

TITULO: **Falta de apetito**

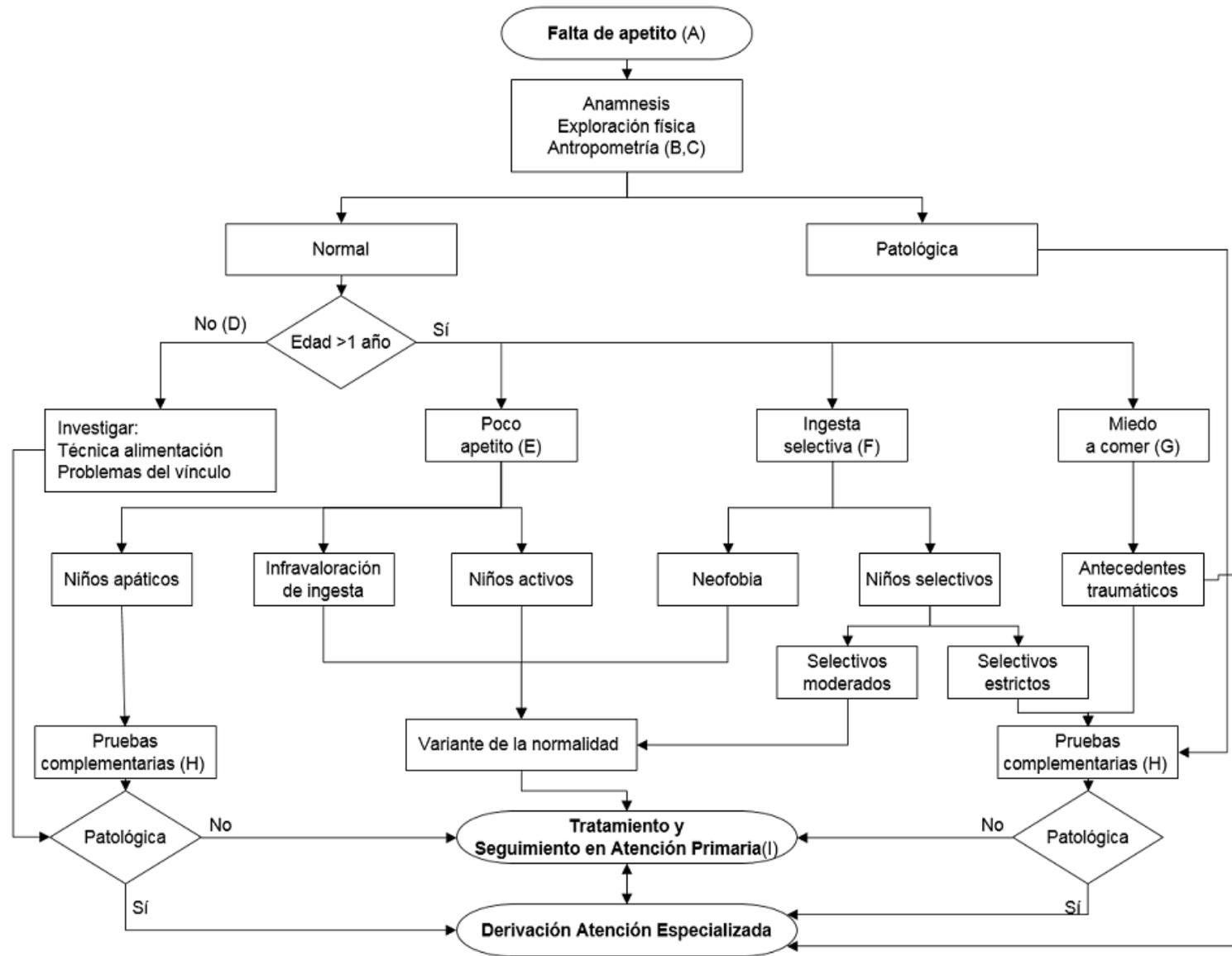
AUTORÍA:

Ana Martínez Rubio. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Camas (Sevilla) Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. Miembro del grupo de Gastroenterología y Nutrición de la AEPap

Catalina Santana Vega. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Tejina. San Cristóbal de la Laguna. Tenerife. Servicio Canario de La Salud. Miembro del grupo de Gastroenterología y Nutrición de la AEPap

Ignacio Ros Arnal. Pediatra. Servicio de pediatría. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza. Miembro del grupo de Gastroenterología y Nutrición de la AEPap

Cómo citar este artículo: Martínez Rubio A, Santana Vega C, Ros Arnal I. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Falta de apetito. AEPap. 2016 (en línea). Disponible en algoritmos.aepap.org



COMENTARIOS

A) DEFINICIÓN. Comer bien o mal es un concepto relativo en el que influyen las normas sociales y las percepciones y creencias de los distintos miembros de la familia. En nuestra sociedad, a menudo se asocia la imagen de un niño con ligero sobrepeso al concepto de salud y también se considera un indicador del buen hacer de sus padres. Por eso en muchas ocasiones el apetito y la conducta alimentaria de los niños son motivo de preocupación familiar.

En cualquier caso, como con otros motivos de consulta, siempre debe tenerse en cuenta la preocupación de los padres sobre el apetito o la alimentación de sus hijos. Esto afecta hasta un 20-30% de los niños. Sin embargo probablemente solo entre el 1 y el 5% tienen un trastorno grave de la alimentación en el sentido psiquiátrico del término^{1,2,3,4}. Las preocupaciones de los padres pueden incluir una o varias de las siguientes: duración excesiva de las comidas; rechazo de la alimentación, de alimentos concretos o de algunas texturas; horas de comer estresantes; ausencia de alimentación autónoma; persistencia de tomas nocturnas, entre otros.

En la literatura no se encuentran clasificaciones homogéneas. En la **tabla 1** se pueden ver algunas de las clasificaciones y definiciones^{2,4,5,6,7,8}. Muchas de ellas proceden del campo de la psiquiatría, lo que evidencia los estrechos vínculos entre aspectos biológicos, orgánicos, culturales y psicológicos de la alimentación humana. Como puede verse, las definiciones van cambiando con el tiempo. También puede ocurrir que un paciente concreto tenga síntomas de más de un subtipo.

El presente algoritmo se sustenta en un esquema propuesto por Kerzner⁵ que clasifica las conductas de los niños en: poco apetito, apetito selectivo y miedo a comer. Se añade en cada apartado un subtipo en el que no hace referencia a una verdadera falta de apetito del niño, sino más bien a la percepción errónea de los padres acerca de la ingesta del niño. Además, incorpora los estilos parentales de crianza y alimentación (**tabla 2**) como factor modulador ya que pueden influir tanto positiva como negativamente en cada una de las situaciones^{5,9}.

No deben confundirse los términos “falta de apetito” con el “**fallo de medro**” (que se define como la incapacidad para sostener una velocidad de crecimiento normal, tanto en peso como en talla, en niños menores de 3 años de edad), si bien en la bibliografía a veces se confunden. Aunque la falta de apetito puede conducir al fallo de medro, solo es uno de los mecanismos causales posibles. Y no todos los casos de falta de apetito conducen a un fallo de medro, ni todos los niños con fallo de medro tienen un trastorno de la alimentación².

Debe tenerse en cuenta que niños bien alimentados e incluso obesos, pueden tener dificultades para alimentarse³.

B) La HISTORIA CLÍNICA general se debe completar con anamnesis dirigida que puede incluir los siguientes aspectos⁴:

1.- Antecedentes familiares:

- Biofísicos: altura, peso y constitución física de los progenitores. Patrón de crecimiento y edad de la pubertad.
- Genéticos: enfermedades hereditarias.
- Conductuales: hábitos de alimentación.
- Psicosociales: composición familiar, tipo de educación, estilos educativos, situaciones vitales estresantes, historia de depresión materna, historia familiar de abandono o abuso.

2.- Antecedentes personales:

- Embarazo y parto: edad de la madre, otros embarazos; curso y eventuales complicaciones del embarazo; fármacos o tóxicos durante la gestación; curso y eventuales complicaciones del parto.
- Enfermedades u hospitalizaciones previas; uso de sonda nasogástrica, cirugía o medicamentos.
- Desarrollo psicomotor: momento de adquisición de hitos del desarrollo motor, social, manual y oral. Patrones del sueño y de alimentación. Temperamento: “fácil” o regular, o sea fácil de calmar, apacible, etc.; o por el contrario “difícil”, irritable, demandante, de rechazo...

3.- Historia de la alimentación

- Tiempo de evolución del trastorno.
- La manera en que se alimentó el paciente en la etapa de lactante (lactancia materna, artificial o mixta) y las razones que motivaron los cambios. Eventuales dificultades del agarre, de la succión...
- Cómo fue introducida la alimentación complementaria (calendario rígido o de forma más liberal). Si se alimentó siempre al niño de forma pasiva o se permitió autonomía progresiva. Retraso de oportunidades para la masticación por temor al atragantamiento.
- Patrón de evacuación o de vómitos asociados a la alimentación.
- Patrón conductual del trastorno alimentario: tipo de rechazo (global o selectivo, bien a los tipos de alimentos, a las personas que le alimentan, a alimentos concretos o texturas, etc.), si es el cuidador quien establece que es el momento de comer o bien si el niño expresa su deseo de comer. Desde cuándo existe dicho patrón y si identifican algún factor desencadenante.
- Pautas de alimentación anómalas en la infancia (**tabla 3**).
- Encuesta nutricional (puede ser un recordatorio o registro de 3 días) que incluya los tipos de alimentos y la cantidad aproximada de alimentos ingeridos.
- Conviene pedir que describan el ambiente en que se desarrollan las comidas (quien se ocupa habitualmente de la preparación de la comida y de darla o acompañar al niño; si dan de comer al niño aparte o si come con el resto de la familia; si se discute o negocia sobre las cantidades; si se pregunta al niño sobre qué es lo que desea comer...)
- La actitud de los padres ante el acto de alimentarse, así como sus expectativas y preocupaciones.

- Se debe investigar si las dificultades existen en uno o más contextos (solo en su casa o también en el comedor escolar); si responde de forma diferente con distintos cuidadores o si las dificultades alimentarias limitan su vida social (asistir a fiestas, campamentos, casas de otros amigos...).
- Las hipótesis de la familia acerca de las causas y las soluciones intentadas. Las familias a veces han utilizado medicamentos de venta libre como orexígenos o polivitamínicos y no siempre lo reconocen¹⁰.

Las dificultades en la alimentación a menudo surgen durante los periodos de transición en la alimentación de un niño (el paso del pecho al biberón, la introducción de la alimentación complementaria, o el comienzo de la alimentación autónoma) y por eso conviene proporcionar guías anticipatorias durante estas fases de desarrollo.

Un momento muy especial, en que suele surgir este motivo de consulta, es la etapa desde los 18 meses a los 2-4 años, en que se produce una disminución del apetito, debido a la disminución de la velocidad de crecimiento y a la redistribución de la grasa corporal y el cambio en las proporciones por el alargamiento de los miembros inferiores⁵.

La anamnesis junto con la exploración nos permitirán detectar si hay o no **signos de alerta** de que exista algún problema orgánico o bien de que se trate de un verdadero problema conductual.

Los signos de alerta de tipo **orgánico** incluyen:

- Disfagia, dolor aparente durante la alimentación, alimentación interrumpida por llanto (sugiere dolor).
- Deglución incoordinada, con síntomas como tos, atragantamientos o neumonía recurrente.
- Vómitos o diarrea.
- Síntomas crónicos cardio-respiratorios.
- Fallo de medro.
- No se debe olvidar que numerosas enfermedades agudas y crónicas pueden producir anorexia.

Los signos de alerta de **trastorno conductual** pueden ser: fijación por algunos alimentos concretos con eliminación casi completa de otros; alimentación forzada o persecutoria; suceso desencadenante de rechazo; arcadas anticipatorias a meterse un alimento en la boca; fallo de medro³. En presencia de signos de alerta conductuales, el tratamiento debe incluir la derivación a especialistas en modificación de conducta.

C) La EXPLORACIÓN FÍSICA

- Incluirá un examen completo por aparatos.
- Antropometría y evaluación de las curvas de peso, talla, perímetro cefálico e índice de masa corporal.
- Valoración del estado nutricional: estigmas de malnutrición o de maltrato; opcional, pero de interés: perímetros y pliegues cutáneos (aunque no está bien estandarizada la forma de medir los pliegues ni los valores de referencia).

Las gráficas de crecimiento permiten poder tranquilizar a los padres con preocupación excesiva y detectar desviaciones o situaciones de desnutrición. Es interesante comentar con los padres la talla diana y el patrón de crecimiento de otras personas de la familia, para que tengan expectativas realistas acerca del potencial de crecimiento de su hijo.

Se recomienda utilizar las tablas de crecimiento de la OMS (<http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>) hasta los 5 años y en edades posteriores, las de la Fundación Orbegozo de 1988¹¹, que incluyen población previa al desarrollo de la epidemia de obesidad¹². Y en los bebés nacidos prematuramente, las gráficas adaptadas según edad gestacional¹⁰

D) EDAD MENOR DE 1 AÑO. Descartar en primer lugar dificultades relacionadas con la técnica de la lactancia materna: si se trata de un bebé amamantado que tiene menos de 3 semanas de vida y que es considerado “bueno, tranquilo o dormilón” y se le amamanta “a demanda” se debe valorar cuidadosamente la técnica de la lactancia y la ganancia ponderal, pues el estado catabólico y la pérdida de peso que puede ser superior al 12% suelen producir somnolencia, con tendencia al ahorro de energía y desembocar en algunos casos en deshidratación hipernatrémica, la cual es una situación potencialmente muy grave para el bebé^{13,14}.

Un poco más adelante, la madre puede creer que su bebé de pecho come poco porque hace tomas más cortas de lo habitual. Suele ocurrir a partir de los 3 meses de edad, cuando el bebé ya succiona de forma más eficiente y rápida que las primeras semanas de vida pero continua ganando peso normalmente.

Otra situación menos frecuente son los problemas del vínculo. Pueden contribuir a ello factores como el temperamento del bebé, los estilos parentales, las dificultades de los padres para adaptarse a las necesidades del bebé o trastornos psicopatológicos maternos. Son situaciones difíciles de valorar.

E) NIÑOS DE MÁS DE 1 AÑO CON POCO APETITO. Este grupo incluye tres subgrupos.

- En primer lugar aquellos niños que **comen normalmente pero su ingesta es infravalorada por los padres**. Comen menos de lo que se espera de ellos. Sin embargo, al hacer la historia dietética se comprueba que su ingesta es adecuada tanto en energía como en nutrientes. Puede ocurrir que sean niños más “pequeños” que otros coetáneos¹⁵ que comen lo que necesitan para su correcto desarrollo. En este punto es en lo que se debe hacer énfasis para explicárselo a la familia.

- El segundo incluye a los **niños activos con apetito limitado**, que prefieren hacer una comida rápida y poco abundante porque están mucho más interesados en jugar y hablar que en comer. Se niegan a estar sentados en la mesa. Suelen describirse como “picoteadores”. A veces, en efecto, dejan de ganar peso sin que haya una causa orgánica. En algunos de estos casos, la existencia crónica de conflictos a la hora de comer afecta al clima emocional familiar y puede obstaculizar la capacidad del niño de alcanzar su potencial cognitivo óptimo³
- El tercer grupo se refiere a **niños apáticos**, poco activos que parecen desinteresados tanto de la comida como del medio ambiente, y se comunican pobremente con su cuidador. Ellos puede parecer poco demandantes y a menudo tienen poco contacto visual, balbuceo o parloteo. Tanto los niños como sus cuidadores suelen parecer deprimidos y a menudo interactúan mal. La desnutrición puede ser evidente en estos niños. La malnutrición por sí misma puede ser una causa de la depresión y anorexia, creando un círculo vicioso en el que la anorexia y la mala nutrición se exacerban entre sí³. En esos casos conviene realizar algunos exámenes complementarios.

F) NIÑOS DE MAS DE 1 AÑO CON INGESTA SELECTIVA. También incluye un abanico de situaciones

- Padres que **interpretan de forma inadecuada la “neofobia”** (rechazo a un alimento nuevo en la dieta). Esto es un comportamiento normal que comienza al final del primer año de vida, alcanza su máximo entre los 18 y los 24 meses y finalmente se resuelve. También ocurre en los animales. Se ha demostrado que la mayoría de los niños aceptan los nuevos alimentos solo después de exposiciones repetidas¹⁶. Se sabe que los bebés alimentados al pecho aceptan con más facilidad los nuevos alimentos porque la leche materna cambia de sabor según la dieta de la madre y los bebés están más expuestos a los sabores propios de la dieta familiar.
- Niños con **apetito selectivo**, a los que gustan una menor variedad de alimentos, si bien ingieren suficiente cantidad de energía y nutrientes. Sin embargo, debido a que a menudo hay conflictos en torno a su alimentación, se ha observado que puede comprometerse su desarrollo cognitivo o aparecer otros trastornos del comportamiento como ansiedad o depresión). El manejo “indulgente” de estas dificultades suele aumentar el conflicto y la selectividad³.
- Niños **altamente selectivos**, que reducen la variedad de alimentos de su dieta a 10 ó 15. A menudo la negativa a comer categorías completas de alimentos es una cuestión sensorial relacionada con el sabor, la textura, el olor, la temperatura o la apariencia. Algunos de estos niños pueden tener otras manifestaciones sensoriales tales como respuestas adversas a los ruidos fuertes, luces brillantes y texturas en la piel. El autismo es un ejemplo extremo. Hasta el 90% de los niños autistas tienen problemas de alimentación selectiva³.

G) NIÑOS CON MIEDO A COMER. Algunas experiencias muy aversivas relacionadas con la alimentación pueden causar temor a la comida¹¹. También en este grupo puede haber algunas variantes:

- Mala interpretación por los padres. Algunos niños llorones, cuyo llanto es interpretado como señal de hambre y sus gestos de rechazo, tanto del pecho como del biberón, pueden ser considerados señal de falta de apetito. A veces son forzados a comer y desarrollan una aversión a la comida.
- Entre los niños que lloran cuando comen, un pequeño porcentaje puede presentar reflujo masivo y generar esto, rechazo a la alimentación. También puede observarse en caso de esofagitis eosinofílica⁴.
- Miedo a la alimentación **tras un único evento traumático “real”**, por ejemplo tras un episodio de atragantamiento. Posteriormente suelen mostrar náuseas o vómitos ante la sola visión de alimentos sólidos o al introducirlos en la boca. O por haberse quemado la boca por una comida excesivamente caliente. También puede ser el resultado de que uno de los padres ha forzado enérgicamente la alimentación del niño. Cualquiera de estas dos últimas situaciones puede ser lo suficientemente grave como para provocar la pérdida de peso.
- Miedo a la alimentación tras ser sometidos a **procedimientos orales desagradables o dolorosos**.
- Miedo de la alimentación en los niños que han sido **alimentados por sonda**. En ellos se suma que pueden haber perdido la adquisición de hitos de la alimentación, que carecen de experiencia y que puede que se sientan amenazados cuando la comida es introducida por vía oral.
- Niños con miedo a la deglución por dolor de **causa orgánica**. Por ejemplo lesiones orales no detectadas (gingivostomatitis) o esofágicas (esofagitis).

H) PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

1. Puede ser necesario realizar una analítica básica que incluya hemograma, bioquímica basal (glucosa, urea, creatinina, proteínas totales, albúmina, transaminasas, creatinina, ferritina, hierro, colesterol, triglicéridos, iones); perfil tiroideo; serología de enfermedad celíaca (en regiones geográficas como España donde es una enfermedad de alta prevalencia); inmunoglobulina A; sedimento de orina.
2. Otras pruebas según la clínica: parásitos en heces, electrolitos en sudor, tránsito digestivo, pruebas alérgicas, endoscopia, etc.

I) TRATAMIENTO. Será dirigido a cada situación concreta³ y en la mayoría de las ocasiones conviene que sea a través de un enfoque multidisciplinar (nutricionista, psicólogo, médico, logopeda,...) (**ver tabla 4**)

- Situaciones de percepción errónea por los padres:
 - o Aclarar que el crecimiento es normal.
 - o Constatar otras señales de buena salud.
 - o Reforzar los hábitos correctos y saludables. Dieta variada. Fomentar autonomía progresiva. Enfatizar los aspectos sociales y placenteros de la comida. Los padres y hermanos deben ser modelos consistentes.
 - o Explicar las variaciones normales del apetito.

- Alertar frente a los peligros de las pautas de alimentación anormales (**tabla 3**), que suelen contribuir a empeorar la situación.
- Desculpabilizar a los padres. Tratar de desbloquear conflictos familiares.
- Niños con apetito escaso:
 - Marcar el contraste de las sensaciones de hambre y saciedad. Para aumentar la percepción del hambre conviene que se hagan un máximo de 5 comidas al día y que entre ellas solo se ofrezca agua al niño.
 - Disciplina adecuada: las conductas no deseadas se manejarán con pautas de “tiempo fuera” y sin prestarles atención. Se evitará la alimentación forzada, las amenazas o chantajes y los menús “a la carta”.
- Niños apáticos:
 - Proporcionar nutrición adecuada al bebé y a los progenitores un modelo de interacción positiva durante las horas de comer (y fuera de ellas).
 - En ocasiones puede ser necesario el apoyo de servicios de protección.
- Enfermedad orgánica o psicosocial que conlleve fallo de medro
 - Sonda enteral en casos extremos.
 - Suplementos nutricionales.
- Neofobia interpretada como apetito selectivo:
 - Normalizar la situación explicando expectativas razonables.
 - Ofrecer los nuevos alimentos sin presión, de forma repetida y consistente, hasta 8 y 15 veces para lograr su aceptación
- Selectividad moderada:
 - Algunos trucos que pueden ser de utilidad:
 - "Esconder" en puré o salsas las verduras rechazadas.
 - Usar palitos para mojar (“dips”) en esas salsas (pan, patatas fritas,...) que distraen la atención.
 - Poner nombres atractivos a las comidas (“crema de cocodrilo”,...).
 - Formatos atractivos.
 - Involucrar a los niños en la preparación de los alimentos.
- Selectividad estricta:
 - Además de inducir el hambre, puede ser necesario recurrir a terapia conductual más profunda que suele basarse en estrategias como:

- Premiar con un alimento favorito si prueba uno nuevo. (Recordemos que no hay que premiar a los niños con alimentos, igual que no hay que castigar quitando los alimentos preferidos. Pero estamos refiriéndonos al tratamiento conductual con refuerzos positivos en los niños con selectividad estricta en los que se les premia si prueban un alimento nuevo).
- Encadenar un alimento con otro, de forma lenta y progresiva
- En casos más graves se pueden cambiar los colores, formas y texturas asociado a refuerzos positivos.
- Si hay retraso en el desarrollo motor oral puede ser necesaria una terapia específica.
- Si hay fobia a texturas, puede hacerse un enfoque de integración sensorial (por ejemplo, exposición táctil sobre la piel).
- Si se trata de hiposensibilidad, se pueden ofrecer alimentos y bebidas de sabor más fuerte que suelen ser mejor aceptados porque aumentan la percepción de los sabores.
- Algunos casos de deglución incoordinada se benefician también de alimentos con sabores más fuertes (especiados)
- Los niños con enfermedad orgánica y las personas con autismo son con frecuencia resistentes al tratamiento. Pueden ser nutricionalmente vulnerables en caso de conductas alimentarias más extremas.
- Miedo a la deglución. Es esencial una evaluación sistemática para poder centrarse en las causas de malestar en el niño, así como aliviar la ansiedad del alimentador.
 - Miedo a la ingesta por dolor: Probar a alimentar al lactante cuando está adormilado para descondicionarlo. Modificar el entorno y los utensilios. Puede ser interesante adelantar la transición a alimentos sólidos, ya que tienen otra apariencia.
 - Miedo tras episodio de atragantamiento:
 - Se pueden utilizar técnicas cognitivo-conductuales como: refuerzos positivos con recompensas; la distracción para evitar las náuseas anticipatorias, evitar que el niño “embolse” la comida en las mejillas.
 - A veces puede ser necesario el uso de medicamentos ansiolíticos o la derivación psiquiátrica.
 - Miedo tras uso prolongado de sonda. Estos niños a menudo no han podido adquirir en el momento adecuado las habilidades motrices necesarias. Si han tenido alimentación enteral, la supresión intensa del apetito complica el tema. Estos problemas requieren un tratamiento más complejo, como la inducción del hambre, desensibilización oral motora, y una exposición gradual y no amenazante a la alimentación. Recientemente, se utilizan medicamentos para inhibir la hiperalgesia visceral que pueden ayudar a establecer la alimentación normal en niños con alimentación con sonda.
 - En cualquiera de estos casos, a veces son necesarios suplementos nutricionales en forma líquida para asegurar el aporte calórico y de nutrientes.

- Otras recomendaciones generales:
 - Potenciar un estilo de crianza responsable o sensible en el que las responsabilidades están repartidas: es tarea de los progenitores el proporcionar alimentos adecuados a la edad del niño y ayudarle si lo necesita. El niño podrá decidir si come o no y cuánta cantidad toma. Conviene animar a los padres a que den más importancia a la variedad de alimentos y la autonomía frente a la cantidad que ingiere o la ganancia de peso.
 - Los padres deben ofrecer como modelo sus propias pautas de alimentación: horarios regulares, alimentos variados, evitar el picoteo, etc., y para ello es importante realizar el mayor número de comidas en familia. De ese modo el niño podrá ver a distintas personas probando nuevos alimentos.
 - Es preferible que las comidas se realicen en torno a una mesa que en contexto “uno-uno” (niño-alimentador), para fomentar la autonomía y disminuir la presión.
 - Para estimular el apetito debe existir un intervalo de 3-4 horas en que no se ofrezcan al niño alimentos ni bebidas. Y también fomentar el juego activo y la actividad física.

Los fármacos no están indicados en el tratamiento de los niños con falta de apetito.

En realidad no existen fármacos cuyo efecto sea aumentar el apetito. Moléculas como ciproheptadina o pizotifeno en realidad son sustancias que tienen como efecto secundario el incremento del apetito. Ninguna de las dos ha demostrado su utilidad y pueden producir otros efectos secundarios.

Tabla 1.- Algunas clasificaciones de las dificultades de la alimentación y/o trastornos alimenticios no orgánicos

Clasificación	Categorías	Subtipos
DSM-IV	Trastorno alimentario del lactante y el niño	
DSM-V	Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria	Pica Rumiación
DC:0-3R	Trastornos de conducta alimentaria	Anorexia infantil Agresiones del tracto gastrointestinal Aversión sensorial alimentaria
Chatoor I	Trastornos de la conducta alimentaria	Del estado de regulación De reciprocidad Anorexia infantil Aversión sensorial alimentaria Enfermedad médica concurrente Postraumático
Crist y Napier-Phillips	Trastornos complejos pediátricos bio-conductuales	Picky eater Lactante con rechazo general Lactante con rechazo de texturas Niño con rechazo general Evasivos
Dovey TM, <i>et al.</i>	Conductas de rechazo de alimentos	Dependiente del aprendizaje Complicaciones médicas asociadas Selectivo Asociado a temor Concienciación del apetito y de la autonomía
Burklow, <i>et al.</i>	Problemas de la conducta alimentaria pediátricos	Anormalidades estructurales Enfermedades neurológicas Problemas psicosociales y conductuales Problemas cardio-respiratorios Disfunción metabólica
Kerzner B, <i>et al.</i>	Dificultades de alimentación	Apetito limitado Ingesta muy selectiva Miedo a comer
CIE-10	Cap V-Trastornos mentales y del comportamiento	Trastornos de la ingestión de alimentos (F50) Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos, no especificados (F59)

Tabla 2.- ESTILOS DE ALIMENTACIÓN DE LOS CUIDADORES³

Las prácticas de la alimentación de los padres se basan en 4 estilos de crianza y alimentación que están influidos por las normas culturales, la preocupación de los padres y las características del niño.

<p>ESTILO SENSIBLE o RESPONSABLE o “RESPONSIVO” (o sea, que la actitud de los padres es de atender y “responder adecuadamente” a las necesidades de los niños)</p>	<p>Es el más recomendable. Los padres tienen claro el concepto de una división de la responsabilidad; ellos determinan dónde, cuándo, y qué debe tomar el niño; el niño determina cuánto va a comer. Guían al niño en la alimentación en lugar de controlarla. Fijan límites; dan modelo apropiado para comer; hablan positivamente acerca de la comida y responden a las señales del niño en relación con la comida. También organizan el horario para inducir apetito o recompensan el logro de los objetivos, pero no recurren a técnicas de coacción desagradables. Este estilo de alimentación ha demostrado que consigue que los niños coman más frutas, verduras, y productos lácteos y menos "comida basura" lo que resulta en un menor riesgo de ganancia excesiva de peso.</p>
<p>ESTILO CONTROLADOR</p>	<p>Es muy frecuente tanto en madres como en padres. Estos cuidadores ignoran las señales de hambre del niño y pueden usar la fuerza, castigos o recompensas inapropiadas para coaccionar al niño a comer. Esto, que al principio parece efectivo, después se vuelve contraproducente, resultando en una ingesta poco equilibrada de energía, consumo de menos frutas y verduras y con mayor riesgo de peso escaso o excesivo.</p>
<p>ESTILO INDULGENTE</p>	<p>Son aquellos padres que hacen lo que quiere el niño. Tienden a alimentar al niño cada vez que quiere y cualquier cosa que demande. A menudo preparan comidas especiales o múltiples alimentos. Estas personas sienten que es imprescindible cubrir cualquier necesidad o deseo del niño, pero al hacerlo ignoran las señales de hambre y no ponen límites. En consecuencia, es frecuente que los niños ingieran menor variedad de alimentos y que estos sean menos adecuados, con mayor riesgo de desarrollar obesidad.</p>
<p>ESTILO NEGLIGENTE</p>	<p>Aquellos padres que abandonan la responsabilidad de alimentar al niño, pueden dejar de ofrecer alimentos o de poner límites. Durante la alimentación de sus bebés, es frecuente que eviten el contacto visual y parecen desapegados. Dejan que los niños más grandes se las arreglen solos. Ignoran tanto las señales de hambre del niño como sus necesidades afectivas y también las físicas. Ellos mismos pueden tener problemas emocionales, depresión u otras condiciones que hacen que, para ellos, sea difícil alimentar y cuidar a sus hijos de forma efectiva. Una negligencia grave puede dar lugar al fallo de medro. Y también puede conducir a obesidad.</p>

Tabla 3.- Algunas pautas de alimentación anormales que pueden utilizar las familias^{4,17,18}

Alimentación nocturna	Alimentar al niño cuando está somnoliento o incluso dormido, porque cuando está despierto rechaza los alimentos o come poca cantidad.
Alimentación persecutoria	Intentos constantes de obligar al niño a comer más cantidad: una cucharada más, que termine la ración, etc., incluso aunque el niño ya haya comido y haya demostrado que está saciado.
Alimentación forzada	Forzar al niño contra su voluntad: abrirle la boca a la fuerza, taparle la nariz para que abra la boca, tapar la boca con el chupete, para que no eche fuera la comida...
Alimentación mecánica	Alimentar con horario rígido, una cantidad exacta, independientemente de las señales de saciedad.
Distracción condicional	Todas las comidas se realizan estando el niño distraído (por lo general la televisión o una película), sin los cuales el niño no come ni muestra interés por la comida.
Comidas prolongadas	Comidas que se prolongan más de 30 minutos, a pesar de que solo se consigue que coma una pequeña cantidad, los padres continúan insistiendo. Puede no haber otros comportamientos anómalos.

Tabla 4.- Enfoque multidisciplinar del tratamiento de los trastornos del apetito^{4,19}

Nutricional	<p>Asegurar un soporte nutricional adecuado a la edad, teniendo en cuenta tanto las calorías totales, como los macro y micronutrientes.</p> <p>En casos muy restrictivos, puede hacer falta algún suplemento calórico.</p> <p>Pero la mayoría de las veces, se trata de asegurar que aunque pase horas sin comer o se tarde en conseguir avances, haya un balance nutricional adecuado.</p>
Conductual	<p>Las familias deben tener instrucciones claras para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminuir los problemas conductuales en la mesa. - Disminuir el estrés parental durante las comidas. - Aumentar las interacciones placenteras entre padres e hijos tanto durante las comidas como fuera de ellas. - Aumentar la variedad de alimentos en la mesa. - Aumentar la variedad de texturas. - Mejorar la estructura y rutina de las comidas. <p>Algunas de las técnicas conductuales más utilizadas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Control de estímulos (manejar los factores ambientales de la comida). - Refuerzos positivos (uso de recompensas). - Refuerzos negativos (se retira un estímulo aversivo si el niño realiza la conducta adecuada). - Entrenamiento de discriminación. - Extinción (es la retirada de una recompensa si la respuesta no es la adecuada). - Castigos (reprimendas, "tiempo fuera", privar de un juguete o una actividad). - Desensibilización (para disminuir la ansiedad, se asocia un estímulo agradable o deseado o al contrario, se suprime uno aversivo, en varias ocasiones en que se expone al niño a un alimento nuevo, Distracción, Relajación).
Psiquiátrico	<p>Abordar los conflictos familiares.</p> <p>Algunos casos de inapetencia infantil han generado por sí mismos mucho estrés familiar, conflicto entre los progenitores y pueden beneficiarse de tratamiento familiar.</p> <p>Abordar si se detectan síntomas psiquiátricos en alguno de los progenitores.</p>
Logopedia	<p>Se utiliza en el caso de disfunción motora oral, incoordinación de deglución, deglución anómala, o en los niños que no han podido desarrollar habilidades motoras orales en su momento, bien sea porque la familia no se lo ha permitido o por haber tenido sonda nasogástrica por tiempo prolongado.</p>

BIBLIOGRAFÍA

1. Graell M, Villaseñor A, Faya M. Signos de alerta en los trastornos de la conducta alimentaria en Atención Primaria. Del nacimiento a la adolescencia. En: AEPap, ed. Curso de Actualización Pediatría 2015. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015. p. 423–30. Disponible en <http://www.aepap.org/sites/default/files/cursoaepap2015p423-430.pdf> . [Consultado 7 julio 2015].
2. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2002;11:163-83.
3. Chatoor I, Surlis J, Ganiban J, Beker L, Paez LM, Kerzner B. Failure to thrive and cognitive development in toddlers with infantile anorexia. *Pediatrics*. 2004;113:e440–7.
4. Ros I. Trastornos alimentarios en la infancia. En: Polanco I, editor. Atlas de Nutrición Pediátrica. En prensa 2015.
5. Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015;135:344-53.
6. Chiu SH, Anderson GC, Burkhammer MD. Skin-to-skin contact for culturally diverse women having breastfeeding difficulties during early postpartum. *Breastfeed Med* 2008;3:231–7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19086826>
7. Romano C, Hartman C, Privitera C, Cardile S, Shamir R. Current topics in the diagnosis and management of the pediatric non organic feeding disorders (NOFEDs). *Clin Nutr*. 2015;34:195–200. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0261561414002192>
8. Burklow K, Phelps A, Schultz J, McConnell K, Rudolph C. Classifying complex pediatric feeding disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 1998;27:143–7.
9. 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.

10. Merino R, De Ozalla A, Bravo Tabares MR. Anorexia en la infancia. En: Fernández-Cuesta MA, editor. Las 50 principales consultas en Pediatría de Atención Primaria. Madrid: Trigraphis; 2008. p. 119–23. [Consultado 7 julio 2015]. Disponible en <http://www.aepap.org/biblioteca/libros/las-50-principales-consultas-en-pediatria-de-atencion-primaria>
11. Hernández M, Castellet J, Narvaiza JL, Rincón JM, Ruiz I, Sánchez E, *et al.* Curvas y tablas de crecimiento. Instituto de Investigación sobre Crecimiento y Desarrollo, Fundación Faustino Orbeago. Madrid: Editorial Garsi; 1988
12. Grupo de trabajo de la guía sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/25. [Consultado 7 julio 2015]. Disponible en http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_452_obes_infantojuv_AATRM_compl.pdf
13. Oddie S, Richmond S, Coulthard M. Hypernatraemic dehydration and breast feeding: a population study. Arch Dis Child. 2001;85:318–20.
14. Peñalver O, Gisbert J, Casero J, Bernal A, Oltra M, Tomas M. Deshidratación hipernatrémica asociada a lactancia materna. An Pediatr (Barc). 2004;61(4):340–3.
15. Saarielto S, Lapinleimu H, Keskinen S, Helenius H, Talvia S, Smell O. Growth, energy intake, and meal pattern in five-year-old children considered as poor eaters. J Pediatr. 2004;144:363–7.
16. Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviours among children and adolescents. Pediatrics. 1998;101(3 Pt 2):539-49. [Consultado 7 julio 2015]. Disponible en http://pediatrics.aappublications.org/content/101/Supplement_2/539.full.html
17. Levine A, Bachar L, Tsangen Z, Mizrahi A, Levy A, Dalal I, *et al.* Screening criteria for diagnosis of infantile feeding disorders as a cause of poor feeding or food refusal. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2011;52(5):563–8.
18. Levy Y, Levy A, Zangen T, Kornfeld L, Dalal I, Samuel E, *et al.* Diagnostic clues for identification of nonorganic vs organic causes of food refusal and poor feeding. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2009;48:355–62.
19. Silverman AH. Interdisciplinary care for feeding problems in children. Nutr Clin Pract. 2010;25:160–5.