciones de SNG se resumen a continuación:⁴⁰

a. Agudas:

- Cuando la alimentación oral cubre menos del 60 % al 80 % de las necesidades nutricionales durante más de 10 días.
- Cuando el tiempo total dedicado a la alimentación insume más de 4 a 6 horas al día.
- Cuando la ingesta es menor al 70 % del requerimiento calórico total durante más de 5 días.

b. Crónicas:

- Estados de emaciación y retraso en el crecimiento.
- Crecimiento inadecuado durante más de 1 mes y pérdida de peso constante en menores de 2 años.
- Pérdida de peso durante más de 3 meses o ningún aumento de peso en menores de 2 años.
- Dos cambios de percentil de peso en las tablas de crecimiento.
- Pliegues cutáneos del tríceps por debajo del percentil 5 para la edad.
- Disminución de la velocidad de crecimiento en más de 0,3 desviaciones estándar por año.
- Disminución de la velocidad de estatura en más de 2 cm por año durante la pubertad.

La suplementación de vitaminas y micronutrientes requiere una evaluación completa de la condición clínica y la anamnesis alimentaria.

3. Realizar intervenciones de conducta alimentaria

Como regla general, se sugiere implementar pautas de alimentación que desalientan prácticas de alimentación aversivas⁵ y promuevan una transición gradual de alimentos más aceptados a aquellos menos preferidos a través de asemejar características de color, volumen o textura.^{18,41,42} Cuando la selectividad alimentaria es grave, la terapia conductual y la desensibilización sensorial pueden ser herramientas clave en la alimentación y el bienestar general del niño.^{41,43,44} Las estrategias conductuales de alimentación pueden resultar efectivas incluso en los trastornos alimentarios con base orgánica.^{38,45} Reducir la ansiedad relacionada con la alimentación, en algunos casos, considerando la inclusión de farmacoterapia, pueden ser parte de las estrategias para implementar.⁴⁶

Algunos ejemplos de intervenciones:

- Comidas familiares en un ambiente agradable.

- Involucrar al niño en la preparación de la comida.
- Adaptar las propiedades sensoriales de los alimentos para lograr aceptación.
- Adecuar las responsabilidades (los cuidadores dicen qué, dónde y cuándo comer, y el niño determina cantidades).
- Introducir comidas nuevas en forma sistemática, ofreciéndolas en forma repetida (8 a 15 veces).

En relación con las prácticas parentales, se sugiere fortalecer conductas positivas tales como las siguientes:

- Seleccionar comidas adecuadas a la edad del niño.
- Favorecer la alimentación autónoma.
- Tolerar conductas propias de la edad (por ejemplo, que se ensucie).
- Evitar distracciones (por ejemplo, pantallas) durante las comidas.
- Mantener una actitud tranquila y neutra durante toda la comida.
- Armar rutinas de alimentación (por ejemplo, lugar y horarios pautados).
- Limitar el tiempo de cada comida a no más de 20-30 minutos.

CONCLUSIÓN

Las DA en los niños son un problema común que puede afectar su crecimiento y desarrollo. La identificación de señales de alerta que indiquen amenazas graves para la salud del niño, la consideración de la conducta alimentaria y recomendaciones nutricionales precisas son medidas necesarias para un correcto abordaje.

El enfoque integral y multidisciplinario es fundamental. ■

REFERENCIAS

1. Fisberg M, Noriega de Almeida C, Armas D, Pietrafesa D, et al. Dificultades de alimentación en la infancia. En Ladino Mendez L, Suárez Cortina L, Vazquez Frias R (eds). Manual de Nutrición Pediátrica. Madrid: Ergon; 2022:339-46.
2. Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A, Barr SI. Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food. *J Am Diet Assoc*. 2004;104(1 Suppl 1):s57-64.
3. Jacobi C, Schmitz G, Agras WS. Is picky eating an eating disorder? *Int J Eat Disord*. 2008;41(7):626-34.
4. Kovacic K, Rein LE, Szabo A, Kommareddy S, et al. Pediatric Feeding Disorder: A Nationwide Prevalence Study. *J Pediatr*. 2021;228:126-31.e3.
5. Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, et al. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015;135(2):344-53.
6. Ramsay M, Gisel EG, McCusker J, Bellavance F, Platt R. Infant sucking ability, non-organic failure to thrive, maternal characteristics, and feeding practices: a prospective cohort study. *Dev Med Child Neurol*. 2002;44(6):405-14.
7. Okuizumi AM, Marimoto JM, Nogueira LR, Maximino P, Fisberg M. Fatores associados aos tipos de dificuldades alimentares em crianças entre 0 e 10 anos de idade: um estudo retrospectivo em um centro de referência brasileiro. *Sci Med (Porto Alegre, Online)*. 2020;30(1):e35530.
8. Almeida CANde, Melo EDde, Maranhão HdeS, Vieira MC, et al. Dificuldades alimentares na infância: revisão da literatura com foco nas repercussões à saúde. *Pediatr Mod*. 2012;48(9):340-8.
9. Almeida CANde, Mello EDde, Ribas Filho D, Maximino P, Fisberg M. Consenso da Associação Brasileira de Nutrologia sobre o uso de suplementos alimentares para crianças com dificuldades alimentares. *Int J Nutrol*. 2018;11(Suppl 1):S4-15.
10. Lafratre J, Rioux C, Giboreau A, Picard D. Food rejections in children: Cognitive and social/environmental factors involved in food neophobia and picky/fussy eating behavior. *Appetite*. 2016;96:347-57.
11. Lobos P, Januszewicz A. Food neophobia in children. *Pediatr Endocrinol Diabetes Metab*. 2019;25(3):150-4.
12. Brown CL, Vander Schaaf EB, Cohen GM, Irby MB, Skelton JA. Association of Picky Eating and Food Neophobia with Weight: A Systematic Review. *Child Obes*. 2016;12(4):247-62.
13. Milano K, Chatoor I, Kerzner B. A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Curr Gastroenterol Rep*. 2019;21(10):51.
14. Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, et al. Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2019;68(1):124-9.
15. American Psychiatric Association. Feeding and eating disorders. In Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013:334-8.
16. Haines J, Haycraft E, Lytle L, Nicklaus S, et al. Nurturing Children's Healthy Eating: Position statement. *Appetite*. 2019;137:124-33.
17. Center for Food Safety and Applied Nutrition. Guidance for Industry: Estimating Dietary Intake of Substances in Food. August 2006. [Consulta: 12 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/guidance-industry-estimating-dietary-intake-substances-food>
18. Finnane JM, Jansen E, Mallan KM, Daniels LA. Mealtime Structure and Responsive Feeding Practices Are Associated With Less Food Fussiness and More Food Enjoyment in Children. *J Nutr Educ Behav*. 2017;49(1):11-8.e1.
19. Hojsak I, Bronsky J, Campoy C, Domellof M, et al. Young Child Formula: A Position Paper by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2018;66(1):177-85.
20. Mehta NM, Corkins MR, Lyman B, Malone A, et al. Defining pediatric malnutrition: a paradigm shift toward etiology-related definitions. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2013;37(4):460-81.
21. Golden MH. Evolution of nutritional management of acute malnutrition. *Indian Pediatr*. 2010;47(8):667-78.
22. Kleinert JO. Pediatric Feeding Disorders and Severe Developmental Disabilities. *Semin Speech Lang*. 2017;38(2):116-25.
23. Palia R. Dificultades alimentarias en niños pequeños: Aspectos vinculares y emocionales. En Seton D, Fernández A (coord). Nutrición en Pediatría: Bases para la Práctica Clínica en Niños Sanos y Enfermos. 2ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 2021:345-51.
24. Nederkoorn C, Jansen A, Havermans RC. Feel your food. The influence of tactile sensitivity on picky eating in children.

- Appetite*. 2015;84:7-10.
25. Dovey TM, Staples PA, Gibson EL, Halford JC. Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: a review. *Appetite*. 2008;50(2-3):181-93.
26. Mari-Bauset S, Zazpe I, Mari-Sanchis A, Llopis-Gonzalez A, Morales-Suarez-Varela M. Food selectivity in autism spectrum disorders: a systematic review. *J Child Neurol*. 2014;29(11):1554-61.
27. Tharner A, Jansen PW, Kieft-de Jong JC, Moll HA, et al. Toward an operative diagnosis of fussy/picky eating: a latent profile approach in a population-based cohort. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2014;11:14.
28. Volger S, Sheng X, Tong LM, Zhao D, et al. Nutrient intake and dietary patterns in children 2.5-5 years of age with picky eating behaviours and low weight-for-height. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2017;26(1):104-9.
29. Chavez Saenz JA, Rodríguez Anguiano AK, Chávez Palencia C. Valoración Nutricional. En Ladino Mendez L, Suárez Cortina L, Vazquez Frias R (eds). Manual de Nutrición Pediátrica. Madrid: Ergon; 2022:3-14.
30. Ammaniti M, Lucarelli L, Cimino S, D'Olimpio F, Chatoor I. Feeding disorders of infancy: a longitudinal study to middle childhood. *Int J Eat Disord*. 2012;45(2):272-80.
31. Rommel N, De Meyer AM, Feenstra L, Veereman-Wauters G. The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care institution. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2003;37(1):75-84.
32. Becker P, Carney LN, Corkins MR, Monczka J, et al. Consensus statement of the Academy of Nutrition and Dietetics/American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: indicators recommended for the identification and documentation of pediatric malnutrition (undernutrition). *Nutr Clin Pract*. 2015;30(1):147-61.
33. Ashworth A, Khanum S, Jackson A, Schofield C. Directrices para el tratamiento hospitalario de los niños con malnutrición grave. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2004. [Consulta: 21 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43061/9243546090_spa.pdf?sequence=1
34. World Health Organization. Child growth standards. Geneva: WHO; 2006. [Consulta: 21 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/toolkits/child-growth-standards>.
35. Feillet F, Bocquet A, Briend A, Chouraqui JP, et al. Nutritional risks of ARFID (avoidant restrictive food intake disorders) and related behavior. *Arch Pediatr*. 2019;26(7):437-41.
36. Silverman AH. Interdisciplinary care for feeding problems in children. *Nutr Clin Pract*. 2010;25(2):160-5.
37. Sharp WG, Postorino V, McCracken CE, Berry RC, et al. Dietary Intake, Nutrient Status, and Growth Parameters in Children with Autism Spectrum Disorder and Severe Food Selectivity: An Electronic Medical Record Review. *J Acad Nutr Diet*. 2018;118(10):1943-50.
38. Killian HJ, Bakula DM, Wallisch A, Swinburn Romine R, et al. Pediatric Tube Weaning: A Meta-Analysis of Factors Contributing to Success. *J Clin Psychol Med Settings*. 2023;30(4):753-69.
39. Waddle C, Gillespie SE. Examination of pediatric tube feeding schedules and oral intake: A retrospective cross-sectional study. *Nutr Clin Pract*. 2023;38(2):458-64.
40. Yi DY. Enteral Nutrition in Pediatric Patients. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2018;21(1):12-9.
41. Marshall J, Hill RJ, Ware RS, Ziviani J, Dodrill P. Multidisciplinary intervention for childhood feeding difficulties. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2015;60(5):680-7.
42. Fishbein M, Cox S, Swenny C, Mogren C, et al. Food chaining: a systematic approach for the treatment of children with feeding aversion. *Nutr Clin Pract*. 2006;21(2):182-4.
43. Silverman AH. Behavioral Management of Feeding Disorders of Childhood. *Ann Nutr Metab*. 2015;66(Suppl 5):33-42.
44. Vincent LB, Stone-Heaberlin M, Kandarpa K, McIntire H, et al. Clinical Outcomes from an Interdisciplinary Outpatient Feeding Treatment Pilot Program. *J Clin Psychol Med Settings*. 2023. Online ahead of print May 13:1-16.
45. Gosa MM, Dodrill P, Lefton-Greif MA, Silverman A. A Multidisciplinary Approach to Pediatric Feeding Disorders: Roles of the Speech-Language Pathologist and Behavioral Psychologist. *Am J Speech Lang Pathol*. 2020;29(2S):956-66.
46. Sant'Anna AM, Hammes PS, Porporino M, Martel C, et al. Use of cyproheptadine in young children with feeding difficulties and poor growth in a pediatric feeding program. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014;59(5):674-8.