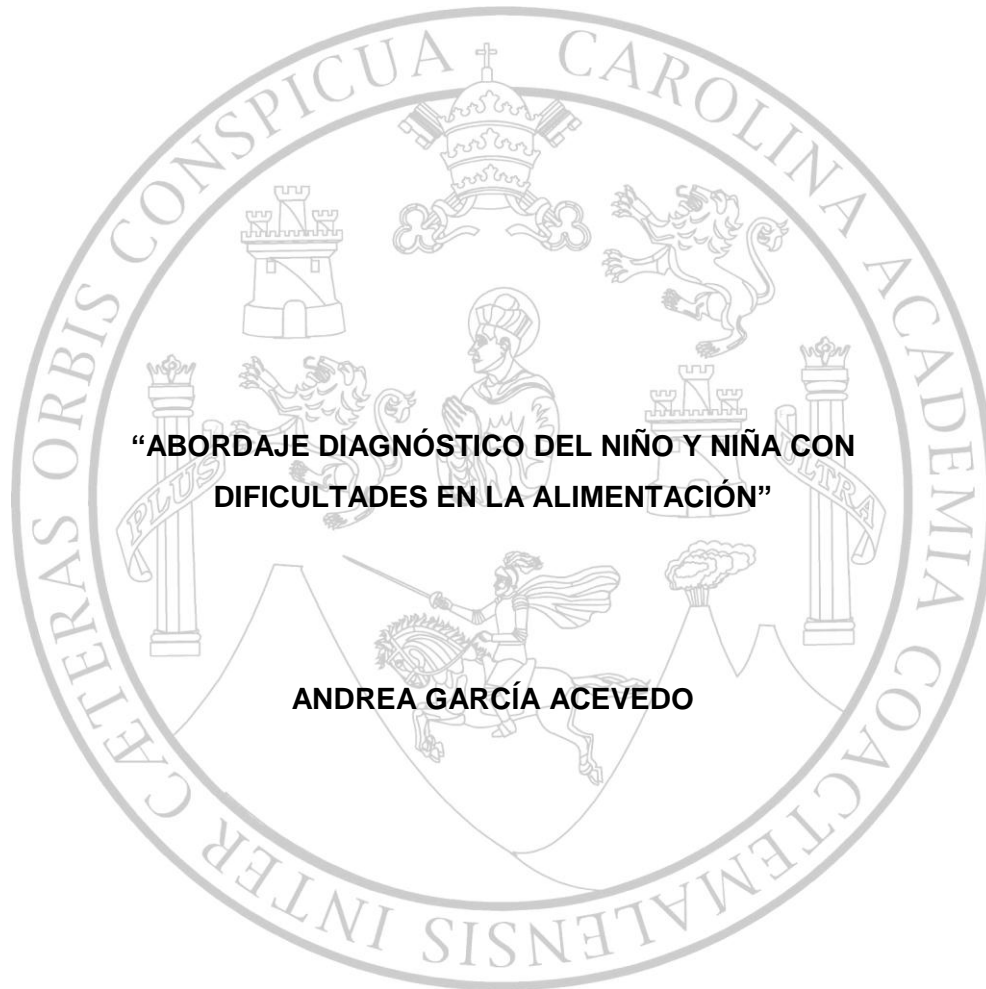


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



**“ABORDAJE DIAGNÓSTICO DEL NIÑO Y NIÑA CON  
DIFICULTADES EN LA ALIMENTACIÓN”**

**ANDREA GARCÍA ACEVEDO**

Tesis

Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Pediatría  
Para obtener el grado de  
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Pediatría

ENERO 2016



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Andrea García Acevedo

Carné Universitario No.: 100023108

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Pediatría, el trabajo de tesis "ABORDAJE DIAGNÓSTICO DEL NIÑO Y LA NIÑA CON DIFICULTADES EN LA ALIMENTACIÓN"

Que fue asesorado: Dr. Edwin Rolando Rivas Salazar

Y revisado por: Dr. Oscar Fernando Castañeda Orellana MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2016.

Guatemala, 14 de enero de 2016

  
Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.  
Director  
Escuela de Estudios de Postgrado



  
Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.  
Coordinador General  
Programa de Maestrías y Especialidades



/mdvs

Guatemala, 19 de septiembre de 2014

Doctora

**Ana Marilyn Ortiz Ruiz de Juárez**

Coordinadora Docente de la Maestría de  
Ciencias Médicas con Especialidad en Pediatría  
Hospital General de Enfermedades  
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social  
Presente.

**Doctora Ortiz Ruiz de Juárez:**

Por este medio le envío el Informe Final de Tesis titulado: **"ABORDAJE DIAGNÓSTICO DEL NIÑO Y NIÑA CON DIFICULTADES EN LA ALIMENTACIÓN"**. Perteneciente a la doctora Andrea García Acevedo; el cual ha sido **REVISADO** y **APROBADO** para su presentación.

Sin otro particular, de usted deferentemente.

  
**Dr. Oscar Fernando Castañeda Orellana**

Revisor de Tesis  
Departamento de Pediatría  
Hospital General de Enfermedades  
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

*M. Sc.*  
Dr. Oscar F. Castañeda Orellana  
MEDICO PEDIATRA  
Colegio No. 8,482

Guatemala, 19 de septiembre de 2014

Doctora  
**Ana Marilyn Ortiz Ruiz de Juárez**  
Coordinadora Docente de la Maestría de  
Ciencias Médicas con Especialidad en Pediatría  
Hospital General de Enfermedades  
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social  
Presente.

**Doctora Ortiz Ruiz de Juárez:**

Por este medio le envío el Informe Final de Tesis titulado: **“ABORDAJE DIAGNÓSTICO DEL NIÑO Y NIÑA CON DIFICULTADES EN LA ALIMENTACIÓN”**. Perteneciente a la doctora Andrea García Acevedo; el cual ha sido **REVISADO** y **APROBADO** para su presentación.

Sin otro particular, de usted deferentemente.

Edwing Rolando Rivas  
Médico y Cirujano  
Colegiado No. 8718

**Dr. Edwing Rolando Rivas Salazar**  
Asesor de Tesis  
Departamento de Pediatría  
Hospital General de Enfermedades  
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

## ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS .....	i
RESUMEN .....	ii
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. ANTECEDENTES .....	3
2.1. La alimentación .....	3
2.2. Definición de trastorno de la alimentación .....	4
2.3. Fisiología del apetito .....	5
2.4. Generalidades de los procesos alimentarios .....	5
2.4.1. Alimentación del primer año de vida .....	5
2.5. Etiología de la inapetencia .....	6
2.6. Clasificación .....	7
2.6.1. Apetito pobre por una percepción alterada de los padres .....	8
2.6.2. Apetito pobre en un niño que es fundamentalmente vigoroso.....	9
2.6.3. Apetito pobre en un niño apático y retraído.....	9
2.6.4. Niño con falta de apetito debido a una enfermedad orgánica .....	10
2.6.5. Niños con ingesta de alimentos altamente selectiva .....	11
2.6.6. Niños con pánico alimenticio o fobia a la alimentación .....	12
2.6.7. Cólico que interfiere con la alimentación.....	12
2.7. Manejo del niño con inapetencia .....	13
2.7.1. Principios para alimentar a los niños.....	16
2.8. Suplementos nutricionales .....	17
2.8.1. Dietas poliméricas .....	18
2.10. Indicaciones de suplemento alimenticio .....	23
2.10.1. Beneficios .....	23
III. OBJETIVOS.....	24
3.1. Objetivo General .....	24
3.2. Objetivos Específicos .....	24
IV. MATERIAL Y MÉTODOS.....	25
4.1. Tipo y diseño.....	25
4.2. Unidad de análisis .....	25
4.3. Población y muestra.....	25
4.3.1. Población o universo .....	25

4.3.2. Marco muestral .....	25
4.3.3. Muestra .....	26
4.4. Selección de los sujetos de estudio.....	26
4.4.1. Criterios de inclusión .....	26
4.4.2. Criterios de exclusión .....	26
4.5. Definición y operacionalización de las variables.....	27
4.6. Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos.....	29
4.6.1. Técnica.....	29
4.6.2. Procedimientos.....	29
4.6.3. Instrumentos.....	30
4.7. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	30
4.7.1. Plan de Procesamiento.....	30
4.7.2. Plan de Análisis .....	31
4.8. Alcances y límites de la investigación.....	31
4.8.1. Alcances .....	31
4.8.2. Límites.....	31
4.9.. Aspectos éticos de la investigación.....	31
V. RESULTADOS.....	33
VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	37
6.1. Conclusiones.....	40
6.2. Recomendaciones.....	41
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	42
VIII. ANEXOS.....	46
8.1. Anexo 1.....	46

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	33
Tabla 2.....	33
Tabla 3.....	34
Tabla 4.....	34
Tabla 5.....	35
Tabla 6.....	35
Tabla 7.....	36
Tabla 8.....	36

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar las dificultades en la alimentación en los niños y niñas de 2 a 7 años, atendidos en primera consulta en la clínica de nutrición de la consulta externa de pediatría del Hospital General de Enfermedades del 1 de enero de 2013 al 30 de junio de 2014.

**Método:** Estudio observacional descriptivo prospectivo de corte transversal donde se entrevistaron y revisaron 41 expedientes médicos de niños y niñas de 2 a 7 años atendidos por dificultades en la alimentación en primera consulta en la clínica de nutrición de la consulta externa de pediatría del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante los años 2013 y 2014.

**Resultados:** De los 41 pacientes con dificultades en la alimentación, la mayoría fueron de sexo femenino (53.7%), entre 2 y 3 años de edad (58.6%), con dieta diaria basada en productos lácteos (42.7%) y carnes (32.6%).

**Conclusiones:** La dificultad en la alimentación más frecuente se observó en niños y niñas con poco apetito debido a enfermedades orgánicas secundarias a infecciones frecuentes (43.4%) y asma (11.8%), que incide en el retraso en el desarrollo (23.7%).

**Recomendaciones:** Promover la existencia de un registro sistematizado de los niños y niñas con dificultades en la alimentación, para crear protocolos de detección precoz con la finalidad de mejorar el abordaje diagnóstico y terapéutico.

**Palabras clave:** Dificultades en la alimentación



## I. INTRODUCCIÓN

La alimentación, en los primeros años de vida, ejerce un papel fundamental en la vida de los niños, y es considerada como uno de los temas fundamentales de la educación para la salud por su importancia en el desarrollo psicofísico así como en la prevención de ciertas enfermedades (1). Es por esto, que los problemas alimentarios se definen como cualquier problema que afecta negativamente el proceso mediante el cual los padres o las personas encargadas del cuidado de los niños proporcionan alimentos o suministran nutrimento a sus niños pequeños (2). Otra clasificación se basa en el fracaso para prosperar, definida como orgánica y, cuando se han determinado las causas psicológicas y conductuales, no orgánica (3). Sin embargo, dado que la alimentación es una habilidad altamente integrada, multisistémica, esta clasificación puede ser infructuosa. Por lo que actualmente, los tipos específicos de las dificultades de alimentación varían desde ingesta altamente selectiva, niño normal con poco apetito por concepto erróneo de los padres, niño vigoroso con poco interés en la alimentación, temor a la alimentación, niño con poco apetito debido a enfermedades orgánicas, y niño deprimido con poco interés en la alimentación (4).

El estudio de Rommel (5) caracterizó la etiología de las dificultades de la alimentación en 700 niños remitidos para evaluación en una institución de atención terciaria, determinándose que el 86% de los niños cursaba con una condición médica subyacente a sus dificultades de alimentación. Asimismo, problemas de comportamiento fueron frecuentes en niños mayores de 2 años edad (18.1%). En el estudio de Bihotney y colaboradores (6), se determinó que ambos tipos, orgánico y no orgánico, pueden crecer a tasas similares si se trata con un equipo multidisciplinario especializado que proporciona terapias concretas, individualizadas, incluyendo apoyo psicosocial, atención médica y alimentación hipercalórica.

Por lo que la prevalencia de las dificultades de alimentación es muy elevada en todo el mundo, alrededor del 50 al 60% de padres informan una dificultad percibida de alimentación en sus hijos (7). Para la mayoría de los niños, la adquisición de una conducta alimentaria correcta es un proceso natural. Sin embargo, en un 25% de los niños sanos y hasta en el 80% de los niños con retraso del desarrollo se objetivan trastornos de la alimentación. Además, el 1 a 2% de todos los niños pueden tener serias dificultades de alimentación que conlleven a una inadecuada ganancia ponderal (8). Por lo cual, una adecuada clasificación, diagnóstico y tratamiento conducen a la mejor resolución de estos problemas. Sin

tratamiento, estas dificultades pueden conducir a deficiencias nutricionales, fracaso del crecimiento y aversión a la alimentación crónica acompañada de estigmas sociales de comportamiento de conducta, y sus consecuencias pueden extenderse más allá del crecimiento, en emocionales y cognitivas (9).

Aún cuando la exacta prevalencia de los trastornos de alimentación del lactante y pre-escolar es muy difícil de estimar debido a la carencia actual de consenso en cuanto a su definición; estos parecen mantenerse como una causa frecuente de consulta pediátrica y nutricional (8). Por lo cual es fundamental el estudio de la incidencia y la prevalencia de los trastornos alimentarios en la infancia y adolescencia, siendo preciso conocer con la mayor exactitud posible la frecuencia de estos trastornos en nuestro país, y especialmente, en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) para brindar un manejo multidisciplinario, especialmente a nivel hospitalario e institucional.

En el IGSS, de acuerdo a datos obtenidos del Sistema Integral de Información SII-IGSS, durante el año 2013 se atendieron en la clínica de nutrición de pediatría de la consulta externa del Hospital General de Enfermedades 426 pacientes que correspondieron al total de primeras consultas, de los cuales 41 (9.6%) fueron pacientes referidos por fallo del crecimiento (10). Por lo cual para el IGSS es un importante aporte, al brindar la información acerca de este problema para guiar el manejo multidisciplinario institucional, así como para ser incorporado en la planificación y provisión de recursos sanitarios. Esto como consecuencia de que los trastornos de la alimentación pueden descontrolarse fácilmente y convertirse en hábitos difíciles de erradicar, considerándose problemas clínicos serios que requieren tratamiento profesional por médicos, pediatras, nutricionistas, psicólogos y psiquiatras.

Por lo cual, al no reportarse la existencia de un estudio similar sobre el abordaje diagnóstico del niño con dificultades en la alimentación en nuestro país ni en la institución, se decidió realizarlo en la consulta externa de nutrición de pediatría del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en niños y niñas de 2 a 7 años, que acudieron a primera consulta durante el período de enero de 2013 a junio de 2014.

## II. ANTECEDENTES

### 2.1. La alimentación

La alimentación es una capacidad en desarrollo, al ser un proceso sensorio motriz altamente complejo que madura con el paso del tiempo, sin embargo, está muy cargada emocionalmente, sobre todo por el valor de supervivencia que tiene (14).

Cuando la alimentación funciona adecuadamente, resulta placentera y es un acto social agradable, cuando esto no es así, desencadena procesos como un número de prácticas compensatorias por parte de las madres y otros que cuidan al niño (15).

Con frecuencia, los problemas alimenticios en niños pequeños se pasan por alto y por lo tanto se sub-diagnostican. Además de la gran diversidad de problemas de la alimentación, la falta de definiciones y terminología estandarizada para describir los problemas han contribuido al problema. Hasta hace poco no existía un sistema diagnóstico que ayudara a los pediatras en la identificación y manejo de los problemas alimentarios en los niños pequeños (2).

Se estima que los trastornos de alimentación afectan entre el 20 al 80% de los niños de todo el mundo, siendo mayor en niños con problemas familiares, y están asociados con alteraciones en el desarrollo. De los niños con inapetencia o cualquier otro problema de alimentación, aproximadamente del 25 a 45% tiene un desarrollo normal y hasta un 80% de estos tendrá un retraso en su desarrollo (4).

Los diferentes estudios han sugerido que solo un 16 a 30% de los casos de problemas de alimentación son orgánicos, y que hasta el 80% de los pacientes con este trastorno se remiten a un especialista. Aunque hay factores propios del niño, tales como el temperamento, hay también otros como el medio ambiente y factores parentales que igualmente pueden interactuar para influir y mantener el problema (4).

Los expertos atribuyen los problemas alimentarios a un rango de causas incluyendo factores fisiológicos tales como el apetito y la genética. Otros factores contribuyentes pueden incluir psicológicas, tales como una lucha por la autonomía y el nivel de afecto o interacción

adversa entre madre e hijo (16).

Las anomalías orgánicas, estructurales, o problemas de disfagia se han relacionado así mismo con la patogénesis de la inapetencia. En muchos niños, la inapetencia será transitoria, será su primera dificultad en la alimentación y se resolverá más tarde de manera asintomática y sin problemas (4).

Las consecuencias emocionales también son una preocupación, los estudios han mostrado que las personas encargadas del cuidado de los niños que sufren demasiada ansiedad pueden llegar a adoptar métodos de alimentación coercitivos que a su vez, pueden afectar de manera negativa las interacciones entre el niño y tales personas encargadas del cuidado. Este comportamiento puede conducir también a frecuentes batallas y una inmensa ansiedad a la hora de la comida, la cual puede afectar a otros miembros de la familia además del niño al que es difícil alimentar (17).

## **2.2. Definición de trastorno de la alimentación**

El término de problemas alimentarios o dificultades alimentarias se pueden definir como cualquier problema que afecta negativamente el proceso mediante el cual los padres o las personas encargadas del cuidado de los niños proporcionan alimentos o suministran nutrimento a sus niños pequeños (4).

En 1994 el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-IV) introdujo el término "Trastornos de la alimentación", definiéndolo como un disturbio para alimentarse manifestado por una persistente dificultad para comer adecuadamente, asociado a dificultad para ganar peso o la pérdida de peso significativa por al menos un mes, que se inicia antes de los 6 años de edad (6).

Algunos de estos niños con trastorno de alimentación tienen una dieta extremadamente limitada que puede afectar negativamente su desarrollo físico y psicosocial, aunque algunos son capaces de mantener o ganar peso; esta alteración no se debe a un trastorno gastrointestinal u otra enfermedad médica como reflujo gastroesofágico (4).

### **2.3. Fisiología del apetito**

El apetito se define como un deseo psíquico o emocional de ingerir un alimento específico y puede o no ir acompañado de la necesidad urgente de comer, está relacionado con sensaciones placenteras de comer, y el hambre es el ansia por la obtención del alimento, es la necesidad física de comer y va acompañada de sensaciones como epigastralgia; y la saciedad es la sensación de plenitud que se acompaña en la satisfacción de haber suprimido el hambre (4).

La regulación de la ingestión de alimentos se da a nivel del sistema nervioso central y periférico. A nivel central, se encuentra el centro del hambre en el hipotálamo lateral y el centro de la saciedad en el hipotálamo ventromedial. La amígdala cerebral en forma dependiente o independiente del hipotálamo regula la calidad y el tipo de alimento que más conviene en un momento determinado (18).

Dentro de las sustancias mediadoras del apetito, están las adrenérgicas que producen saciedad, mientras que las colinérgicas producen aumento de la ingesta de líquidos. A nivel periférico, los estímulos fisiológicos que controlan la ingestión de los alimentos pueden proceder de la calidad de las reservas nutricionales o de los efectos inmediatos que ejerce la ingestión sobre el tubo digestivo al llegar el alimento al estómago; este estímulo se transmite por vía vagal al centro de la saciedad (18).

### **2.4. Generalidades de los procesos alimentarios**

#### **2.4.1. Alimentación del primer año de vida (14)**

El primer año de vida es una época trascendental en la base de las conductas alimentarias de los niños y que regularmente se pasan por alto por el personal de salud, teniendo luego que tratar algo que se hubiese podido prevenir con antelación. Por lo cual, conceptos fundamentales para el entendimiento de esta problemática son:

- Alimentar se enseña, no se nace aprendido.
- El biberón es el primer obstáculo en la enseñanza adecuada de la alimentación.
- Los cinco sentidos son vitales en el proceso de alimentación.
- La dentición atrasada no debe retrasar el proceso de masticación.

- Estimular la mordida y uso de taza y cuchara.
- La función motora es indispensable para un buen manejo de alimentos.
- Generar confianza y actitud de cooperación en el bebé.
- La higiene del sueño y la alimentación deben estar coordinadas.

Se debe tener en cuenta en la conducta alimentaria:

- No persuadir, no obligar, no distraer, no pegar.
- No alimentar viendo televisión, no comer fuera del comedor, no perseguir.
- No dar dieta exclusiva a base de líquidos a partir del primer año.
- Los alimentos que se van a consumir no los decide el niño, y los padres no deciden qué se come el niño ni en qué cantidad.
- El desayuno es pieza fundamental para una sana y adecuada alimentación.

## **2.5. Etiología de la inapetencia**

La etiología del rechazo alimentario se correlaciona con etapas del crecimiento y desarrollo, así como con la influencia de los padres en el cumplimiento del ritual de la alimentación (4).

El lactante presenta un metabolismo más intenso y, en función a su mayor velocidad de crecimiento, posee apetito más voraz. A medida que el niño se desarrolla, se hace necesaria la introducción paulatina de los alimentos. Pero, a pesar de esta necesidad, no siempre la aceptación ocurre prontamente (8).

Los niños en el período de 2 a 6 años reflejan la disminución del ritmo de crecimiento y el aumento de la curiosidad por el ambiente. Por esto, es importante que los padres sepan que los niños nacen con un instinto de supervivencia y preservación. Así el niño se alimenta impulsado por dos estímulos, la necesidad del organismo y la sensación de hambre (8).

Se ha descrito como rechazo a la alimentación en los niños que tratan de evitar comer, o al menos retrasar el comer, la utilización de una variedad de conductas como el llanto, berrinches, hablar excesivo, tirar la comida y la negociación. Por ello, el cuidador, en respuesta de tales comportamientos, incluye ruegos, súplicas, gritos, para inducir a sus hijos a comer. Estas tácticas se describen como experiencias sin éxito porque no reducen estos comportamientos inadecuados del niño (4).

Algunas investigaciones se han centrado en la influencia que puede ejercer la madre o el cuidador, en las que se ha encontrado que pueden ser imprevisibles, coercitivos, controladores, insensibles, poco flexibles, poco tolerantes y poco afectuosos; estos padres o cuidadores son más propensos a usar el castigo físico o a forzar la comida, y tienen dificultades para recibir las señales del niño por las relaciones hostiles. Estudios clínicos también han mostrado que estos niños están envueltos en ambientes difíciles, porque muchas de estas madres tienen altos niveles de depresión, ansiedad, trastornos de alimentación, alteración en el estado de ánimo y desorden de personalidad (8).

En el estudio de Davies y colaboradores (19), se sugiere que los trastornos de alimentación deben ser definidos como un trastorno de las relaciones entre los padres y el niño; se apoya en este concepto, porque se ha demostrado que, si el cuidador del niño interactúa en una variedad de formas, en consonancia con el desarrollo, comportamiento y mantenimiento de productos alimenticios y bebidas, este niño generalmente tiene buena adaptación en su proceso de alimentación. En cambio, si los padres son excesivamente rígidos en cuanto al crecimiento y la alimentación, no reconocen las señales de saciedad, su comportamiento es caótico, no tienen una comprensión apropiada sobre los alimentos, no exponen al niño a una serie de alimentos, no poseen habilidades en resolución de problemas y son incapaces de proporcionar un adecuado contexto en la alimentación, esto influye en el desarrollo del niño, en sus patrones de alimentación y, en general, en sus habilidades psicosociales.

## **2.6. Clasificación**

Burklow y colaboradores (4) definieron cinco categorías de los problemas de alimentación, como son: anomalías estructurales, enfermedades neurológicas, problemas de comportamiento y psicosociales, problemas cardiorrespiratorios y disfunción metabólica.

Existen otras presentaciones en la infancia que se caracterizan por la evitación del alimento o por restringir el consumo de alimentos, cuyos términos utilizados incluyen: trastorno emocional con rechazo de la comida; alimentación restrictiva; alimentación selectiva; alimentación exigente; alimentación perseverante; aversión sensorial a los alimentos; negativa crónica a los alimentos; neofobia alimentaria; disfagia funcional y fobia infantil al consumo (miedo al vómito, miedo a defecar, miedo al cuarto de baño). También es común en la infancia la aversión o evasión a la apariencia de ciertos alimentos. Esto puede estar

relacionado con la apariencia, olor, textura, sabor y/o temperatura de los alimentos.

La nueva clasificación con evidencia científica es la de la Dra. Chatoor, psiquiatra infantil experta en trastorno del apetito en los niños y que en su libro *Dificultades de la alimentación* (20) ofrece una nueva clasificación que involucra: disregulación del estado de ánimo (RN); reciprocidad inadecuada (3-8 meses); anorexia infantil (autoalimentación); aversión sensorial a los alimentos; condiciones médicas concurrentes; trastornos alimentarios postraumáticos.

Esta ha sido modificada por el Dr. Kerzner y la misma Dra. Chatoor haciéndola un poco más ajustada a la realidad de los pacientes e interpretación de los padres y de los mismos médicos a través del programa IMFED (identificación y manejo de dificultades alimentarias en los niños). Hay, en términos generales, cuatro grandes grupos de niños inapetentes que involucran el mayor porcentaje de las dificultades alimentarias: aquel niño con falta de apetito con una dificultad en la alimentación no específica que puede estar asociada con varios problemas muy diferentes, cuyo principal inconveniente en la alimentación se limita al apetito; y otro grupo que involucra la selectividad, el miedo a la alimentación y el cólico, que generalmente se evalúan por separado o tienen connotaciones muy específicas que permiten un abordaje diferente (21).

#### **2.6.1. Apetito pobre por una percepción alterada de los padres (4)**

Es el niño normal, pero a menudo con estatura baja; el apetito puede parecer que lo limitará a pesar de que el tamaño del niño y de los nutrientes que consume son proporcionales. El riesgo para estos niños es la preocupación de los padres, que conduce a métodos de coacción de alimentación.

Esta preocupación puede ser inapropiada impulsada por las expectativas de crecimiento que no son adecuadas para el niño, que pueden estar por debajo del percentil 25. Sin embargo, está alcanzando un crecimiento satisfactorio basado en la altura media de los padres. Tales padres son demasiado ansiosos y podrían adoptar métodos coercitivos que adversamente pueden afectar al niño. Es importante que entiendan el concepto de la inapetencia fisiológica del lactante, teniendo en cuenta que en el segundo año no es que el niño coma menos, sino que necesita comer menos para poder ganar ese poco peso y talla durante ese período de vida.



El tratamiento debe centrarse en educar a los padres y a otros cuidadores acerca de las expectativas adecuadas para la alimentación, el crecimiento y la nutrición, disminuyendo así el número de maniobras coercitivas.

### **2.6.2. Apetito pobre en un niño que es fundamentalmente vigoroso (4)**

Niños fácilmente saciados y fácilmente distraídos al comer. La aparición de rechazo de la alimentación normalmente se produce durante la transición a la cuchara y autoalimentación, entre 6 meses y 3 años de edad. Estos niños están alerta, son activos y curiosos, y están más interesados en su entorno que en la comida. Sus padres pueden mostrar ansiedad, que lo que hace es inhibir más el apetito y llevar a los padres de familia a una coerción con la alimentación y a participar en una lucha de poder con su hijo. Eventualmente, si la dificultad en la alimentación no es dirigida, estos niños no se desarrollan a pesar de que no tienen patología subyacente definible.

El tratamiento está diseñado para aumentar el apetito y promover el hambre, lo que permitirá después la satisfacción de comer. Hacer hincapié en los principios de la alimentación que se centran en la estructuración de las comidas para fomentar el hambre y el apetito, a través de reglas claras y promover que una norma se convierta en un hábito. Asegurar tres comidas y dos meriendas; el niño debe comenzar a comer en los primeros 15 minutos después de servidos los alimentos o comidas, y debe terminar 20 minutos más tarde. Las comidas deben ser retiradas de la mesa si el niño no inicia o termina en un tiempo razonable. Permitir solo el agua entre comidas. Se recomienda que los padres minimicen las distracciones durante la alimentación y el tiempo de espera para desalentar el uso del comportamiento negativo.

A fin de mejorar el crecimiento, es esencial seleccionar un alto contenido calórico alimenticio y proporcionar una alimentación equilibrada, 30 kilocalorías por onza suplemento.

### **2.6.3. Apetito pobre en un niño apático y retraído (4)**

Niños tristes que comen poco, su pérdida de apetito es parte de una retirada global en la que no sonrían, no balbucean, y el contacto visual entre el niño y el cuidador no son discernibles. Están sujetos a la pérdida de peso y es evidente la desnutrición, que en sí misma es otra causa de anorexia.

Chatoor caracteriza a este problema de la alimentación como un “trastorno de la reciprocidad”, porque no hay un desglose en la comunicación entre la madre y el niño. Es muy frecuente que el bebé esté siendo desatendido, o haya sido víctima de abuso físico y/o sexual.

Con respecto al tratamiento, es característico en estos niños responder positivamente con un alimentador entusiasta y con experiencia; a veces hasta requieren hospitalización para alejarlos de la familia.

#### **2.6.4. Niño con falta de apetito debido a una enfermedad orgánica (4)**

Se considera que los trastornos de la alimentación en los niños son heterogéneos y pueden incluir una variedad de problemas, como alteraciones médicas en el sistema motor de la boca y de comportamiento. Si bien la mayoría de los diagnósticos médicos comunes que se encuentran entre los niños con rechazo de la alimentación son el reflujo gastroesofágico (69%), existen otros tales como las condiciones cardiopulmonares (33%), enfermedades neurológicas (25%), alergias a los alimentos (15%), anomalías anatómicas (14%) y el retraso del vaciamiento gástrico (6%); estos niños deben ser estudiados y a veces valorados por un gastroenterólogo pediatra.

Una conducta alimentaria típica que sugiere patología gastrointestinal superior es el niño que, después de unos sorbos, siente un dolor aparente, que lo expresa en llanto, e interrumpe la alimentación. Las señales de advertencia incluyen disfagia y odinofagia, que implican la esofagitis por reflujo gastroesofágico, esofagitis eosinofílica y, en ocasiones, las infecciones o lesiones tóxicas. En el niño con una tos crónica, asfixia, o neumonía recurrente, siempre considerar una alteración en la coordinación para tragar, que es más común en los niños con limitaciones de desarrollo y trastornos neurológicos, como la parálisis cerebral. La anorexia también puede ser una manifestación de muchas enfermedades debilitantes, asociada a pérdida de peso, fiebre inexplicable, dolores articulares, aftas o ulceración y hematoquecia; más ante una historia familiar de enfermedades crónicas como la enfermedad celíaca, tiroides y colitis.

### **2.6.5. Niños con ingesta de alimentos altamente selectiva (4)**

Son niños extremadamente sensibles a los olores, sabor, apariencia, y se negarán a la sustitución de sus alimentos preferidos; ellos se guiarán por el olfato, el gusto o la apariencia, aunque las diferencias sutiles en estas características pueden no ser percibidas por la mayoría de los adultos. Estos niños no son fáciles de animar a aceptar sustituciones, por lo tanto, retienen sus alimentos preferidos.

En el ámbito clínico, pueden comer solo alimentos de un color determinado o textura. Algunos niños únicamente aceptarán una gama muy reducida de alimentos basada en la apariencia de los envases o insistir en una única marca. En algunos casos, solo alimentos fríos o calientes son aceptados. Por último, hay niños que no pueden tolerar el olor de los alimentos que no forman parte de su dieta, en la medida en que son totalmente incapaces de comer con la familia, compañeros u otros.

Dependiendo de la composición nutricional de la dieta consumida, estos niños pueden experimentar un compromiso nutricional, letargo extremo y problemas de concentración, y pueden tener consecuencias adversas en relación con el crecimiento y aumento de peso. Los niños que solo aceptan purés y texturas suaves pueden tener el sistema motor de la boca inmaduro, porque no han aprendido a masticar, lo que puede afectar adversamente también el habla. Los niños con estos rasgos pueden experimentar importantes problemas sociales, estar en riesgo de ser intimidados y, como no crecen, pueden sentirse avergonzados, todo como consecuencia de sus hábitos alimenticios.

Los padres de estos niños a menudo experimentan significativa ansiedad y frustración, en algunos casos provocando estrés y discordia entre los padres y entre uno o ambos padres con el niño, lo que a su vez tiende a exacerbar la situación.

Comer selectivamente puede limitar el consumo de nutrientes óptimos y esenciales, en particular de vitaminas, hierro y zinc. Los niños con una ingesta muy selectiva también pueden carecer de algunas habilidades adquiridas en la alimentación, sobre todo si se consumen sólo alimentos de textura suave. Tener en cuenta experiencias previas alimentarias como es el caso de los *food jags* o alimentos que fueron consumidos con mucha insistencia y frecuencia y con mucho deseo y que, por último, se convierten en alimentos no

deseados, así hayan gustado mucho.

#### **2.6.6. Niños con pánico alimenticio o fobia a la alimentación (4)**

Estos niños se resisten a los intentos de alimentación a través del llanto o se niegan a abrir la boca. Hay por lo general una historia de experiencias nocivas orales, por ejemplo, asfixia o la intubación oral o alimentación con sonda; se recomienda desensibilizar los casos alimentándolo cuando esté semidormido y relajado, y evitando la necesidad de alimentación mientras el paciente está despierto y pueda mirar los alimentos. Si el niño le teme a la botella, ofrecerle una taza para el entrenamiento o una cuchara.

Asegurar que en la alimentación no tenga acciones amenazantes o coercitivas. Se puede incluir en este aspecto el término disfagia condicionada que pueden presentar niños sometidos a experiencias como sondas orogástricas y otros elementos en hospitalizaciones en épocas tempranas de la vida. Se incluyen niños que estando enfermos son sometidos por los padres a comer alimentos que en el momento de su problema están rechazando.

Timimi y colaboradores sugieren que la neofobia y comer selectivamente pueden distinguirse, en que el primero es un rechazo de los nuevos alimentos, mientras que comer selectivamente implica un rechazo de muchos alimentos que pueden ser familiares para el niño. Ellos consideran que comer selectivamente es un patrón donde se niega a comer cualquier alimento fuera de una serie limitada de alimentos que son los preferidos, lo que resulta en una incapacidad del niño para satisfacer sus necesidades calóricas o nutricionales.

Una experiencia frecuente son niños cuyas madres trabajan todo el día y al llegar a casa quieren como recompensa realizar todos los quehaceres a sus hijos, incluyendo la alimentación, que muchas veces se vuelve forzada y termina en una batalla, dando alimentos a la fuerza que el niño escupe o rechaza.

#### **2.6.7. Cólico que interfiere con la alimentación (4)**

Es un cuadro que siempre debuta con llanto excesivo y dificultad en la alimentación en lactantes y que se ha definido mediante la regla de los criterios de Wessel: el llanto dura tres

horas al día o más, a lo menos tres días a la semana y al menos tres semanas.

En la clasificación de la Dra. Chatoor, se tiene en cuenta la regulación de los ciclos básicos, que muchos consideran cólico del lactante y que están recogidos en una agenda para DSM-V, la cual agrupa como criterios diagnósticos los siguientes:

- Las dificultades de la alimentación del lactante comienzan en los primeros meses de vida y están presentes al menos dos semanas.
- Lactante con dificultad para mantener la calma con atención necesaria para la alimentación, demasiado somnoliento o demasiado agitado o nervioso para comer.
- No gana peso suficiente para la edad.
- Las dificultades no se pueden explicar por una enfermedad física.

La intervención se puede dirigir al lactante, a la madre y a los dos, y una buena técnica es la filmación durante la alimentación para análisis de factores desencadenantes de la angustia y de aquellos que puedan calmar al bebé. El reducir la estimulación antes y después de la alimentación en un cuarto silencioso y envolviéndolo durante las tomas lo puede sosegar.

En casos severos, acudir a la sonda nasogástrica, y es necesario tener siempre en cuenta el diagnóstico diferencial, porque en algunos estudios se encontró que en un 5% de los lactantes que presentaban llanto excesivo se hallaron enfermedades orgánicas, de especial interés reflujo gastroesofágico silencioso con inquietud y arqueo durante la alimentación.

## **2.7. Manejo del niño con inapetencia**

Los médicos y, en especial, los pediatras deben tener un enfoque ordenado a la evaluación del niño con un problema de alimentación, y este enfoque debe incluir la búsqueda de signos que indican patologías graves. Además, se debe intentar discernir si hay una patología orgánica o son características superficiales en la que no hay necesidad de preocupación, puesto que esta apreciación dejará a muchas familias frustradas, corriendo el riesgo de conflictos entre los padres y generando una ansiedad que lo que hace es agravar la dificultad de la alimentación (22).

Hay buena evidencia de que el trastorno del comportamiento en la alimentación puede estar asociado con un desarrollo óptimo y que se refiere más bien a conflictos entre los padres y el

niño, en vez de a la adecuación en el consumo de los alimentos en sí. El rechazo de la alimentación puede ser un reflejo de una condición médica o patología orgánica, la cual debe ser considerada (23).

El papel del tratamiento médico en el manejo del rechazo de la alimentación todavía no está claro. A los padres normalmente se les recomienda no premiar a los niños para que consuman la comida. El refuerzo positivo fue el componente más comúnmente aceptado en los estudios de intervención. En varios análisis, se afirmó que el refuerzo podría ayudar a enseñar a los niños que se niegan a comer, para no convertir tal acción en una actividad asociada con molestias o incluso dolor, sino en una experiencia agradable no relacionada con objetos o actividades. Aunque se ve cómo algunos padres utilizaron refuerzos no alimentarios y otros alimentos preferidos como refuerzo (4).

Estudios de intervención mencionan específicamente el propósito de ignorar el comportamiento inadecuado de un niño a la hora de la comida haciendo caso omiso; a menudo, se consiguió sobre el niño una conducta apropiada a la hora de la comida, como comer sentado en silencio o el uso de utensilios. Los estudios de intervención han planteado la hipótesis de que muchos niños con la negativa de los alimentos han aprendido comportamientos inadecuados, como rabietas, dejando la mesa o tirando los alimentos, provocando en sus cuidadores dar como concluida la comida, lo que les permite evitar comer (4).

No remover la cuchara al presentarles el alimento o quedarse sin mover los labios o sin morder ignorando o bloqueando el inicio de la alimentación es otro comportamiento inapropiado. Un procedimiento que se ha empleado para reducir este comportamiento se ha denominado representación, que consiste en reemplazar los alimentos que hayan sido expulsados de nuevo en la boca del niño, para enseñarle que escupir los alimentos no permite que evite comer. Los estímulos de coloración implican cambios sistemáticos en el estímulo, que, en el caso de rechazo de la alimentación, es la comida.

Un estudio encontró que disminuir la cantidad de comida que se ofrece en la cuchara aumenta la probabilidad de que el niño acepte la mordida. Los resultados demostraron que el consumo de los alimentos compuestos incrementó la probabilidad de que los nuevos alimentos sean ingeridos más tarde sin ser mezclados. Otros niños fueron tratados mediante

una intervención que combina la provocación de hambre, que implicó la eliminación rápida del plato de alimentación, y el refuerzo positivo (4).

Si las mediciones antropométricas sugieren que el niño puede estar teniendo un fallo para prosperar y sin explicación aceptable, es evidente entonces la investigación clínica. Preguntarse: ¿está el alimento disponible? ¿Es la interacción entre la madre y el niño apropiado? ¿Hay evidencia de dificultades para tragar, mala digestión, absorción deficiente o ausencia de deposición?

Primero, ¿qué dificultades específicas de alimentación muestra el niño? ¿Hay pruebas de que al niño le da hambre, y, si no, esto reflejará si es un lactante que fácilmente se distrae o todo lo contrario, que es el niño quien se retira, con afecto plano? ¿Hay un miedo de tomar los alimentos, por ejemplo, llanto al mostrarle la comida, o evidencia de dolor?

En segundo lugar, ¿cuál es la respuesta de los padres? ¿Los padres expresan el miedo o, peor, la ira? ¿Son coercitivos? ¿Se exceden con la comida? En tercer lugar, ¿cómo es el ambiente para la alimentación? ¿Es el niño alimentado en una silla alta? ¿Está la televisión encendida? ¿Los padres tienen un modelo de comportamiento adecuado de la alimentación para el niño?

El tratamiento requiere la superación de las aversiones mediante la introducción sistemática de nuevos alimentos, uno a la vez, usando los siguientes principios: Servir cantidades mínimas; exponer al niño a la comida en varias ocasiones (10 a 15 veces). En los alimentos de primera vez, tratar de dejar la comida al alcance sin necesidad de proponerla. Los niños pequeños están más dispuestos a probar la comida nueva si ellos tienen el control (21).

Chatoor ha sugerido que los padres deben ser modelo en el consumo con evidente placer y sin ofrecer la comida hasta que el miedo del niño disminuya y él o ella exprese un interés en la comida. Si la exposición provoca náuseas o vómitos, retirar el alimento y probar algo que sea más cercano o se asemeje a su alimento preferido; mezclar cantidades muy pequeñas de comida nueva para que la acepte y poco a poco notará el cambio. Los padres deben mantenerse neutrales y relajados sobre el consumo del niño (21)

## **2.7.1. Principios para alimentar a los niños (2,4)**

### **2.7.1.1. Mantener límites adecuados**

- El padre decide dónde, cuándo y qué come el niño.
- El niño decide cuánto se come.

### **2.7.1.2. Evitar distracciones**

- Alimentar al niño en un lugar libre de ruido y distracción.
- Utilizar una silla alta para ayudar a limitar al niño con el medio ambiente y su alimentación.
- La silla del niño debe estar en la mesa y el niño debe ser alentado a sentarse allí durante el tiempo que dure la comida.
- Los padres pueden ofrecer juguetes para los niños, pero este debe ser retirado una vez que la comida comience.

### **2.7.1.3. Pensar para estimular el apetito de su niño**

- Dejar intervalos de cuatro horas entre las comidas.
- Evitar bocadillos como el jugo y la leche, y abastecer de agua solo para la sed.
- Para los niños pequeños, intentar que el tiempo de la frecuencia de las comidas coincida con las comidas de los padres, tres comidas y merienda son típicas.

### **2.7.1.4. Mantener una actitud neutral**

- No se deje excitar o animar demasiado
- Nunca parecer o, incluso, enojarse.

### **2.7.1.5. Limitar la duración**

- Comer debe comenzar en los primeros 15 minutos de servidos los alimentos.
- Las comidas no deben durar más de 30 a 35 minutos
- No se convierta en un cocinero de su niño



#### **2.7.1.6. Sirva los alimentos apropiados para la edad**

- Ofrecer los alimentos en consonancia con el desarrollo del niño y su sistema motor oral
- Usar pequeñas porciones razonables

#### **2.7.1.7. Sistemáticamente introducir los nuevos alimentos**

- Respetar la tendencia del niño a la neofobia y ofrecer una comida repetitiva de 10 a 15 veces antes de decir que definitivamente lo rechaza
- No use la comida como recompensa por buena conducta.
- Recompensar el consumo de nuevos alimentos con elogios en los muy jóvenes y, posiblemente, un juguete pequeño en el niño mayor.

#### **2.7.1.8. Fomentar la alimentación independiente**

- El niño debe tener su propia cuchara.

#### **2.7.1.9. Tolerar los problemas propios de la edad**

- Usar un babero con un canal para coger piezas que caen o tener una hoja debajo de la silla alta o un asiento elevado.
- No irritar al niño limpiándole la boca con una servilleta después de cada bocado.

### **2.8. Suplementos nutricionales (24)**

Los suplementos nutricionales son aquellos preparados compuestos por uno o más nutrientes, que suelen contener vitaminas y minerales en cierta cantidad, pero no suficiente para cubrir las recomendaciones diarias (RDA), por lo que no pueden ser utilizados como única fuente nutricional a largo plazo, siendo muy útiles como complemento. Gracias a su buen sabor, pueden tomarse fácilmente por vía oral.

Las dietas completas son las más utilizadas, y a su vez, se dividen en dos grandes grupos en función de la forma en que las proteínas forman parte de su composición: dietas oligoméricas y dietas poliméricas.

Las dietas oligoméricas están compuestas por oligopéptidos (peptídicas) o exclusivamente aminoácidos (elementales), aceites vegetales con suficiente cantidad de ácidos grasos esenciales y, en general, elevada concentración de triglicéridos de cadena media (MCT) y oligo o polisacáridos como fuente hidrocarbonada. Están indicadas, principalmente, en pacientes con importantes trastornos de la digestión y/o absorción. Sus principales desventajas son la osmolaridad elevada y el alto coste.

En las dietas poliméricas la fuente proteica es proteína completa. Estas dietas suponen un pilar fundamental, tanto en la alimentación exclusiva, como en forma de suplemento, en el manejo del paciente pediátrico por encima del año de vida.

### **2.8.1. Dietas poliméricas**

Las dietas poliméricas son dietas nutricionalmente completas, compuestas por proteína entera, hidratos de carbono complejos, grasas, vitaminas y minerales. No contienen lactosa (24).

#### **2.8.1.1. Características de las dietas poliméricas**

##### **2.8.1.1.1. Densidad calórica**

Es un parámetro mayor, puesto que determina no sólo la cuantía del aporte calórico, sino también, la concentración de los nutrientes.

La densidad calórica se relaciona directamente con el contenido líquido de la fórmula, por lo que la administración de preparados hipercalóricos sin el aporte adicional de fluido necesario podría provocar depleción de volumen (25).

##### **2.8.1.1.2. Contenido proteico (24, 26)**

Viene expresado por el porcentaje del total de calorías. La mayoría contienen entre 17 y 18% en su uso para adultos, encontrándose las pediátricas entre 9 y 15%. En función de este parámetro las dietas de adultos se clasifican en normales (< 20%) e hiperproteicas (> 20%). Las fuentes proteicas son caseinato sódico y cálcico, extractos de soja, proteína de carne, lactoalbúmina y ovoalbúmina aisladas por procedimientos físicos.

#### **2.8.1.1.3. Vía de administración**

En función de la patología de base y la duración previsible del soporte nutricional se elegirá la vía de administración: oral, a través de sonda nasogástrica o enterostomías.

En el mercado existen dietas saborizadas que facilitan la administración oral de estos preparados.

#### **2.8.1.1.4. Osmolaridad (24)**

La osmolaridad viene determinada principalmente por el tipo de carbohidrato. Según la osmolaridad, podemos distinguir fórmulas isotónicas si la osmolaridad es menor de 350 Osm/kg de agua, moderadamente hipertónicas si está entre 350 y 550 y marcadamente hipertónicas si es mayor de 550 Osm/kg de agua.

Las fórmulas con mayor osmolaridad pueden ocasionar diarrea osmótica, sobre todo, si la infusión es intrayeyunal. Si la administración es gástrica, el estómago actúa de reservorio y el esfínter pilórico obedece a los osmorreceptores duodenales que actúan retrasando el vaciado gástrico hasta que se alcanza la isotonicidad.

#### **2.8.1.1.5. Contenido graso (24, 26)**

Según el contenido graso de las fórmulas expresado en porcentaje del valor calórico total, éstas se dividen en estándar (> 20%), baja en grasa (5-20%) y libre en grasa (< 5%). La fuente lipídica utilizada suele ser aceite vegetal aunque algunos productos emplean grasa láctea o aceite de pescado.

La composición del cuerpo graso de las dietas enterales ha despertado gran interés en los últimos años. El conocimiento de las implicaciones que a corto y largo plazo puede provocar la ingesta de ciertos tipos de grasas, ha permitido realizar diversas recomendaciones. Así, se aconseja un aporte de ácidos grasos saturados menor del 10% para prevenir la aparición de aterosclerosis en la edad adulta.

Como la cantidad de ácidos grasos esenciales y su proporción tienen una importancia

transcendental tanto para el desarrollo cerebral, como en la función inmunitaria y producción de eicosanoides, se recomienda una relación ácido linoleico/ácido linolénico alrededor de 1/10.

El contenido de triglicéridos de cadena media (MCT) de la fórmula, se debe tener en cuenta en pacientes críticos o con alteraciones digestivas importantes, para proporcionarles un sustrato lipídico más fácilmente utilizable que los triglicéridos de cadena larga (LCT), al no precisar el concurso de los ácidos y sales biliares ni de los fermentos pancreáticos. Los LCT pueden desarrollar vías alternativas de absorción por lo que podrían ser bien tolerados en diferentes patologías digestivas. Todas las dietas deben contener una proporción adecuada de LCT para satisfacer las necesidades de ácidos grasos esenciales y favorecer la absorción de vitaminas liposolubles.

#### **2.8.1.1.6. Hidratos de carbono (24, 26)**

Las fuentes hidrocarbonadas más utilizadas son el almidón de maíz y la dextrinomaltosa, de baja osmolaridad y fácil aprovechamiento. Pequeñas cantidades de mono o disacáridos pueden añadirse a las fórmulas orales para mejorar la palatabilidad aunque aumentan la osmolaridad.

El contenido de lactosa es mínimo o nulo, dada la mala tolerancia que, en general, presenta el paciente malnutrido o crítico, por deficiencia secundaria de las disacaridasas intestinales.

#### **2.8.1.1.7. Fibra (24, 26)**

La adición de fibra aporta grandes ventajas. La fibra insoluble tiene interés para la prevención del estreñimiento e impactación fecal, frecuente en algunos pacientes encamados.

La fibra hidrosoluble fundamentalmente pectinas, es útil en la profilaxis y tratamiento de la diarrea colónica, aunque aumenta la viscosidad de las fórmulas y puede interferir en la absorción de calcio, magnesio y otros iones divalentes.

#### **2.8.1.1.8. Electrolitos y minerales (24, 26)**

El contenido de electrólitos y minerales es similar en todas las fórmulas y sigue las recomendaciones RDA. Se estima como suficiente un aporte de calcio de 800 mg/día en niños de 1 a 10 años. Para niños y adultos de 11 a 24 años los requerimientos son más altos por la gran acreción de calcio al hueso que se produce durante el brote de crecimiento, estimándose unas necesidades de 1200 mg/día. Los requerimientos para adultos son menores, lo que ha de tenerse en cuenta a la hora de administrar una dieta polimérica de adultos a pacientes pediátricos.

#### **2.8.1.1.9. Vitaminas y oligoelementos (24)**

Las dietas poliméricas pediátricas contienen las RDA de vitaminas en un volumen de 1.100 cc, mientras que las de adultos las contienen en 2.000 cc. Este hecho determina que la administración de dietas de adultos a volúmenes no suficientes pueda provocar déficits de estas sustancias, sobre todo, de vitamina D.

La suplementación de oligoelementos (Se, Cr, Mo, Zn) es un factor importante en la alimentación artificial exclusiva y de larga duración, de ahí que la, mayoría de las formulaciones enterales los contengan en su composición.

#### **2.8.1.1.10. Glutamina (24)**

La glutamina es el aminoácido libre más abundante del organismo. Puede ser sintetizada en el músculo esquelético y en el pulmón a partir de glutamato por lo que no es considerado un aminoácido esencial. Es metabolizada principalmente como sustrato energético en el intestino, siendo fundamental para mantener la integridad de la mucosa intestinal a nivel del enterocito y en menor extensión en el colon. Interviene también en el funcionamiento renal, hepático, muscular y del sistema inmune al ser también sustrato energético para los linfocitos. En situaciones de estrés disminuyen los depósitos de glutamina y las concentraciones séricas comportándose como un aminoácido esencial condicionante y ocasionando alteraciones principalmente a nivel de intestino con rotura de la barrera y traslocación bacteriana.

Diferentes estudios ponen de manifiesto su importante papel en situaciones críticas y la necesidad de añadirla a diferentes dietas enterales y parenterales. Parece que el enriquecimiento de formulaciones parenterales disminuye la traslocación bacteriana, mejora la síntesis de IgA por las células intestinales, previene las alteraciones hepatopancreáticas inducidas por las dietas elementales, disminuye la atrofia intestinal tras ayuno prolongado y en el campo de la oncología acelera la curación del daño intestinal secundario a quimio y radioterapia reduciendo la morbimortalidad.

La suplementación de las dietas se ha realizado, tanto con L-glutamina libre, como con dipéptidos de glutamina siendo el factor limitante de estos últimos su utilización en pacientes con fallo renal. Esta adición parece estar exenta de toxicidad siempre que no se rebasen los requerimientos normales (10-40 g/día). Si dichas cantidades se superan pueden originar hiperamonemia e incrementar los niveles de ácido glutámico y urea, por lo que estaría contraindicado, tanto en encefalopatía hepática e hiperamonemia, como en insuficiencia hepática y renal.

#### **2.8.1.1.11. Carnitina (24)**

Interviene en el transporte de los ácidos grasos de cadena larga a través de la membrana mitocondrial interna hasta la matriz mitocondrial, que es el lugar donde se produce la betaoxidación de los ácidos grasos. Se sintetiza en el ser humano a partir de la lisina y metionina muy abundante en el suero de la leche, por lo que las dietas derivadas de la leche no suelen llevar suplementación. Aun así los pacientes estresados presentan un compromiso en la biodisponibilidad de la carnitina por lo que su suplemento se contempla en la nutrición del paciente grave y a largo plazo.

#### **2.8.1.1.12. Formas de preparación**

Existen fórmulas líquidas y otras de presentación en polvo para reconstituir con agua. Se ha referido un mayor índice de infecciones gastrointestinales con el uso de las segundas. Aunque esto no suele ocurrir en pacientes hospitalizados, debe ser algo a tener en cuenta en determinados pacientes ambulatorios.

## **2.9. Indicaciones de suplemento alimenticio (2)**

- Se puede utilizar como suplemento nutrimental con o entre alimentos, como un ingrediente en recetas para ayudar a añadir vitaminas esenciales, o como un apoyo nutrimental total.
- Responde a una amplia gama de preocupaciones nutrimentales infantiles.
- Promueve la recuperación y el desarrollo de niños difíciles de alimentar, niños que rechazan ciertos tipos de alimento y/o grupos de alimentos, y a quienes pueden faltarles importantes fuentes de nutrientes esenciales.
- Ayuda a lograr o mantener la salud nutrimental en niños que experimentan la pérdida de apetito debido a medicamentos o que padecen condiciones médicas agudas o crónicas, incluyendo problemas en la conducta alimentaria.

### **2.9.1. Beneficios (2)**

- Especialmente formuladas para cumplir o rebajar 100% del consumo dietético de referencia de proteínas y 25 vitaminas y minerales para niños de 1 a 10 años de edad.
- Las dietas poliméricas brindan 100% de los nutrimentos necesarios para promover el aumento saludable de altura y peso, y el ideal para niños que no consumen suficientes alimentos para asegurar su crecimiento y desarrollo óptimo. Esto según las investigaciones clínicas que demostraron que:
  - Los niños selectivos en riesgo nutricional que utilizaron dietas poliméricas crecieron 55% más en altura que niños que no las recibieron.
  - Las dietas poliméricas mejoran el estado nutricional y promueven la recuperación del crecimiento en niños de bajo peso con hábitos selectivos.
- Las dietas poliméricas con simbióticos redujeron el número de días de enfermedad en 29% en niños de bajo peso de 3 a 5 años de edad.
- Las dietas poliméricas incluyen todos los macro y micronutrientes necesarios para que los niños logren tasas óptimas de crecimiento y desarrollo.
- Los macronutrientes se brindan en formas listas para digerirse y absorberse, y la formulación es buena para la tolerancia gastrointestinal.
- Los micronutrientes incluyen hierro para el desarrollo intelectual, calcio y vitamina D para el crecimiento y para el desarrollo de los huesos, junto con zinc, vitamina A y vitamina C que influyen la función inmune.

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1. General**

3.1.1. Identificar las dificultades en la alimentación en los niños y niñas de 2 a 7 años, atendidos en primera consulta en la clínica de nutrición de la consulta externa de pediatría del Hospital General de Enfermedades del 1 de enero de 2013 al 30 de junio de 2014.

#### **3.2. Específicos**

3.2.1. Establecer las características epidemiológicas en relación a la edad y sexo de la población pediátrica con una dificultad en la alimentación.

3.2.2. Identificar el tipo específico de la dificultad en la alimentación.



## **IV. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **4.1. Tipo y diseño**

Estudio observacional descriptivo prospectivo de corte transversal

### **4.2. Unidad de análisis**

Unidad primaria de muestreo: Niños y niñas de 2 a 7 años de edad atendidos en primera consulta referidos por fallo del crecimiento en la clínica de nutrición de la consulta externa de pediatría del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante el período del 1 de enero de 2013 al 30 de junio de 2014.

Unidad de análisis: Datos clínicos y epidemiológicos registrados en el instrumento diseñado para el efecto (ver Anexo No. 1).

Unidad de información: Padres o tutores de los niños y niñas de 2 a 7 años atendidos en primera consulta referidos por fallo del crecimiento en la clínica de nutrición de la consulta externa de pediatría del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante el período del 1 de enero de 2013 al 30 de junio de 2014.

### **4.3. Población y muestra**

#### **4.3.1. Población o universo**

Todos los niños y niñas de 2 a 7 años de edad atendidos en primera consulta referidos por fallo del crecimiento en la clínica de nutrición de la consulta externa de pediatría del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante el período del 1 de enero de 2013 al 30 de junio de 2014.

#### **4.3.2. Marco muestral**

Niños y niñas de 2 a 7 años que asistieron por primera vez a la consulta externa de nutrición del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

referidos por fallo del crecimiento, durante el período del 1 de enero de 2013 al 30 de junio de 2014.

#### **4.3.3.Muestra**

Se tomó la totalidad de pacientes atendidos en primera consulta referidos por fallo del crecimiento en la clínica de nutrición que cumplieron con los criterios de inclusión.

#### **4.4. Selección de los sujetos a estudio**

##### **4.4.1.Criterios de Inclusión**

- Niños y niñas de 2 a 7 años referidos por fallo del crecimiento y que tenían un trastorno de la alimentación, que asistieron por primera vez a la consulta externa de nutrición del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el período del 1 de enero de 2013 al 30 de junio de 2014.

##### **4.4.2.Criterios de exclusión**

- Niños y niñas con una discapacidad psíquica o retraso mental, que dificultaba o impedía la adecuada alimentación.
- Pacientes que llegaron a segunda consulta o reconsulta.
- Sesgo de no respuesta (personas que se negaron a participar o que no pueden ser localizadas)
- Falta de respuestas en el instrumento a utilizar donde no se pudo recabar la información necesaria para el estudio (80% de las preguntas planteadas debieron ser respondidas)

#### 4.5. Definición y operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Edad	Tiempo cronológico de vida desde el nacimiento hasta la defunción	Cantidad de días, meses y años cumplidos informados en el expediente clínico	Cuantitativa	De razón	Boleta de recolección de datos
Sexo	Características físicas y fisiológicas que distinguen a un ser humano como hombre y mujer	Sexo informado en el expediente clínico	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
Dificultades en la alimentación	Niño con poco apetito debido a enfermedades orgánicas	Sugiere dolor o malestar durante la alimentación. Puede deberse a una enfermedad orgánica. Incluye estreñimiento, sensibilidad a los alimentos y reflujo gastroesofágico.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
	Ingesta altamente selectiva	Sugiere ingesta altamente selectiva. Incluye aversiones sensoriales a los alimentos. El niño/a mantiene un crecimiento normal pero puede estar en riesgo de deficiencias de micronutrientes	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
	Niño normal con poco apetito por concepto erróneo de los padres	Sugiere conceptos erróneos de los padres acerca de las necesidades nutricionales del niño/a. Puede tener poco apetito apropiado para el potencial genético de crecimiento.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Instrumento</b>
Dificultades en la alimentación	Niño vigoroso con poco interés en la alimentación	Sugiere poco apetito en un niño/a vigoroso/a fundamentalmente, falta de apetito infantil. Puede resultar una inadecuada ingesta calórica con un desarrollo deficiente.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
	Niño deprimido/apático con poco interés en la alimentación	Sugiere poco apetito en un niño/a apático/a y retraído/a. La falta de compromiso entre la persona que lo/a cuida y el niño/a lleva a una ingesta inadecuada de los alimentos y a falta de crecimiento.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
	Temor a la alimentación	Sugiere temor a la alimentación, también se denomina desorden alimenticio post-traumático. El inicio al rechazo de los alimentos puede ser agudo, después de ocurrir un evento traumático simple, o puede estar seguido de insultos traumáticos repetidos que involucran la cavidad oral y/o el tracto gastrointestinal.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos

## **4.6. Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos**

### **4.6.1. Técnica**

Entrevista estructurada y revisión sistemática del expediente médico.

### **4.6.2. Procedimientos**

- Aprobación de protocolo por parte del Comité de Investigación del Hospital General de Enfermedades del IGSS.
- Validación del instrumento de recolección de datos (ver Anexo No. 1)
- Al tener autorización de protocolo para realizar trabajo de campo y del instrumento de recolección de datos, en la clínica de nutrición de la consulta externa de pediatría del Hospital General de Enfermedades del IGSS, se realizó la captación de los niños y niñas de 2 a 7 años que tuvieron un trastorno de la alimentación durante el período del 1 de enero de 2013 al 30 de junio de 2014 y que según el médico tratante de dicha consulta durante ese periodo indicó que asistieron a primera consulta referidos por fallo del crecimiento. Una vez captado al paciente y previa autorización por parte de los padres o tutores para ser parte del estudio, se procedió a realizarles una entrevista estructurada a los padres o tutores en la cual se indagó sobre las dificultades en la alimentación y sus preocupaciones acerca de la alimentación.
- Se consideró la posibilidad de una patología orgánica subyacente cuando en el cuestionario para padres o tutores se marcaron las casillas del niño con poco apetito debido a enfermedades orgánicas. Asimismo, se trató de obtener información adicional sobre las prácticas y los problemas en la alimentación y las interacciones entre el niño/a y padres/tutores. Posterior a ello se identificó el tipo específico de la dificultad en la alimentación:
  - Niño con poco apetito debido a enfermedades orgánicas.
  - Ingesta altamente selectiva.
  - Niño normal con poco apetito por concepto erróneo de los padres.
  - Niño vigoroso con poco interés en la alimentación.
  - Niño deprimido/apático con poco interés en la alimentación.
  - Temor a la alimentación.
- Se completó la información que se solicitó a los padres en la ficha respectiva, y cada

ficha clínica debió contar con al menos 80% de la información a estudio para ser válido e incluido dentro de los resultados.

#### **4.6.3. Instrumentos**

Se utilizó una ficha clínica de abordaje diagnóstico del niño y niña de 2 a 7 años con dificultades en la alimentación, la cual se encuentra dividida en dos secciones, de acuerdo a los ítems a evaluar.

En el encabezado se colocó el nombre y número de afiliación del paciente, la fecha en la cual se recolectaron los datos y el número de ficha clínica, siguiendo un orden numérico.

- Datos generales, conformada por dos preguntas que evidenciaron el sexo y edad del paciente.
- Datos de la alimentación del paciente, conformada por 5 preguntas en relación al consumo de frutas, verduras, carnes o alternativas de carne (por ejemplo, nueces, soya, huevo), productos lácteos (por ejemplo, leche, queso, yogurt), granos y leguminosas, con el objetivo de obtener información de los patrones de alimentación, que pueden influir en las prácticas y los problemas en la alimentación y las interacciones entre el niño/a y padres/tutores.
- Datos clínicos para identificar el tipo específico de la dificultad en la alimentación: niño con poco apetito debido a enfermedades orgánicas, ingesta altamente selectiva, niño normal con poco apetito por concepto erróneo de los padres, niño vigoroso con poco interés en la alimentación, niño deprimido/apático con poco interés en la alimentación, temor a la alimentación.

#### **4.7. Plan de procesamiento y análisis de datos**

##### **4.7.1. Plan de procesamiento**

Al obtener los datos del expediente médico y entrevista con los padres o tutores se trasladó la información solicitada a la ficha clínica impresa en hojas bond tamaño carta, se creó una base de datos electrónica en el paquete estadístico de Microsoft Excel 2010, en la cual se procesó cada variable en tablas de frecuencias que evidenciaron los datos y porcentajes obtenidos, para crear cuadros gráficos de los mismos, que representaron de la mejor manera

la información expuesta en barras paralelas las cuales se analizaron posteriormente.

#### **4.7.2. Plan de análisis**

Al obtener los cuadros gráficos de los ítems investigados, se analizó cada uno, de acuerdo a su frecuencia y porcentaje, y según los objetivos planteados, con el fin de valorar las dificultades en la alimentación en los niños y niñas de 2 a 7 años atendidos en primera consulta en la clínica de nutrición de la consulta externa de pediatría del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el período del 1 de enero de 2013 al 30 de junio de 2014 que cursaron con una dificultad en la alimentación, con el fin de identificar su abordaje diagnóstico, y sus implicaciones a nivel personal, familiar, así como institucional.

### **4.8. Alcances y límites de la investigación**

#### **4.8.1. Alcances**

Con este estudio se pretendió identificar el abordaje diagnóstico del niño y niña de 2 a 7 años con dificultades en la alimentación, atendidos en primera consulta en la clínica de nutrición de la consulta externa de pediatría del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el período del 1 de enero de 2013 al 30 de junio de 2014.

#### **4.8.2. Límites**

El presente estudio presentó la limitación de un grupo etéreo reducido como lo es de 2 a 7 años de edad, dejando de lado a los niños mayores de esta edad en los cuales también se podrían haber observado estas dificultades en la alimentación. Asimismo, otra limitación importante es no haber dado seguimiento a los casos estudiados, así como el hecho de circunscribirse sólo a la población afiliada a esta institución.

### **4.9. Aspectos éticos de la investigación**

El presente estudio es de riesgo mínimo (Categoría I). No se realizó intervención o

modificación intervencional con las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los pacientes pediátricos que participaron de dicho estudio, al no establecerse una causa y no ser representables. Los resultados fueron entregados al Comité de Investigación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para su divulgación con el fin de conocer el abordaje diagnóstico del niño y niña con dificultades en la alimentación atendidos en primera consulta en la clínica de nutrición de la consulta externa de pediatría del Hospital General de Enfermedades, con el fin de determinar la dimensión real de la prevalencia de las dificultades en la alimentación. Asimismo, se realizó consentimiento informado de los padres o tutores que participaron de dicho estudio.



## V. RESULTADOS

Tabla 1  
Distribución de pacientes atendidos según edad y sexo

EDAD (Años)	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
2-3	11	50.0	13	68.4	24	58.6
3-4	7	31.8	2	10.5	9	22.0
4-5	3	13.6	3	15.8	6	14.6
5-6	1	4.6	1	5.3	2	4.8
6-7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>TOTAL</b>	22	53.7	19	46.3	41	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla 2  
Distribución de respuestas proporcionadas por padres o tutores de pacientes atendidos según su consumo de dieta

CONSUMO DE DIETA	<i>f</i>	%
Productos lácteos	38	42.7
Carnes	29	32.6
Frutas	8	8.9
Granos o leguminosas	7	7.9
Vegetales	7	7.9
<b>TOTAL</b>	89	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla 3  
Distribución de respuestas proporcionadas por padres o tutores de  
pacientes con poco apetito debido a enfermedades orgánicas según sexo

POCO APETITO DEBIDO A ENFERMEDADES ORGÁNICAS	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	
			<i>f</i>	%
Atragantamiento y dolor al tragar	1	0	1	1.3
Pérdida de peso	1	4	5	6.6
Vómitos	1	3	4	5.2
Diarrea	2	1	3	4.0
Sangre en las heces	3	0	3	4.0
Alergia a los alimentos	0	0	0	0.0
Eczema o urticaria	0	0	0	0.0
Asma	3	6	9	11.8
Infecciones frecuentes	16	17	33	43.4
Retraso en el desarrollo	8	10	18	23.7
<b>TOTAL</b>	35	41	76	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla 4  
Distribución de respuestas proporcionadas por padres o tutores de  
pacientes con ingesta altamente selectiva según sexo

INGESTA ALTAMENTE SELECTIVA	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	
			<i>f</i>	%
Tiene hambre, fácilmente empieza a comer, pero luego lo deja de hacer y se rehúsa a continuar	20	13	33	47.8
Come un número limitado de alimentos	8	10	18	26.1
Se rehúsa a comer alimentos debido a su olor, sabor, textura, temperatura y/o aspecto	1	1	2	2.9
Solamente acepta alimentos preparados en una forma específica	3	3	6	8.7
Está renuente a probar alimentos nuevos	5	5	10	14.5
<b>TOTAL</b>	37	32	69	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla 5  
Distribución de respuestas proporcionadas por padres o tutores de pacientes con poco apetito por concepto erróneo de los padres según sexo

POCO APETITO POR CONCEPTO ERRÓNEO DE LOS PADRES	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	
			<i>f</i>	%
Fue pequeño al nacer o prematuro	9	5	14	25.0
Tiene uno o ambos padres que son pequeños o crecieron lentamente	9	8	17	30.4
Parece saludable y activo	14	11	25	44.6
<b>TOTAL</b>	32	24	56	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla 6  
Distribución de respuestas proporcionadas por padres o tutores de pacientes vigorosos con poco interés en la alimentación según sexo

NIÑO VIGOROSO CON POCO INTERÉS EN LA ALIMENTACIÓN	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	
			<i>f</i>	%
No está interesado en los alimentos	15	11	26	50.0
Deja de comer después de algunos sorbos	8	10	18	34.6
Constantemente trata de bajarse de la silla de comer o se levanta de la mesa	4	1	5	9.6
Le encanta jugar e interactuar con sus familiares	2	1	3	5.8
<b>TOTAL</b>	29	23	52	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla 7

Distribución de respuestas proporcionadas por padres o tutores de pacientes deprimidos/apáticos con poco interés en la alimentación según sexo

NIÑO DEPRIMIDO/APÁTICO CON POCO INTERÉS EN LA ALIMENTACIÓN	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	
			<i>f</i>	%
Es retraído e irritable	10	13	23	56.0
No sonríe, no balbucea ni habla mucho	6	5	11	26.9
Muestra poco interés en jugar	6	1	7	17.1
<b>TOTAL</b>	22	19	41	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla 8

Distribución de respuestas proporcionadas por padres o tutores de pacientes con temor a la alimentación según sexo

TEMOR A LA ALIMENTACIÓN	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	
			<i>f</i>	%
Llora cuando ve los alimentos o los utensilios para alimentación	2	7	9	18.0
Se resiste intensamente a comer	21	16	37	74.0
Comenzó a rechazar alimentos después de una mala experiencia relacionada con la alimentación (ahogo o vómitos)	1	0	1	2.0
Está siendo alimentado/a o fue alimentado/a por sonda y tiene temor de comer	2	1	3	6.0
<b>TOTAL</b>	26	24	50	100.0

Fuente: Boleta de recolección de datos

## VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En los seres humanos los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros 5 años de vida, esto a consecuencia que el niño incorpora la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de una comunidad antes de esa edad, por lo que se considera que la alimentación es un proceso en el que las habilidades motrices, sensoriales y de interacción psicológica maduran influyendo unas en otras. Por lo que los padres y tutores tienen un rol fundamental en la educación y transmisión de pautas alimentarias a los niños en los primeros años de vida, que permitan enfrentar precozmente las enfermedades relacionadas con conductas alimentarias alteradas.

Es por esto, que las dificultades en la alimentación se definen como cualquier problema que afecta negativamente el proceso mediante el cual los padres o las personas encargadas del cuidado de los niños proporcionan alimentos o suministran nutrimento a sus niños pequeños (2).

Lo anterior se correlaciona con los resultados obtenidos en esta investigación, la cual documentó que 41 niños de 2 a 7 años de edad tuvieron un trastorno de la alimentación, los cuales en su mayoría fueron niños de 2 a 3 años de edad del sexo femenino (Tabla 1). Sin embargo, el hecho que niños menores de 3 años ya cursen con trastornos de la alimentación (58.6%) es alarmante y desconcertante como sociedad, debido a que se ve la ineficiencia de las acciones tomadas en la transición desde una alimentación láctea en el primer año de vida, al esquema de alimentación propio del hogar, siendo esto un reflejo de la amplitud de alimentos de consumo humano y de sus modos de preparación, debido a que algunos de estos niños tienen una dieta extremadamente limitada, que afecta negativamente su desarrollo físico y psicosocial (5), evidenciada en este estudio con la mayoría de casos en los cuales el consumo en la dieta diaria es basada en productos lácteos (42.7%) y carnes (32.6%), en las cuales hay un limitado consumo de frutas, vegetales, granos y leguminosas (24.7%). Esto conlleva a la falla en el desarrollo pondo-estatural, que es una de las complicaciones nutricionales mayores en que el niño presenta una ganancia de peso insuficiente como consecuencia de una ingesta calórica inadecuada o restringida (27).

El estudio de Rommel (5) caracterizó la etiología de las dificultades de la alimentación en

700 niños remitidos para evaluación en una institución de atención terciaria, determinándose que el 86% de los niños cursaba con una condición médica subyacente a sus dificultades de alimentación. Este dato se ve reflejado en los pacientes con poco apetito debido a enfermedades orgánicas, en el cual se observa una mayor prevalencia en el sexo masculino con una caracterización de estos casos en los cuales se observa que estos pacientes cursan con infecciones frecuentes (43.4%) y dentro de éstas, la más prevalente es el asma (11.8%), que conllevan a un retraso en el desarrollo (23.7%).

Aunque se encontró que dentro de los pacientes que cursan con una ingesta altamente selectiva, el predominio de sexo en estos casos fue el femenino, teniendo como común denominador la característica de ser niños que tienen hambre, y que fácilmente empiezan a comer, pero luego lo dejan de hacer y se rehúsan a continuar (47.8%), así como el hecho de que son niños renuentes a probar alimentos nuevos (14.5%) o comen un número limitado de alimentos (26.1%) o alimentos preparados en una forma específica (8.7%).

Por lo previamente expuesto, las dificultades en la alimentación se establecen habitualmente en etapas muy precoces de la infancia, sin que sean percibidos como tales por los padres o por el equipo de salud, quienes generalmente comienzan a considerarlo como un trastorno, cuando se asocian a un retraso del crecimiento (28). Esto a consecuencia, de que el niño aprende a comer principalmente de sus padres o tutores, quienes a su vez han adquirido categorías y conceptos de alimentación infantil de acuerdo a sus valores, creencias, costumbres, símbolos y preparaciones alimentarias.

Los datos obtenidos en esta investigación de los casos de niños con poco apetito por concepto erróneo de los padres, evidencian que dentro de las características que los padres observan principalmente es que pese a parecer saludables y activos (44.6%), estos tienen el antecedente de haber sido pequeños al nacer o prematuros (25.0%). A diferencia de los niños vigorosos que muestran poco interés en la alimentación (50.0%) y dejan de comer después de algunos sorbos (34.6%).

Lo anterior concuerda con los datos obtenidos, en los cuales la prevalencia de dificultades de alimentación es muy elevada en todo el mundo, en el cual, alrededor del 50 al 60% de padres informan una dificultad percibida de alimentación en sus hijos (7), por lo que se indica que hasta en un 25% de los niños sanos se objetivan trastornos de la alimentación (8).

Se evidencia en el estudio, que los pacientes deprimidos o apáticos, con poco interés en la alimentación son generalmente retraídos o irritables (56.0%), no sonríen, no balbucean ni hablan mucho (26.9%), dato que puede correlacionarse con el estudio de Rommel en donde se evidencia que hasta el 18.2% de los niños mayores de 2 años tienen problemas de comportamiento (7). Como en los casos de niños con temor a la alimentación, en el cual los niños se resisten intensamente a comer (74.0%) o lloran cuando ven los alimentos o los utensilios para la alimentación (18.0%).

Estos datos revelan la necesidad de crear diversas estrategias de tratamiento, que incluyen desde modificaciones del comportamiento y educación para los padres y tutores, así como la suplementación nutricional. Por lo cual, una adecuada clasificación, diagnóstico y tratamiento conduce a la mejor resolución de estos problemas. Sin tratamiento, estas dificultades pueden conducir a deficiencias nutricionales, fracaso del crecimiento y aversión a la alimentación crónica acompañada de estigmas sociales de comportamiento y de conducta, y sus consecuencias pueden extenderse más allá del crecimiento, en emocionales y cognitivas (9, 29).

Los datos previos reflejan la importancia de un adecuado abordaje diagnóstico, para guiar el tratamiento y seguimiento de cada paciente que consulta, lo cual a la larga repercute en un costo económico elevado para la institución, debido a que estos trastornos de la alimentación pueden descontrolarse fácilmente y convertirse en hábitos difíciles de erradicar, considerándose problemas clínicos serios que requieren tratamiento profesional por médicos pediatras, nutricionistas, psicólogos y psiquiatras. Siendo el objetivo del tratamiento, el ayudar a los niños a enfrentar su conducta alimentaria secundaria a un trastorno de tipo orgánico o no, y a establecer nuevos patrones de pensamiento sobre la comida y la manera en que se relacionan con ella.

## 6.1. CONCLUSIONES

- 6.1.1. Durante los años 2013 y 2014, 41 pacientes presentaron dificultades en la alimentación, siendo la población pediátrica de sexo femenino la más afectada (53.7%), sobre todo la comprendida entre las edades de 2 a 3 años (58.6%).
- 6.1.2. La dieta diaria es basada principalmente en productos lácteos (42.7%) y carnes (32.6%), y existe un limitado consumo de frutas, vegetales, granos y leguminosas (24.7%), siendo esto una dieta extremadamente limitada, que afecta negativamente su desarrollo físico y psicosocial.
- 6.1.3. La dificultad en la alimentación más frecuente se observó en niños y niñas con poco apetito debido a enfermedades orgánicas secundarias a infecciones frecuentes (43.4%) y asma (11.8%), que incide en el retraso en el desarrollo (23.7%).
- 6.1.4. La ingesta selectiva es más frecuente en el sexo femenino (53.6%), presentando como característica predominante el hecho de tener hambre, y fácilmente empieza a comer, pero luego lo deja de hacer y se rehúsa a continuar (47.8%).
- 6.1.5. Los niños con poco apetito por concepto erróneo de los padres, parecen saludables y activos (44.6%), pese a tener el antecedentes de haber sido pequeños al nacer o prematuros (25.0%).
- 6.1.6. En su mayoría (55.8%), las niñas vigorosas se caracterizan por no estar interesadas en los alimentos (50.0%) y dejan de comer después de algunos sorbos (34.6%).
- 6.1.7. Los niños y niñas deprimidos o apáticos con poco interés en la alimentación, generalmente son retraídos e irritables (56.0%).
- 6.1.8. Los niños con temor a la alimentación presentan resistencia a comer (74.0%).



## **6.2. RECOMENDACIONES**

- 6.2.1. La educación de los padres y personas encargadas del cuidado de los niños y niñas es fundamental para crear pautas alimentarias adecuadas en los primeros años de vida.
- 6.2.2. Es esencial un equipo multidisciplinario para determinar el abordaje diagnóstico y terapéutico de los pacientes que presentan una dificultad en la alimentación.
- 6.2.3. Promover la existencia de un registro sistematizado de los niños y niñas con dificultades en la alimentación, para crear protocolos de detección precoz con la finalidad de mejorar el abordaje diagnóstico y terapéutico.
- 6.2.4. Establecer guías de práctica clínica estandarizadas de ablactación y alimentación en niños y niñas menores de 5 años, para establecer un referente y orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia.
- 6.2.5. Consolidar la formación y actualización permanente del personal de salud del departamento de pediatría del Hospital General de Enfermedades, que permita optimizar la respuesta ante una dificultad en la alimentación.
- 6.2.6. Crear unidades de apoyo a las familias de los niños afectados por dificultades en la alimentación, adoptando medidas que garanticen el acceso al tratamiento y terapias de recuperación nutricional y psicológica, para la superación de las secuelas producidas por estas dificultades.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La alimentación infantil [en línea]. Telocuido.com; 2006. [actualizado 31 Ene 2007; accesado 20 Ene 2012]. Disponible en: <http://www.telocuido.com&te+interesa+saber/alimentacion+infantil.pdf>
2. Problemas alimentarios en niños pequeños. Fernanda-Bienestar [en línea]. Martes 8 diciembre 2009; editorial. [accesado 22 Ene 2012]. Disponible en: [http://www.revistafernanda.com.mx/bienestar/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1012&Itemid=35](http://www.revistafernanda.com.mx/bienestar/index.php?option=com_content&task=view&id=1012&Itemid=35)
3. Bithoney WG, McJunkin J, Egan H, Snyder J, Munier A. Prospective evaluation of weight gain in both nonorganic and organic failure-to-thrive children: an outpatient trial of a multidisciplinary team intervention strategy. J Dev Behav Pediatr [en línea]. 1989 Feb. [accesado 2 Feb 2012]. 10(1):[27-31]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2925865>
4. Ortiz H. Nueva clasificación de los desórdenes alimentarios. CCAP [en línea]. 2012 ene. [modificado 24 Ene 2012, accesado 5 Mar 2012]; 10(4):[44-55]. Disponible en: [http://www.scp.com.co/precop/precop\\_files/modulo\\_10\\_vin\\_4/5\\_itw.pdf](http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_10_vin_4/5_itw.pdf)
5. 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 Gastroenterology & Nutrition [en línea}. 2003 Jul. [accesado 29 Ene 2012] 37(1):[75-84]. Disponible en: [http://journals.lww.com/ipgn/Fulltext/2003/07000/The\\_Complexity\\_of\\_Feeding\\_Problems\\_in\\_700\\_Infants.14.aspx?WT.mc\\_id=HPxADx20100319xMP](http://journals.lww.com/ipgn/Fulltext/2003/07000/The_Complexity_of_Feeding_Problems_in_700_Infants.14.aspx?WT.mc_id=HPxADx20100319xMP)
6. Bithoney WG, McJunkin J, Michalek J, Snyder J, Egan H, Epstein D. The effect of a multidisciplinary team approach on weight gain in nonorganic failure-to-thrive children. J Dev Behav Pediatr [en línea] 1991 Aug. [accesado 2 Feb 2012]. 12(4):[254-258]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1939681>
7. Bernabe K. Hard to feed kids gets help from PediaSure. Med Observer [en línea]. 2012

jun. [accesado 7 Feb 2012] Disponible en:  
<http://www.medobserver.com/archivearticle.php?ArticleID=113>

8. Bravo P, Hodgson MI. Trastornos alimentarios del lactante y preescolar. Rev Chil Pediatr [en línea]. Santiago: 2011 Abr [accesado 18 Ene 2012] 82(2):[87-92] Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062011000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062011000200002&script=sci_arttext)
9. Rodríguez L. Situación nutricional del escolar y adolescente en Chile. Rev Chil Pediatr [en línea]. Santiago: 2007. [accesado 21 Ene 2012]. 78(5):[523-533]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062007000500011](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000500011)
10. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Subgerencia Planificación y Desarrollo. Sistema Integral de Información SII-IGSS. Consulta externa pediátrica SII-IGSS-7. 2013.
11. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Wikiguate. Guatemala: 2011 [modificada 12 Dic 2011; accesado 17 Mar 2012] Disponible en: [http://wikiguate.com.gt/wiki/Instituto\\_Guatemalteco\\_de\\_Seguridad\\_Social](http://wikiguate.com.gt/wiki/Instituto_Guatemalteco_de_Seguridad_Social)
12. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Historia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. IGSS; Guatemala: 2012 [accesado 10 Mar 2012]. Disponible en: [http://igssgt.org/sobre\\_nosotros/historia\\_igss.html](http://igssgt.org/sobre_nosotros/historia_igss.html)
13. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Servicios médicos. IGSS; Guatemala: 2012 [accesado 20 Mayo 2012]. Disponible en: [http://www.igssgt.org/servicios\\_medicos/infogeneraldeptomedicoservicioscentrales.pdf](http://www.igssgt.org/servicios_medicos/infogeneraldeptomedicoservicioscentrales.pdf)
14. Lartigue Becerra T, Maldonado-Durán M, Ávila Rosas H. La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo: una visión de profesionales de la salud. Primera ed. México: Asociación psicoanalítica mexicana. Plaza y Valdés Editores; 1998.
15. Pizarro Quevedo T, Rodríguez Osiac L, Benavides Manzoni X, Atalah Samur E,

Becerra Flores C, et al. Guía de alimentación del niño(a) menor de 2 años; Guía de alimentación hasta la adolescencia. Chile: Ministerio de Salud. 2005.

16. Cómo resolver el problema alimentario de tu hijo [en línea]. México: Terra.com; 2009 jul. [accesado 15 Mar 2012] Disponible en: <http://www.terra.com.mx/mujer/articulo/845030/Como+resolver+el+problema+alimentario+de+tu+hijo.htm>
17. Dal Bó GA. Psicopatología alimentaria [en línea]. Madrid: Wikipedia.com; 2011. [modificada 2 Oct 2011; accesado 18 Mar 2012]. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Psicopatolog%C3%ADa\\_alimentaria](http://es.wikipedia.org/wiki/Psicopatolog%C3%ADa_alimentaria)
18. Apetito y saciedad. Dieta y Nutrición [en línea] 2006 [creada 28 Sep 2006, accesada 2 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.igb.es/nutricion/apetito/apetito01.htm>
19. Davies WH, Satter E, Berlin KS, Sato AF, Silverman AH, Fischer EA, et al. Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: the case for a relational disorder. J Fam Psychol. 2006; 20(3):[409-17].
20. Chatoor I, Tasman A, Kay J, Lieberan JA. Feeding and other disorders of infancy or early childhood. Psychiatry Second Edition. New York: 2003. [799-818]
21. Chatoor I, Ammaniti M, Narrow WE, Sirovatka PJ, Regier DA. Classifying feeding disorders of infancy and early childhood. Age and Gender Considerations in Psychiatric Diagnosis. American Psychiatric Association; 2007. [227-42]
22. Krugman SD, Dubowitz H. Failure to Thrive. Am Fam Physician [en línea] 2003 sep. [accesado 4 Feb 2012]. 68(5):[879-884]. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2003/0901/p879.html>
23. Current trends in identification and management of feeding difficulties in children. Mednet [en línea]. Miami: 2011 Apr-May [accesado 20 Ene 2012] Disponible en: [http://www.mednet.ca/index.php?page=article&id\\_article=3683&id\\_rubrique=78&id\\_mot=25&lang=en](http://www.mednet.ca/index.php?page=article&id_article=3683&id_rubrique=78&id_mot=25&lang=en)

24. Hernández MR, Escalera MT, Pedrón C, Tamayo G. Dietas poliméricas en pediatría. An Esp Pediatr [en línea]. España: 1997 [actualizado 2 Jun 2002 /accesado 20 Jul 2012]. 47(1):[5-11]. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/anales/47-1-2.pdf>
25. Heimburger DC, Weinsier RI. Guideliness for evaluating and categorizing enteral formulas according to therapeutic equivalence. JPEN [en línea]. Alabama: 1985 ene [accesado 20 Jul 2012]. 9(1):[61-67]. Disponible en: <http://pen.sagepub.com/content/9/1/61.abstract>
26. Alcón JJ, Mataix J, Elía MA, Dalmau J. Nutrición enteral en pediatría. Indicaciones para su uso y revisión de las fórmulas existentes en España. Acta Pediatr Esp [en línea]. Valencia: 2004 [accesado 18 Jul 2012]. 62(9):[413-419]. Disponible en: <http://www.gastroinf.com/SecciNutri/50-56%20NUT%20INFANTIL=NUTRICIO.pdf>
27. Hernández Ruiz F, Alba LH, Becerra Martínez NA. Trastorno de la conducta alimentaria en niños (Inapetencia). Actas de medicina familiar [en línea] 2009 feb. [accesado 2 Feb 2012] Disponible en: <http://preventiva.wordpress.com/2009/02/26/trastorno-de-la-conducta-alimentaria-en-ninos-inapetencia/>
28. Wright CM. Identification and management of failure to thrive: a community perspective. Arch Dis Child [en línea]. 2000. [accesado 4 Feb 2012] 82:[5-9]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1718189/pdf/v082p00005.pdf>
29. Chaskel R. Perspectiva psicosomática de los trastornos alimentarios en niños y adolescentes. Rev. Colombiana de Psiquiatría [en línea]. Colombia; 2006 Jun. [accesado 3 Feb 2012] 35:[176-186] Disponible en: <http://www.psiquiatria.org.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/12.%20art.%20original%20perspectiva%20psicosom%20de%20los%20trastornos%20alimentarios.pdf>

## VIII. ANEXOS

### 8.1. Anexo No. 1: Boleta de recolección de datos

Universidad de San Carlos de Guatemala  
Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela de Estudios de Postgrado  
Maestría de Pediatría  
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social  
Hospital General de Enfermedades

### ABORDAJE DIAGNÓSTICO DEL NIÑO Y NIÑA DE 2 A 7 AÑOS CON DIFICULTADES EN LA ALIMENTACIÓN

Investigadora: Andrea García Acevedo

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Afiliación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Boleta No. \_\_\_\_\_

#### A. Por favor proporcione la siguiente información:

1. Sexo: F  M

2. Edad: \_\_\_\_\_

#### B. ¿Su niño/a come:

3. ¿Frutas? Sí  No

4. ¿Vegetales? Sí  No

5. ¿Carnes o alternativas de carne (nueces, soya, huevo)? Sí  No

6. ¿Productos lácteos (leche, queso, yogurt)? Sí  No

7. ¿Granos o leguminosas? Sí  No

**C. Marque todas las casillas que se apliquen así: ☒**

Niño con poco apetito debido a enfermedades orgánicas	<ul style="list-style-type: none"><li>• <input type="checkbox"/> Atragantamiento y dolor al tragar</li><li>• <input type="checkbox"/> Pérdida de peso</li><li>• <input type="checkbox"/> Vómitos</li><li>• <input type="checkbox"/> Diarrea</li><li>• <input type="checkbox"/> Sangre en heces</li><li>• <input type="checkbox"/> Alergia a los alimentos</li><li>• <input type="checkbox"/> Eczema o urticaria</li><li>• <input type="checkbox"/> Asma</li><li>• <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes</li><li>• <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo</li></ul>
Ingesta altamente selectiva	<ul style="list-style-type: none"><li>• <input type="checkbox"/> Tiene hambre, fácilmente empieza a comer, pero luego lo deja de hacer y se rehúsa a continuar</li><li>• <input type="checkbox"/> Come un número limitado de alimentos</li><li>• <input type="checkbox"/> Se rehúsa a comer alimentos debido a su olor, sabor, textura, temperatura y/o aspecto</li><li>• <input type="checkbox"/> Solamente acepta alimentos preparados en una forma específica</li><li>• <input type="checkbox"/> Está renuente a probar alimentos nuevos</li></ul>
Niño normal con poco apetito por concepto erróneo de los padres	<ul style="list-style-type: none"><li>• <input type="checkbox"/> Fue pequeño al nacer o prematuro</li><li>• <input type="checkbox"/> Tiene uno o ambos padres que son pequeños o crecieron lentamente</li><li>• <input type="checkbox"/> Parece saludable y activo</li></ul>
Niño vigoroso con poco interés en la alimentación	<ul style="list-style-type: none"><li>• <input type="checkbox"/> No está interesado en los alimentos</li><li>• <input type="checkbox"/> Deja de comer después de algunos sorbos</li><li>• <input type="checkbox"/> Constantemente trata de bajarse de la silla de comer o se levanta de la mesa</li><li>• <input type="checkbox"/> Le encanta jugar e interactuar con sus familiares</li></ul>
Niño deprimido/apático con poco interés en la alimentación	<ul style="list-style-type: none"><li>• <input type="checkbox"/> Es retraído e irritable</li><li>• <input type="checkbox"/> No sonrío, no balbucea ni habla mucho</li><li>• <input type="checkbox"/> Muestra poco interés en jugar</li></ul>
Temor a la alimentación	<ul style="list-style-type: none"><li>• <input type="checkbox"/> Lloro cuando ve los alimentos o los utensilios para alimentación (por ejemplo, cuchara o silla alta para comer)</li><li>• <input type="checkbox"/> Se resiste intensamente a comer</li><li>• <input type="checkbox"/> Comenzó a rechazar los alimentos después de una mala experiencia relacionada con la alimentación, como ahogo o vómitos</li><li>• <input type="checkbox"/> Está siendo alimentado/a o fue alimentado/a por sonda y tiene temor de comer</li></ul>

## PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para producir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada “**ABORDAJE DIAGNÓSTICO DEL NIÑO Y NIÑA CON DIFICULTADES EN LA ALIMENTACIÓN**”, para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.