

Trastornos alimentarios pediátricos con impacto nutricional severo

Un abordaje integral e interdisciplinario

Pediatric feeding disorders with severe nutritional impact: a comprehensive and interdisciplinary approach



Mónica **Saldaneri**
Carola **Saure**
Graciela **Filomena**
Maria Guillermina **Soraiz**
Regina **Esmoris**
Sandra **Massa**
Dalma Judith **González Moreira**

Ground Picture

Photo By/Foto:

ART Volumen 24 #1 enero - junio

ID: [10.33881/1657-2513.art.24106](https://doi.org/10.33881/1657-2513.art.24106)

Title: Pediatric feeding disorders with severe nutritional impact

Subtitle: A comprehensive and interdisciplinary approach

Título: Trastornos alimentarios pediátricos con impacto nutricional severo

Subtítulo: Un abordaje integral e interdisciplinario

Alt Title / Título alternativo:

[en]: Pediatric feeding disorders with severe nutritional impact: a comprehensive and interdisciplinary approach”

[es]: Trastornos alimentarios pediátricos con impacto nutricional severo: Un abordaje integral e interdisciplinario

Author (s) / Autor (es):

Saldaneri, Saure, Filomena, Soraiz, Esmoris, Massa & González Moreira

Keywords / Palabras Clave:

[en]: Child Development; Child Nutrition; Eating behavior; Health care team; Nutritional status; Pediatric feeding disorders

[es]: Conducta alimentaria; Desarrollo infantil; Equipo de salud; Estado nutricional; Nutrición Infantil; Trastornos de la alimentación en la niñez

Submitted: 2024-04-27

Accepted: 2024-05-17

Resumen

Las dificultades en la alimentación tienen una prevalencia significativa en niños/as con desarrollo típico y aumentan, significativamente, cuando existen condiciones de salud comórbidas, siendo ésta una de las preocupaciones más frecuentes en la consulta pediátrica. La falta de una detección oportuna puede impactar de forma negativa en la salud integral de las niñeces. El objetivo de este trabajo es describir el abordaje que se realizó en niños/as que presentaron trastornos alimentarios pediátricos con impacto nutricional severo en el contexto de la “Clínica interdisciplinaria de deglución y conducta alimentaria” que funciona en un hospital público en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Se llevó a cabo un estudio de carácter descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron en la muestra final a 16 familias. Los niños/as comprendían una franja etaria de 2 a 13 años. Los motivos de internación más prevalentes fueron impotencia funcional de miembros inferiores y alteraciones visuales. Un 93,75% de la población presentaba desafíos en su desarrollo. La edad promedio de aparición de las dificultades en la alimentación fue entre los 12 y 18 meses de edad. Un 56,25% había consultado, anteriormente, con algún profesional de la salud. El 56,25% no contaba con los apoyos terapéuticos adecuados. El 100% tenía dificultades en la conformación de rutinas. Los trastornos alimentarios pediátricos constituyen un fuerte desafío para el equipo de salud. La detección precoz, las intervenciones oportunas y el enfoque centrado en la familia son fundamentales para evitar complicaciones severas y propiciar un vínculo placentero a la hora de comer.

Abstract

Pediatric feeding disorders (PFD) have a significant prevalence in typical development children and increase drastically when there are comorbidities health conditions. PFD are one of the most frequent concerns in pediatric consultant. The lack of accured detection can negatively impact the comprehensive health of children. The objective of this article is to describe the approach that was carried out in children and adolescents who presented pediatric feeding disorders with severe nutritional impact in the context of the “Interdisciplinary Swallowing and feeding team” that operates in a public hospital in the City from Buenos Aires, Argentina. A descriptive and retrospective study was carried out. 16 families were included in the final sample. The children included an age range of 2 to 13 years. The most prevalent reasons for hospitalization were functional impotence of the lower limbs and visual alterations. 93.75% of the population presented challenges in their development. The average age of onset of feeding difficulties was between 12 and 18 months of age. 56.25% had previously consulted with a health professional. 56.25% did not have adequate therapeutic support. 100% had difficulties in forming routines. Pediatric Feeding Disorders (PFD) constitute a strong challenge for the health team, so awareness and training on this topic is essential. Early detection, timely interventions, and a family-centered approach are essential to avoid severe complications and promote a pleasant mealtime for all.

Citar como:

Saldaneri, M., Saure, C., Filomena, G., Soraiz, M. G., Esmoris, R. ., Massa, S., & González Moreira, D. J. (2024). Trastornos alimentarios pediátricos con impacto nutricional severo: Un abordaje integral e interdisciplinario. *Areté*, 24 (1), 55-62. Obtenido de: <https://arete.iberu.edu.co/article/view/2948>

Lic Mónica **Saldaneri**, sp
ORCID: [0009-0001-9446-656X](https://orcid.org/0009-0001-9446-656X)
Source | Filiacion:
Hospital de pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, Buenos Aires, Argentina
BIO:
Licenciada en Terapia Ocupacional
City | Ciudad:
Buenos Aires [ar]
e-mail:
monisaldaneri.to@gmail.com

Carola **Saure**
ORCID: [0000-0001-5059-0940](https://orcid.org/0000-0001-5059-0940)
Source | Filiacion:
Hospital de pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, Buenos Aires, Argentina
BIO:
Médica pediatra y neonatóloga, Esp. Nutrición,
City | Ciudad:
Buenos Aires [ar]
e-mail:
roycateira@gmail.com

Lic Graciela **Filomena**
ORCID: [0009-0009-9547-827X](https://orcid.org/0009-0009-9547-827X)
Source | Filiacion:
Hospital de pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, Buenos Aires, Argentina
BIO:
Licenciada en Terapia Ocupacional
City | Ciudad:
Buenos Aires [ar]
e-mail:
gracielafilemena.to@gmail.com

Maria Guillermina **Soraiz**, sp
ORCID: [0000-0002-5774-1024](https://orcid.org/0000-0002-5774-1024)
Source | Filiacion:
Hospital de pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, Buenos Aires, Argentina
BIO:
Médica pediatra.
City | Ciudad:
Buenos Aires [ar]
e-mail:
quillesoraiz@gmail.com

Regina **Esmoris**
ORCID: [0009-0009-8006-7996](https://orcid.org/0009-0009-8006-7996)
Source | Filiacion:
Hospital de pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, Buenos Aires, Argentina
BIO:
Licenciada en Psicología
City | Ciudad:
Buenos Aires [ar]
e-mail:
esmorisregina@gmail.com

Sandra **Massa**
ORCID: [0009-0003-6066-6031](https://orcid.org/0009-0003-6066-6031)
Source | Filiacion:
Hospital de pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, Buenos Aires, Argentina
BIO:
Licenciada en kinesiología y fisioterapia.
City | Ciudad:
Buenos Aires [ar]
e-mail:
sandramassa66@gmail.com

Dra Dalma Judith **González Moreira**
ORCID: [0000-0001-5829-6447](https://orcid.org/0000-0001-5829-6447)
Source | Filiacion:
Hospital de pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, Buenos Aires, Argentina
BIO:
Doctora en Fonoaudiología e IBCL
City | Ciudad:
Buenos Aires [ar]
e-mail:
dalmagonzalez.fono@gmail.com

Trastornos alimentarios pediátricos con impacto nutricional severo

Un abordaje integral e interdisciplinario

Pediatric feeding disorders with severe nutritional impact: a comprehensive and interdisciplinary approach

Mónica **Saldaneri**
Carola **Saure**
Graciela **Filomena**
Maria Guillermina **Soraiz**

Regina **Esmoris**
Sandra **Massa**
Dalma Judith **González Moreira**

Introducción

La alimentación es un proceso complejo y dinámico que conlleva una interacción constante de múltiples aspectos: fisiológicos, motores, sensoriales, cognitivos, psicológicos, afectivos, sociales, entre otros. El acto de comer es un comportamiento aprendido dentro de un contexto social determinado con costumbres y tradiciones. La alimentación de forma independiente requiere de múltiples habilidades orales, motoras finas y gruesas, y la capacidad del niño/a para adaptarse a nuevas texturas y sabores (**Benson et al., 2013**).

Se cree que el desarrollo de las habilidades motoras gruesas, finas, y orales, así como las habilidades cognitivas, respaldan la transición a texturas más complejas durante los primeros tres a cuatro años de vida (**Ross, 2017**).

Las experiencias y aprendizajes que se dan en estos primeros 1000 días de vida sientan las bases para hábitos saludables en las niñeces. La variedad de alimentos consumidos en esta etapa se encuentra relacionada con la variedad de alimentos consumidos en edades posteriores (**Delaney et al., 2017**).

Las dificultades de alimentación tienen una significativa prevalencia en niños/as con desarrollo típico llegando aproximadamente a un 25% y aumenta drásticamente a un 80 % cuando existen condiciones de salud comórbidas (**Keen, 2008**).

Incluso, algunos reportes más recientes destacan que las familias, en un 50% de los casos, describen a sus hijos como “comedores quisquillosos” en algún momento de la infancia (*Caldwell et al., 2020*).

Según Campuzano (*2020*), en la actualidad, la alimentación es una preocupación frecuente en la consulta pediátrica. Estas problemáticas, en particular la selectividad o preferencia restringida de alimentos, pueden afectar la capacidad de crecimiento y desarrollo. Es por esto que usualmente, la inquietud de los cuidadores sobre la nutrición y los aspectos conductuales aumenta a medida que el niño/a crece ya que se incrementan simultáneamente las expectativas sociales (*Benson et al., 2013*).

La literatura afirma que aproximadamente el 20% de las dificultades de alimentación no son adecuadamente diagnosticadas (*Almeida et al., 2012*). Las nomenclaturas y clasificaciones en cuanto a las mismas continúan siendo heterogéneas. Es de suma importancia construir un lenguaje común en la comunidad de salud que permita caracterizar e identificar mejor las necesidades diversas de esta población. De esta manera, se habilitaría al trabajo interdisciplinario incluyendo profesionales de diferentes áreas necesarios para su abordaje y se promovería la práctica clínica conjunta, el área de investigación, y la construcción de una política integral de atención en salud (*Goday et al., 2019*).

En el 2019, se publicó un consenso internacional en el que diferentes especialistas definieron a los trastornos alimentarios pediátricos (PFD, por sus siglas en inglés) como “una ingesta oral deficiente que no es apropiada para la edad y está asociada con una disfunción médica, nutricional, de habilidades de alimentación y/o psicosociales.” Dicha ingesta oral alterada se refiere a la incapacidad de consumir suficientes alimentos y/o líquidos para cumplir con los requisitos nutricionales y de hidratación. Los cuatro dominios mencionados son complementarios y se encuentran estrechamente relacionados, la afectación en uno de estos puede impactar en cualquiera de los otros (*Goday et al., 2019*).

Los desafíos en la alimentación se presentan de manera muy variada, desde la aversión oral a ciertas texturas, formas, colores y presentaciones hasta un rechazo persistente a estímulos relacionados con la boca.

Dichas dificultades de alimentación requieren de una mirada integral, puesto que la falta de una detección oportuna puede impactar de forma negativa en la salud integral de las niñas y adolescentes provocando déficits severos de micronutrientes (*Beaudry Bellefeuille, 2014*).

Según Ammanit et al., (*2012*) entre un 25% y 50% de los/as niños/as con dificultades en la alimentación presentan malnutrición, incrementándose cuando existen comorbilidades asociadas alcanzando un 50% en casos de prematurez, y entre un 50 y un 80% en casos de patologías respiratorias, gastrointestinales, o cardiovasculares (*Kovacic et al., 2021*). Prevalencia que aumenta en niños/as con enfermedades crónicas o trastornos del neurodesarrollo (*Becker et al., 2014*).

Existe evidencia de que las dificultades en la hora de comer repercuten de forma negativa en toda la dinámica familiar generando disrupción de las rutinas, una carga de estrés tanto en los/as niños/as como en los/as cuidadores/as y restricciones en la participación (*Provost et al. 2010*). Muchas veces, la hora de comer se convierte en una batalla cotidiana.

En sintonía, diferentes autores afirman que los/as niños/as que se muestran como “comedores quisquillosos” durante la primera infancia conducen a rutinas disfuncionales a la hora de comer, a un mayor

estrés de los cuidadores/as, y a un impacto negativo en las relaciones familiares (*Caldwell et al., 2020*).

Debido a la complejidad y heterogeneidad de las dificultades en la alimentación se requiere, necesariamente de una evaluación y un tratamiento interdisciplinario integral teniendo en cuenta el desarrollo en su totalidad.

Los trastornos alimentarios pediátricos constituyen un fuerte desafío para el equipo de salud por lo que la concientización y la formación en esta temática es imprescindible. La detección precoz, las intervenciones oportunas, y el enfoque centrado en la familia son fundamentales para evitar complicaciones severas y propiciar un vínculo placentero a la hora de comer. Un enfoque centrado en la familia que promueva cambios cotidianos en el hogar es fundamental para mejorar la nutrición general de los niños pequeños (*Caldwell et al., 2020*).

En el Hospital Garrahan se ha conformado hace 10 años un equipo interdisciplinario de evaluación y seguimiento para niñas y adolescentes con dificultades en la alimentación llamado “Clínica de deglución y conducta alimentaria”. El mismo se conforma por una médica nutricionista, una médica pediatra, una fonoaudióloga, una terapeuta ocupacional, una kinesióloga, una psicóloga, y residentes y becarios/as de dichas disciplinas que trabajan de forma inter y transdisciplinaria. Este espacio articula de manera intra-institucional con diferentes servicios del hospital.

El objetivo de este trabajo es describir el abordaje que se realizó en niños/as y adolescentes que presentaron trastornos alimentarios pediátricos con impacto nutricional severo en el contexto de la “Clínica interdisciplinaria de deglución y conducta alimentaria” que funciona en un hospital público en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Metodología

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio de carácter descriptivo y retrospectivo durante el período comprendido entre diciembre de 2021 y julio de 2023. La muestra se seleccionó por conveniencia dada la accesibilidad de los casos durante dicho período. La información fue recolectada a través de historias clínicas digitalizadas.

Se incluyeron a todos/as los/as niños/as y adolescentes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Niños/as y adolescentes menores de 18 años con dificultades en la alimentación persistente por más de 2 meses.
- Compromiso nutricional severo con requerimiento de internación por dicha causa.
- Recibir evaluación y seguimiento por el equipo de la Clínica interdisciplinaria de deglución y conducta alimentaria del Hospital Garrahan.
- Cuidador/a principal mayor de 18 años.

Se excluyeron de la muestra a los niños/as y adolescentes que presentaron alteraciones en su deglución asociadas a sus desafíos en la alimentación.

Dentro de las estrategias utilizadas desde el equipo cabe mencionar que la prioridad fue garantizar el estado nutricional del niño/a. Para esto, la médica nutricionista y la pediatra del equipo se encargaron de una valoración antropométrica (peso, talla, IMC y sus respectivos desvíos Estándar). Se clasificó a los pacientes en desnutridos, normopeso u obesos. También se solicitaron los estudios necesarios para evaluar el impacto nutricional (hemograma, albumina, dosaje de vitaminas A, D, E, B12, Cobre, Zinc)

Para conocer la cantidad y calidad de la ingesta se le pidió a la totalidad de las familias un recordatorio alimentario de 24 horas o un registro de frecuencia de consumo. El objetivo central de esta anamnesis alimentaria era determinar el consumo regular de energía y nutrientes críticos, como proteínas, calcio, hierro, ácidos grasos esenciales, vitamina B12, zinc y selenio.

Resultados

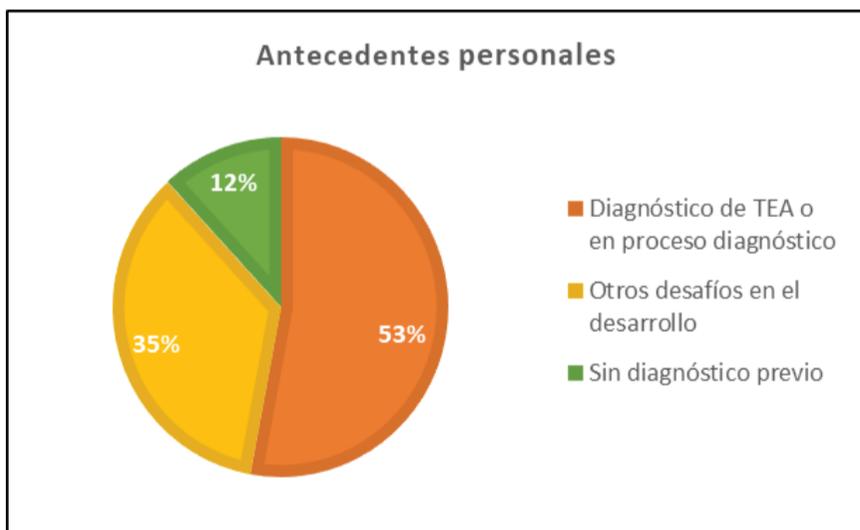
Se incluyeron en la muestra final a 16 familias (N=16). Los niños/as seleccionados comprenden una franja etaria de 2 a 13 años con una media de 80,5 meses. Los pacientes fueron vistos por el equipo por primera vez en el contexto de internación y luego fueron seguidos de forma ambulatoria.

Descripción de la Población

Un 87,5% (n=14) de la población eran varones, un 56,25% tenían un diagnóstico confirmado o sospecha de trastorno del espectro autista (TEA), un 37,5% tenían otros desafíos en su desarrollo asociados a la selectividad alimentaria, y el 12,5% no presentaban ningún diagnóstico previo. (Gráfico 1)

Gráfico 1

Antecedentes personales de las niñeces



Elaborado por los autores

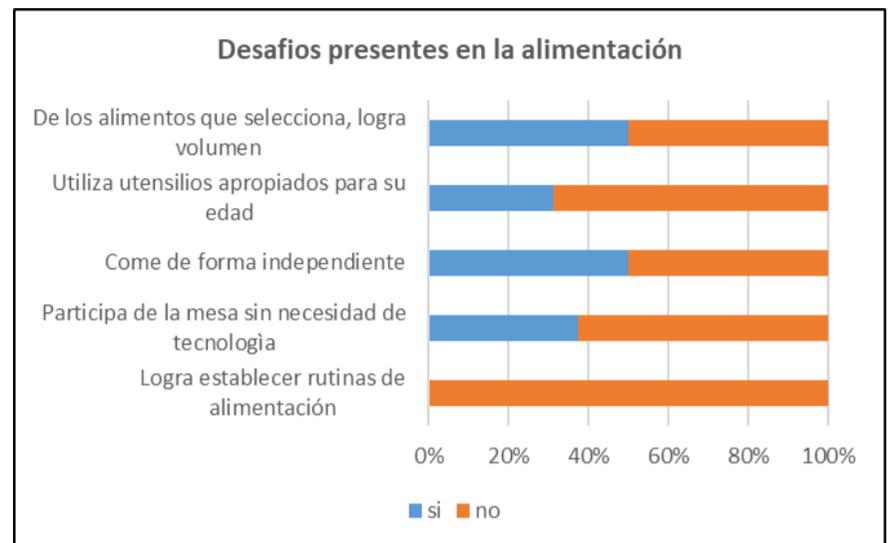
El 100% de las familias refirieron que las dificultades en la alimentación aparecieron entre los 12 y 18 meses de edad de manera progresiva. Un 56,25% de las familias había consultado, anteriormente, con algún profesional de la salud acerca de esta preocupación sin tomar ninguna línea de acción al respecto. El 68,75% de las familias no contaban con obra social, y el 56,25% de las familias no contaban con los apoyos terapéuticos específicos que abordarán los desafíos en la alimentación.

La totalidad de las familias describieron tener dificultades en la conformación de rutinas a la hora de comer. Un 62,5% de los/as niños/as

no lograba permanecer sentado/a en la mesa familiar sin el uso de tecnología. A su vez, un 50% de los niños/as no lograba comer de forma independiente, aunque un 18,75% sí realizaba dicha actividad de manera independiente, pero sin uso instrumental de cubiertos (solo con sus manos). (Gráfico 2)

Gráfico 2

Desafíos en la alimentación reportados por las familias



Elaborado por los autores

Evaluación Nutricional

Los motivos de internación más prevalentes fueron: impotencia funcional de miembros inferiores y alteraciones visuales. Los diagnósticos médicos posteriores fueron escorbuto por déficit de vitamina C e hipovitaminosis A, respectivamente.

Con respecto a la valoración nutricional, los datos se muestran en la Tabla 1, donde se encuentra que 5 pacientes eran eutróficos (peso adecuado para talla y edad), 5 pacientes obesos (peso elevado para talla y edad), 4 pacientes bajo peso (peso bajo para talla y edad), y 2 pacientes bajo peso y acortados (bajo peso y baja talla). (Gráfico 3)

Tabla 1

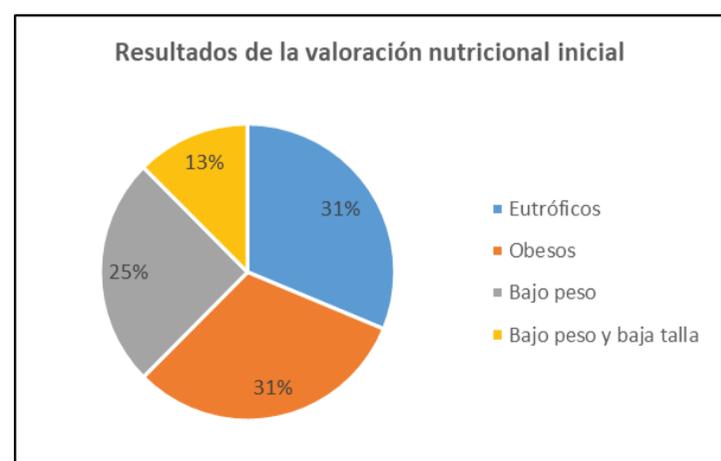
Datos antropométricos de la población N=16 pacientes

	Promedio	Rango
Edad (meses)	80.5	15-150
Peso (kg)	24.1	6.59-46.9
DS peso	-0.77	-5.35-+2.74
Talla (cm)	112.8	67.5-155
IMC (peso/talla ²)	16.49	11.1-22.8
Zscore IMC	-0.368	-4.54 - +2.7

Elaborado por los autores

Gráfico 3

Valoración nutricional



Elaborado por los autores

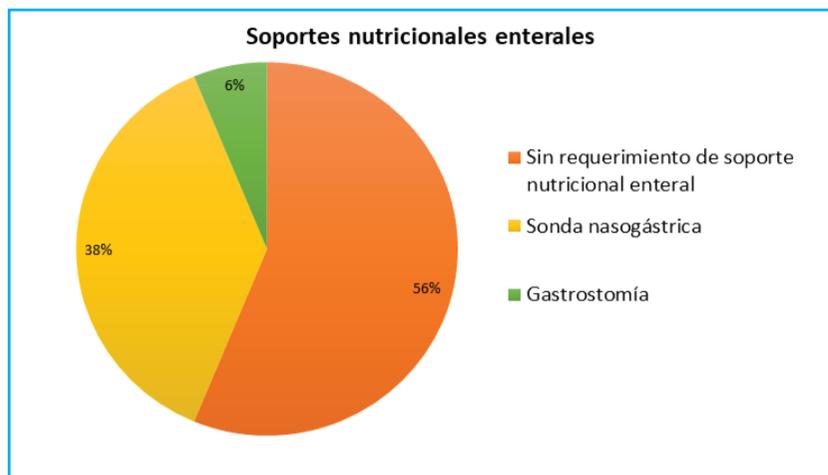
Trastornos alimentarios pediátricos con impacto nutricional severo

Un abordaje integral e interdisciplinario

Un 43,75% requirió el uso de soporte nutricional (37,5% sonda nasogástrica y 6,25% gastrostomía) para garantizar un aporte adecuado. (Gráfico 4)

Gráfico 4

Requerimiento de soportes nutricionales enterales



Elaborado por los autores

A partir de los datos recabados cada familia recibió un plan de alimentación individualizado considerando las habilidades de alimentación de cada niño/a y su perfil sensorial. Una de las principales intervenciones fue proporcionar la suplementación de micronutrientes para asegurar el estado nutricional.

Por otra parte, se pautaron intervenciones ambientales y conductuales con cada familia para propiciar una escena de alimentación que invitara al disfrute y la participación. En la totalidad de las familias se apostó a que los niños/as logren construir un vínculo con los alimentos más allá de animarse a probarlos o no. Se utilizó un enfoque lúdico priorizando la exploración sensorial de cada alimento, animándolos a conocerlos, hablando de sus propiedades (colores, temperaturas, texturas, sabores, etc.).

Se indagó exhaustivamente acerca de las preferencias alimenticias observando a través de vídeos y en sesión qué pasaba en el momento de la comida (en dónde y con quién comían, configuración del espacio y materiales) y para pesquisar qué consistencias, temperaturas, sabores, colores, y presentaciones elegían. Esto sirvió de puntapié para comenzar la expansión alimentaria. La variación siempre fue progresiva y arrancando desde una base conocida y de confianza.

Otras de las intervenciones mayormente utilizadas fueron las modificaciones ambientales y de rutinas. Se remarcó la importancia de una organización en las rutinas diarias haciendo partícipe al niño/a de los momentos de la comida, compartiendo la mesa con el grupo familiar, involucrando al niño/a en la preparación de los alimentos, de la puesta de la mesa, y de limpiar el espacio una vez que finalizaron la comida. Por otra parte, se destacó la relevancia de un posicionamiento adecuado a la hora de comer.

Todas estas intervenciones se hicieron conjuntamente con las familias a través de un trabajo de orientación y acompañamiento para que pudieran ir poniéndolas en juego en cada escena de alimentación.

El abordaje con las 16 familias de este estudio fue a través de la construcción de una escena de alimentación que sea placentera utilizando estrategias lúdicas, invitando a la exploración de los alimentos sin intención o presión para comerlos, y utilizando consistencias que sean adecuadas a las posibilidades y habilidades de cada niño/a.

Como refiere Toomey (2007) la clave es pensar en la alimentación en muy pequeños pasos: comenzando con la habilidad de venir a la mesa, avanzando hacia interacciones más complejas con los alimentos, y terminando con el éxito oral-motor.

Duun Klein M. (2021) remarca, por su parte, la importancia de pensar cuáles son los detalles y los calificadores que hacen que la comida sea exitosa y cómoda, pudiendo ser algunos de estos: la presentación, el color, el sabor, la marca, la textura, la temperatura y/o la forma.

Algunos reportes mencionan que los programas terapéuticos multidisciplinares que tienen en cuenta la aceptación del niño como factores subyacentes al rechazo de alimentos han demostrado ser eficaces para mejorar el proceso de alimentación. Este tipo de programas, que se guían por el desarrollo típico de los diferentes componentes implicados en la alimentación, forman parte de los servicios en muchos centros de salud en todo el mundo (Beaudry Bellefeuille, 2014). Sin embargo, su documentación es insuficiente por lo que se requiere seguir aunando esfuerzos en el área de investigación que respalde dichas intervenciones.

Kerzner et al., (2005) proponen un enfoque progresivo para el manejo de los problemas de alimentación en todos los entornos clínicos. Este enfoque comienza con la identificación de señales de alerta que indiquen amenazas graves para el niño/a. Estas señales pueden referirse tanto a riesgos orgánicos como de comportamiento. Por ejemplo, el riesgo de aspiración, la disfagia, el retraso grave del crecimiento o las deficiencias claras de nutrientes requieren atención especializada inmediata (Milano, Chatoor, & Kerzner, 2019). Ante la inquietud de los padres o cuidadores respecto a la alimentación del niño/a, resulta relevante realizar una evaluación inicial que incluya: el examen físico, la evaluación antropométrica y la historia alimentaria (Kerzner et al., 2005).

Otro punto de relevancia en las intervenciones propuestas por los diferentes autores, es tener en cuenta cómo es el entorno en el que se alimenta al niño/a, el tiempo que tarda en la ingesta, la persona a cargo de la alimentación, el uso o no de distractores (por ejemplo: la utilización de pantallas), quién toma las decisiones respecto al alimento, y la existencia de rutinas preestablecidas (Haines et al., 2019).

Tal y como se vio en este estudio, la desorganización o falta de rutinas, el uso de pantallas y la escasa participación en la hora de comer son factores presentes en los hogares de aquellas familias con niños/as con problemas de alimentación. Los reportes describen estrategias para promover en el hogar una mayor participación del niño/a en los momentos de comida y un vínculo positivo con los alimentos (Caldwell et al., 2020).

En este sentido, Toomey (citada en Caldwell et al., 2020) propone cinco estrategias principales para promover un vínculo placentero con los alimentos: estructura, modelado social, refuerzo positivo, hacer que los alimentos sean manejables, y acceder a las habilidades cognitivas. A su vez, se propone entrenar a las familias de forma gradual a liderar las horas de comer con sus hijos a través de nueve estrategias que se describen en su modelo: 1. comidas compartidas con al menos un adulto; 2. comida estilo familiar; 3. participación infantil en la preparación de comidas y/o limpieza; 4. reforzar conductas apropiadas mediante elogios; 5. redirigir conductas inapropiadas a una alternativa aceptable;

Discusión

La creación de experiencias positivas vinculada con la exploración de alimentos y la aplicación de programas individualizados de estimulación oral habitualmente forman parte de los apoyos terapéuticos relacionados a los desafíos en la alimentación (Beaudry Bellefeuille, 2014).

6. evitar lenguaje negativo, amenazas y castigos; 7. demostrar y alentar diferentes niveles de exploración de alimentos; 8. permitir al niño guiar su propia exploración y 9. incorporar el juego.

Cabe destacar, que los abordajes utilizados desde la “Clínica de Deglución y Conducta alimentaria” estuvieron basados en lo que dichos estudios y enfoques proponen: modificaciones ambientales, organización de rutinas, utilización del juego como medio para invitar a la exploración de los alimentos y facilitador para la construcción de un vínculo positivo con los mismos; expansión alimentaria a partir de las preferencias sensoriales y alimentarias de cada niño/a. Todo pensado de forma individual para cada familia de acuerdo con sus posibilidades. La intervención estuvo focalizada en la orientación y acompañamiento a las familias para lograr que todo lo planteado se haga tangible entendiendo que la hora de comer es una situación social en dónde se comparte con otros y se ponen en escena aspectos emocionales.

Resulta imprescindible educar a la familia acerca de la importancia de mantener una actitud tranquila y positiva alrededor de las comidas para evitar crear un vínculo emocional negativo con la alimentación (**Beaudry Bellefeuille, 2014**). Es importante destacar que la inclusión de cada consistencia debe ir relacionada con una experiencia emocional positiva, donde no solo participe de este alimento el niño/a sino que éste se involucre en una situación familiar y social cargada de afectividad y patrones imitables de alimentación (**Vargas García & Eusse Solano, 2022**).

Conclusión

Las dificultades en la alimentación son multifactoriales, heterogéneas y constituyen una consulta frecuente en la población pediátrica incrementándose significativamente cuando existen desafíos en el desarrollo. La falta de una detección oportuna puede impactar de forma negativa en la salud integral de las niñas y adolescencias provocando déficits severos de micronutrientes. A su vez, existe evidencia de que las dificultades en la hora de comer repercuten de forma negativa en toda la dinámica familiar generando disrupción de las rutinas cotidianas y una carga de estrés tanto en los/as niños/as como en los/as cuidadores/as.

El rol del equipo de salud, especialmente, del pediatra es fundamental en la promoción, prevención e identificación temprana de signos de alarma. Se deben aunar esfuerzos para continuar construyendo líneas de investigación que proporcionen mayor concientización y capacitación que permitan investigar e intervenir oportunamente en las dificultades en la alimentación. Indagar en cada control acerca de la salud alimentaria del niño/a y adolescente es una herramienta indispensable para evitar consecuencias prevenibles.

Cuando existan preocupaciones o inquietudes por parte de los cuidadores respecto a la alimentación del niño/a, resulta fundamental aún más realizar una evaluación inicial que incluya: el examen físico, la evaluación antropométrica y una historia alimentaria exhaustiva (**Kerzner et al., 2015**).

Dicha historia alimentaria debe recabar información completa desde los inicios de la alimentación ya sea por lactancia humana, uso de biberones, necesidad de soporte nutricional, etc., la introducción de la alimentación complementaria, hasta la actualidad considerando la edad y las posibilidades de cada niño/a al momento de la consulta.

La detección precoz de los trastornos pediátricos alimentarios, las intervenciones oportunas, y el enfoque centrado en la familia son

fundamentales para evitar complicaciones severas. Comprender la importancia de la construcción de un vínculo placentero con los alimentos garantizando que la hora de comer sea un momento de confianza, seguridad y disfrute es el primer gran paso para generar acompañamientos respetuosos y responsivos en relación con la alimentación, y favorecer la participación.

Agradecimientos

Queremos agradecer, especialmente, a la Lic. Carolina Mozzone, la Dra. Natalia Moreno, y el Dr. Emanuel Bellantonio por la colaboración en el presente artículo y el trabajo cotidiano conjunto que da lugar a la interdisciplinariedad enriqueciendo nuestros abordajes.

Bibliografía

- Aguirre, J., Buscio, M., Solari, A., Bozzani, A., Piantanida, S., Armeno, M., & Arpi, L. (2024). Increase in the frequency of scurvy in children with food selectivity: A case series. *Arch Argent Pediatr*, e202310224. <https://doi.org/10.5546/aap.2023-10224>
- Almeida, C. A. N. D., Mello, E. D. D., Maranhão, H. D. S., Vieira, M. C., Barros, R., Fisberg, M., & Barreto, J. R. (2012). Dificuldades alimentares na infância: revisão da literatura com foco nas repercussões à saúde. *Pediatr. mod.* Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-666287>
- Ammaniti, M., Lucarelli, L., Cimino, S., D'Olimpio, F., & Chatoor, I. (2012). Feeding disorders of infancy: a longitudinal study to middle childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 272-280. <https://doi.org/10.1002/eat.20925>
- Beaudry Bellefeuille, I. (2014). El rechazo a alimentarse y la selectividad alimentaria en el niño menor de 3 años: una compleja combinación de factores médicos, sensoriomotores y conductuales. *Acta Pediatr Esp*, 72(5), XX. Disponible en: <https://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/nutricion-infantil/973-el-rechazo-a-alimentarse-y-la-selectividad-alimentaria-en-el-nino-menor-de-3-anos-una-compleja-combinacion-de-factores-medicos-sensoriomotores-y-conductuales>
- Becker, P. J., Carney, L. N., Corkins, M. R., Monczka, J., Smith, E., Smith, S. E., ... & White, J. V. (2014). Consensus statement of the Academy of Nutrition and Dietetics/American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: indicators recommended for the identification and documentation of pediatric malnutrition (undernutrition). *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(12), 1988-2000. <https://doi.org/10.1177/0884533614557642>
- Benson, J. D., Parke, C. S., Gannon, C., & Muñoz, D. (2013). A retrospective analysis of the sequential oral sensory feeding approach in children with feeding difficulties. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 6(4), 289-300. <https://doi.org/10.1080/19411243.2013.860758>
- Caldwell, A. R., Skidmore, E. R., Bendixen, R. M., & Terhorst, L. (2020). Examining child mealtime behavior as parents are coached to implement the Mealtime PREP intervention in the home: Findings from a pilot study. *British Journal of Occupational Therapy*, 83(10), 631-637. <https://doi.org/10.1177/0308022620920086>
- Campuzano, M. (2020). Trastornos de conducta alimentaria. *Pediatría Integral*, 25(2), 108-114. Consultado en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2020/xxiv02/05/n2-108-114_Campuzano.pdf
- Castejón Ponce, E., De la Mano Hernández, A., & Martínez Zazo, A. B. (2023). Alteraciones del comportamiento alimentario en el lactante y niño pequeño. *Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología, y Nutrición Pediátrica. Protoc diagn ter pediatr*, 1, 505-518. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/41_alter_alimentacion.pdf

Trastornos alimentarios pediátricos con impacto nutricional severo

Un abordaje integral e interdisciplinario

- Cejas, V., Benuzzi, V., & Pesarini, L. (2022). Preferencias alimentarias y comportamientos alimentarios en niños, niñas y adolescentes de 5 a 18 años con diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA). *Rev. Fac. Cien. Med. Univ. Nac. Córdoba*. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/38933>
- Chatoor, I. (2009). *Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers and young children*. Washington, DC: Zero to Three.
- Chatoor, I. (2002). Trastornos de la alimentación en bebés y niños pequeños: diagnóstico y tratamiento. *Clínicas Psiquiátricas para Niños y Adolescentes de América del Norte*, 2(2), 163-183. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(01\)00002-5](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(01)00002-5)
- De Toro, V., Aedo, K., & Urrejola, P. (2021). Trastorno de evitación y restricción de la ingesta de alimentos (ARFID): Lo que el pediatra debe saber. *Andes Pediátrica*, 92(2), 298-307. <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v92i2.2794>
- Dunn Klein, M. (2021). Comedores ansiosos, horas de comida ansiosas. Estrategias prácticas y compasivas para tener paz a la hora de comida. *OTR/L. Med, FAOTA*.
- Dunn, W. (2016). *Manual perfil sensorial-2. Adaptación española*. NCS Pearson, Inc.
- Espinoza Tocto, A., & Caviedes Polo, A. (2023). Selectividad alimentaria y su relación con el procesamiento sensorial en niños. *Rev Hered Rehab*, 1, 23. <https://doi.org/10.20453/rhr.v2023i1.5035>
- Eusse Solano, P. A., & Vargas García, M. A. (2022). Factores contextuales asociados a la selectividad de la conducta alimentaria: perspectiva fonoaudiológica. *Areté*, 22(1), 77-84. <https://doi.org/10.33881/1657-2513.art.22109>
- Filomena, G., Massa, S., González Moreira, D. J., Rodríguez, P., & Olguín, G. (2021). La telerehabilitación durante la pandemia COVID-19: experiencia de las familias de niños con condiciones crónicas complejas. *Med. infant*, 164-171. Disponible en: https://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2021/xxviii_2_164.pdf
- Finnane, J. M., Jansen, E., Mallan, K. M., & Daniels, L. A. (2017). Mealtime structure and responsive feeding practices are associated with less food fussiness and more food enjoyment in children. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 49(1), 11-18. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.08.007>
- Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., Lukens, C. T., Dodrill, P., Cohen, S., ... & Phalen, J. A. (2019). Pediatric feeding disorder: consensus definition and conceptual framework. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 68(1), 124. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>
- González, D., Filomena, G., Massa, S., Rodríguez, P., Soraiz, G., Marin, D., & Saure, C. (2022). Trastornos de la deglución en niños menores de 3 años con condiciones médicas complejas, abordaje interdisciplinario. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 42(4), 161-167. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2022.01.003>
- Haines, J., Haycraft, E., Lytle, L., Nicklaus, S., Kok, F. J., Merdji, M., ... & Hughes, S. O. (2019). Nurturing children's healthy eating: position statement. *Appetite*, 137, 124-133. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.02.007>
- Keen, D. V. (2008). Childhood autism, feeding problems and failure to thrive in early infancy. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 209-216. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0655-7>
- Kerzner, B., Milano, K., MacLean Jr, Continuación de las referencias corregidas según normas APA, 7ª edición
- Kerzner, B., Milano, K., MacLean Jr, W. C., Berall, G., Stuart, S., & Chatoor, I. (2015). A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*, 135(2), 344-353. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630>
- Kovacic, K., Rein, L. E., Szabo, A., Kommareddy, S., Bhagavatula, P., & Goday, P. S. (2020). Pediatric feeding disorder: a nationwide prevalence study. *The Journal of Pediatrics*, 228, 126-131. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.07.047>
- Milano, K., Chatoor, I., & Kerzner, B. (2019). A functional approach to feeding difficulties in children. *Current Gastroenterology Reports*, 21, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11894-019-0719-0>
- Moreira, D. G., & Granatto, S. M. (2022). La hora de comer y sus desafíos: experiencia en primera persona. *Revista Fonoaudiológica*, 69(2), 34-44. Disponible en: <https://fonoaudiologica.asalfa.org.ar>
- Morris, S. E., & Dunn Klein, M. (2000). *Pre-Feeding Skills: A Comprehensive Resource for Mealtime Development* (2nd ed.). *Therapy Skills Builders*.
- Noel, R. J. (2023). Avoidant restrictive food intake disorder and pediatric feeding disorder: the pediatric gastroenterology perspective. *Current Opinion in Pediatrics*, 35(5), 566-573. <http://doi.org/10.1097/MOP.0000000000001267>
- Provost, B., Crowe, T. K., Osbourn, P. L., McClain, C., & Skipper, B. J. (2010). Mealtime behaviors of preschool children: Comparison of children with autism spectrum disorder and children with typical development. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 30, 220-233. <https://doi.org/10.3109/01942631003757669>
- Saure, C., Zonis, L. N., González Sanguineti, X., & Kovalskys, I. (2024). Dificultades alimentarias en la infancia: una revisión narrativa. *Arch Argent Pediatr*, e202310200. <https://doi.org/10.5546/aap.2023-10200>
- Toomey, K. (2007). An introduction to the SOS approach to feeding. *Pediatric Feeding and Dysphagia Newsletter*, 8(1), 2-10. Disponible en: <https://pediatricfeedingnews.com/wp-content/uploads/2014/01/Newsletter-July-2007.pdf>
- Ross, E. (2017). Eating development in young children: understanding the complex interplay of developmental domains. In *Early Nutrition and Long-Term Health* (pp. 229-262). Woodhead Publishing. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-100168-4.00009-4>
- Silverman, A. H., Erato, G., & Goday, P. (2020). The relationship between chronic pediatric feeding disorders and caregiver stress. *J Child Health Care*, 25(1), 69-80. <https://doi.org/10.1177/1367493520905381>
- Vargas García, M. A., & Eusse Solano, P. A. (2022). Factores contextuales asociados a la selectividad de la conducta alimentaria: Perspectiva fonoaudiológica. *Areté*, 22(1), 77-84. <https://doi.org/10.33881/1657-2513.art.22109>