

6° CONGRESO ARGENTINO de Nutrición Pediátrica



Enfoque interdisciplinario de los trastornos de la alimentación en el niño pequeño

Dra Carola Saure

Buenos Aires 26 de abril 2017



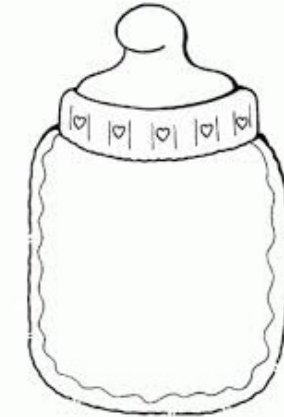
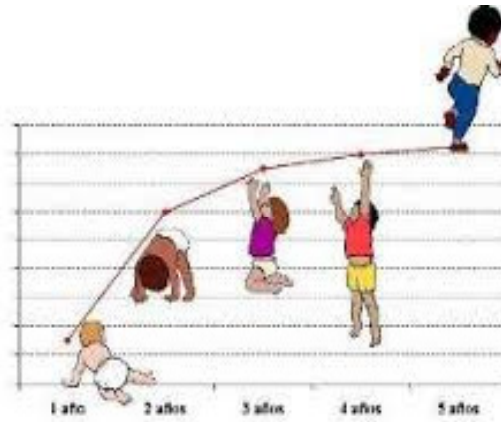
clinicadealimentacion@gmail.com



El momento de alimentación del niño pequeño, debe ser en un ambiente cálido, libre de estímulos distractores y fomentando su contacto y relación con los alimentos, permitirle jugar y tocar, familiarizarse con las texturas.



Si el niño está en edad, debe sentarse y compartir la comida en familia, fomentando siempre que este sea un momento de armonía familiar de relación y disfrute.



Conducta alimentaria

```
graph LR; A[Conducta alimentaria] --> B[Qué comemos]; A --> C[Cuánto comemos]; B --> D[Preferencias]; B --> E[Selección]; C --> F[Número de comidas]; C --> G[Cantidad de alimento por comida];
```

Qué comemos

Preferencias

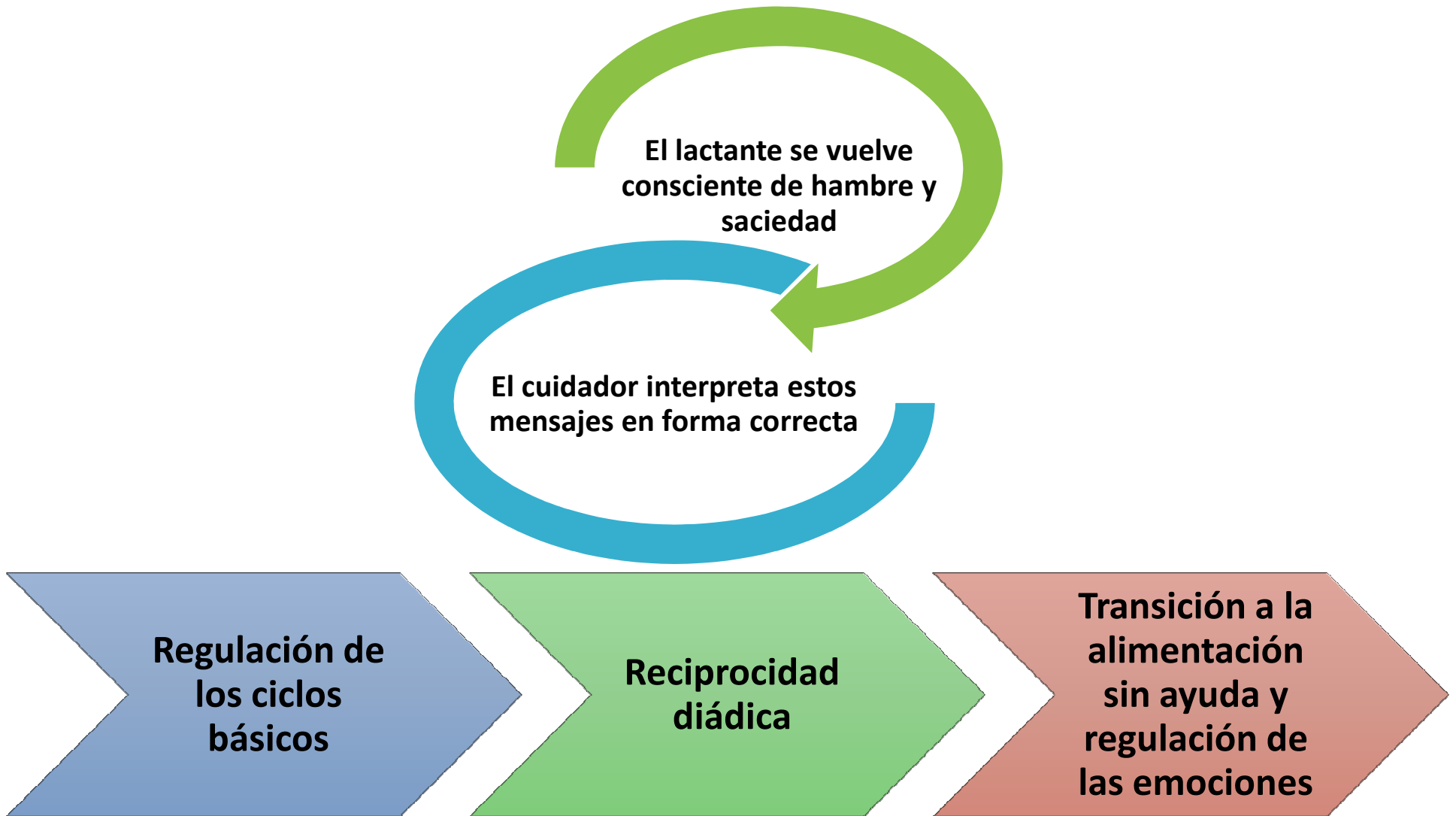
Selección

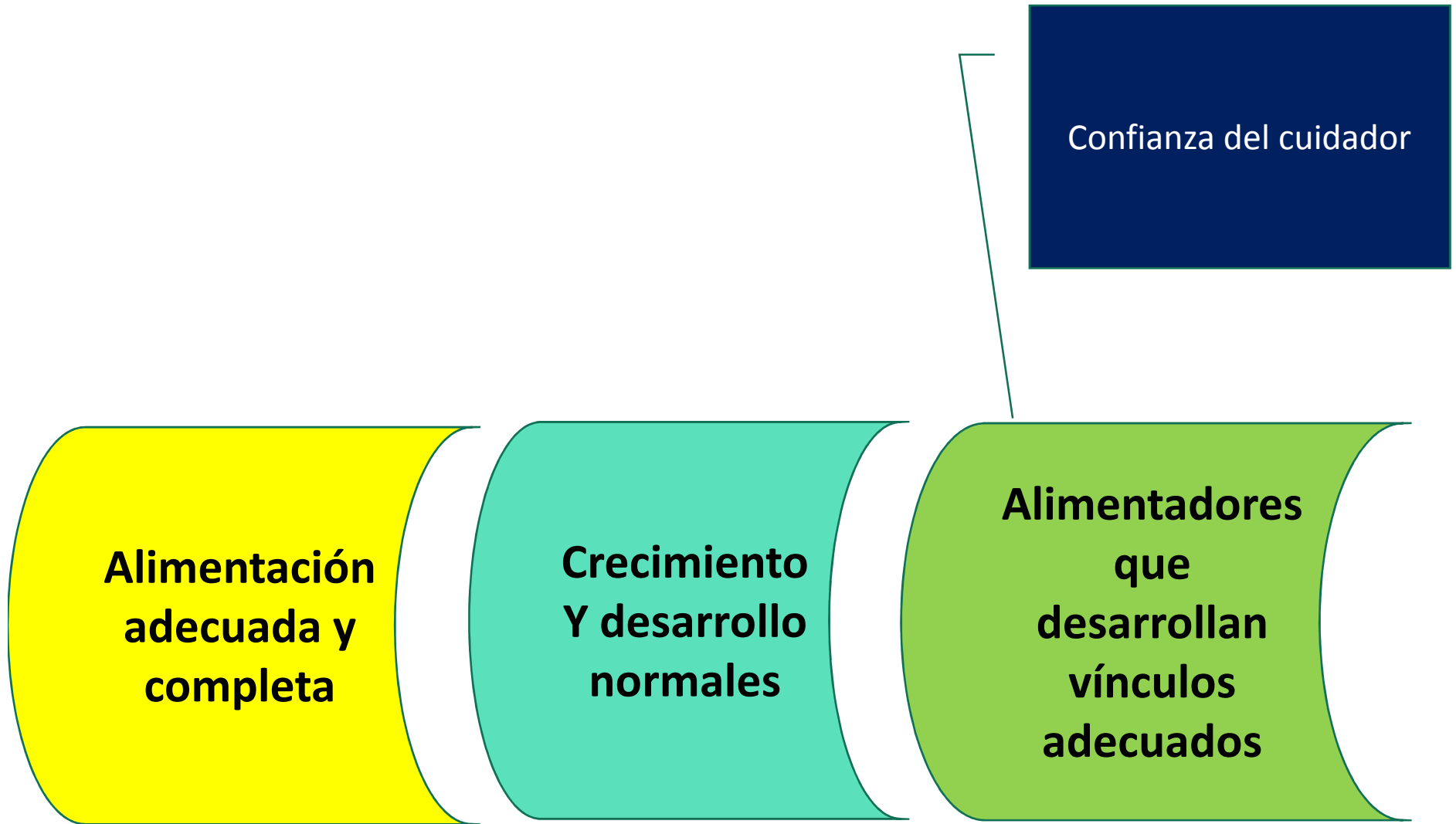
Cuánto comemos

Número de comidas

**Cantidad de
alimento por comida**

Regulación interna de la alimentación y de las emociones es crucial los primeros años de vida



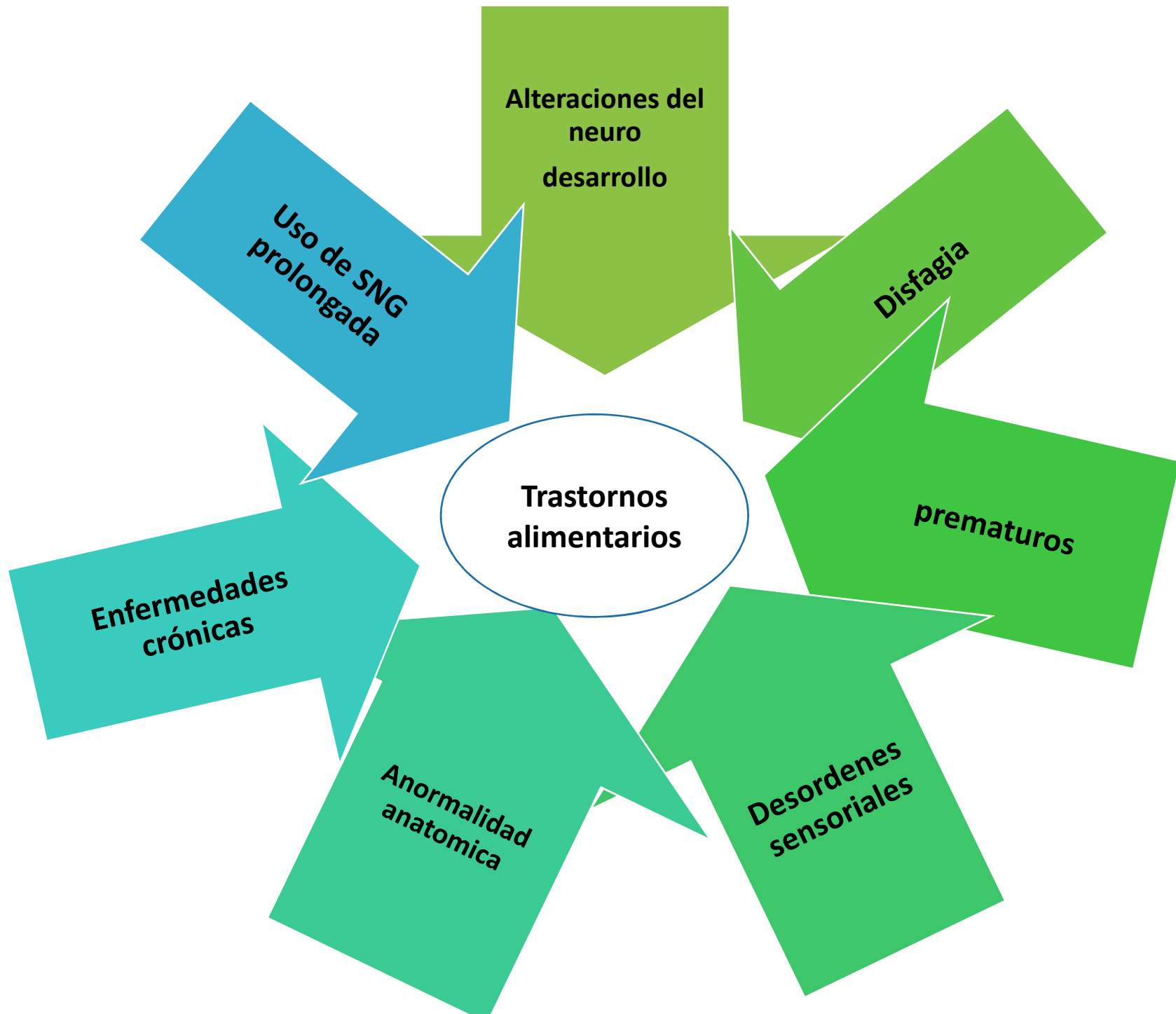


La manera en que los cuidadores responden al rechazo alimentario es fundamental

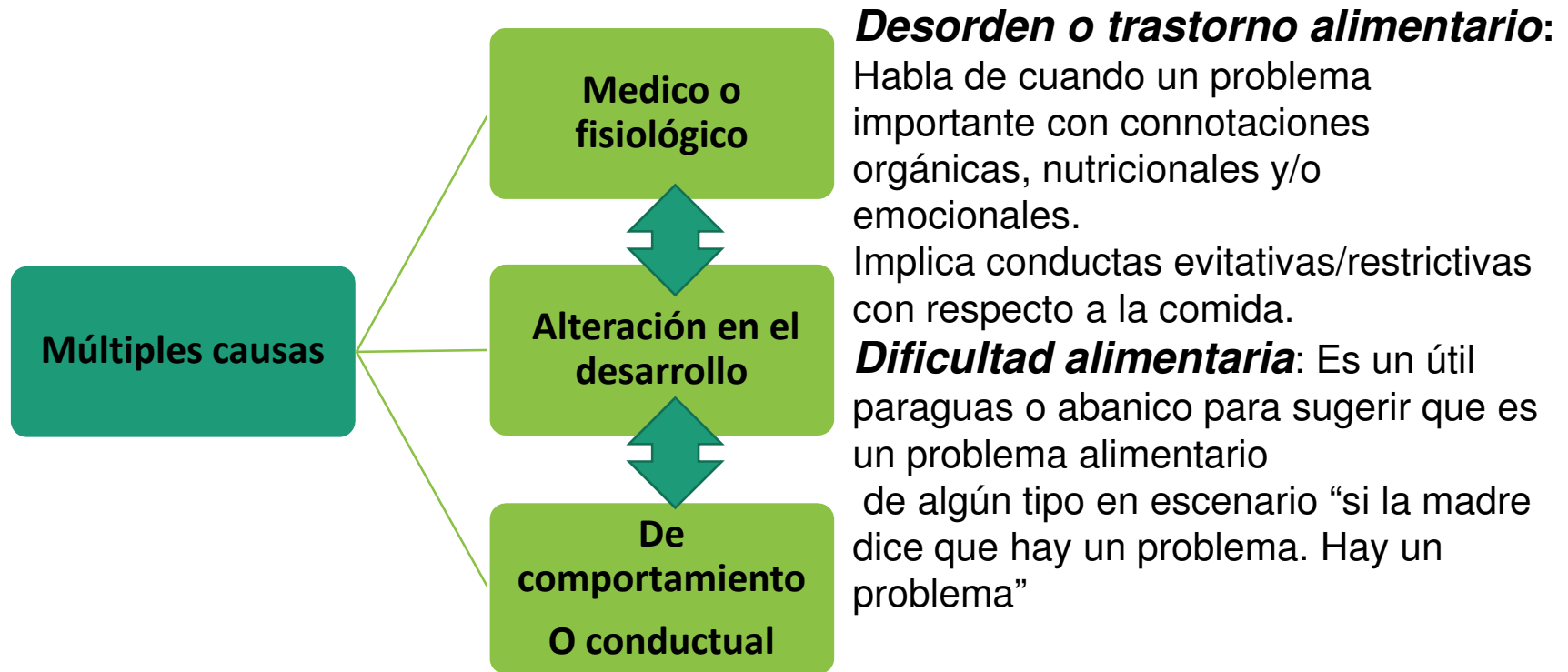
**Rechazo
alimentario**

**Afectación
del Estado
nutricional**

**Alimentación
intrusiva
Y stress
parental**



Los desordenes de la alimentación son un grupo heterogéneo de alteraciones causadas por la disrupción en la adquisición de hábitos alimentarios adecuados para la edad



Predisponentes a comportamientos anormales de alimentación

- **Tamaño al nacer:**1 SGA o Preaturo percibidos como muy pequeños y forzados a alimentarse por sus padres o médicos tratantes) 2
- **Transición alimentaria:** cambio de un método alimentario a otro 2
- **Causas orgánicas.** (ERGE, cardiopatías, patología quirúrgica) 2
- **Alimentación mecanicista 2**
- **Causas post -traumáticas:** shock, dolor luego o durante la alimentación, uso de SNG durante la internación, etc 2
- **Ser primer hijo 1**
- **No haber sido alimentado a pecho1**
- **Introducción tardía de semisólidos 1**
- **Patrones de sueño alterado 1**
- **Historia materna de ansiedad, problemas alimentarios o alteración de la imagen corporal 1**

1.Krom H et al. Development, prevention, and treatment of feeding tube dependency. Eur J Pediatr 13 abril 2017

2.Diagnostic Clues for Identification of Non-nic vs Organic Causes of Food Refusal and Poor Feeding Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 48:355–362 # 2009

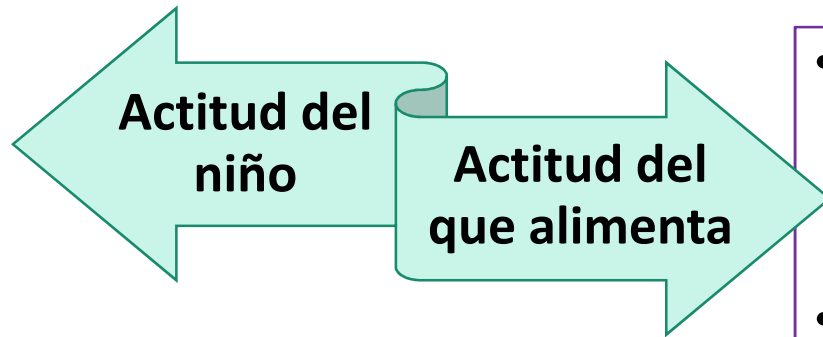
Prevalencia

- Muchos niños son categorizados por sus padres como que “comen poco”.
- Aunque la mayoría de estos niños tienen una afectación común no tan grave, un % tiene una afectación seria de la alimentación.
- 25-45% de lactantes con desarrollo normal y 33-80% de los que presentan alteración en el desarrollo manifiestan problemas de alimentación
- Es mas prevalente en niños pequeños y tiende a agravarse con la edad.
- **No hay datos de prevalencia de dependencia de Sonda .**

Clasificación clínica de los problemas



Cada uno de estas categorías tiene un rango de gravedad entre “apenas percibido” hasta grave o severa con “alteración del comportamiento o incluso orgánico”



- Retraso o ausencia en el desarrollo de las habilidades para comer y alimentarse
- Dificultad para tolerar fluidos o texturas y otros factores sensoriales
- Falta de apetito o interés en la comida
- Utilizar la alimentación para darse confort, auto estimulación o auto calmarse
- Selectividad
- Trastorno deglutorio

- **Alimentación nocturna:** alimentar al bebé mientras está somnoliento porque rechaza la comida o come pequeñas cantidades mientras está despierto.
- **Alimentación persecutoria:** constantes intentos por alimentar lo que genera inmediato rechazo
- **Alimentación forzada:** fuerza a alimentar al niño o incluso en contra de su voluntad haciendo palanca abrir las mandíbulas del niño.
- **Alimentación mecanicista:** alimentar en un horario fijo o con una cantidad exacta determinada, independientemente de las señales de hambre, o tratar el niño como un objeto inanimado durante la alimentación.
- **Distracción condicional:** cada comida tiene lugar con una distracción (TV, música, juego) sin ella el niño rechaza la comida.

Esto hizo que se incorpore el estilo de los cuidadores en algunas clasificaciones :

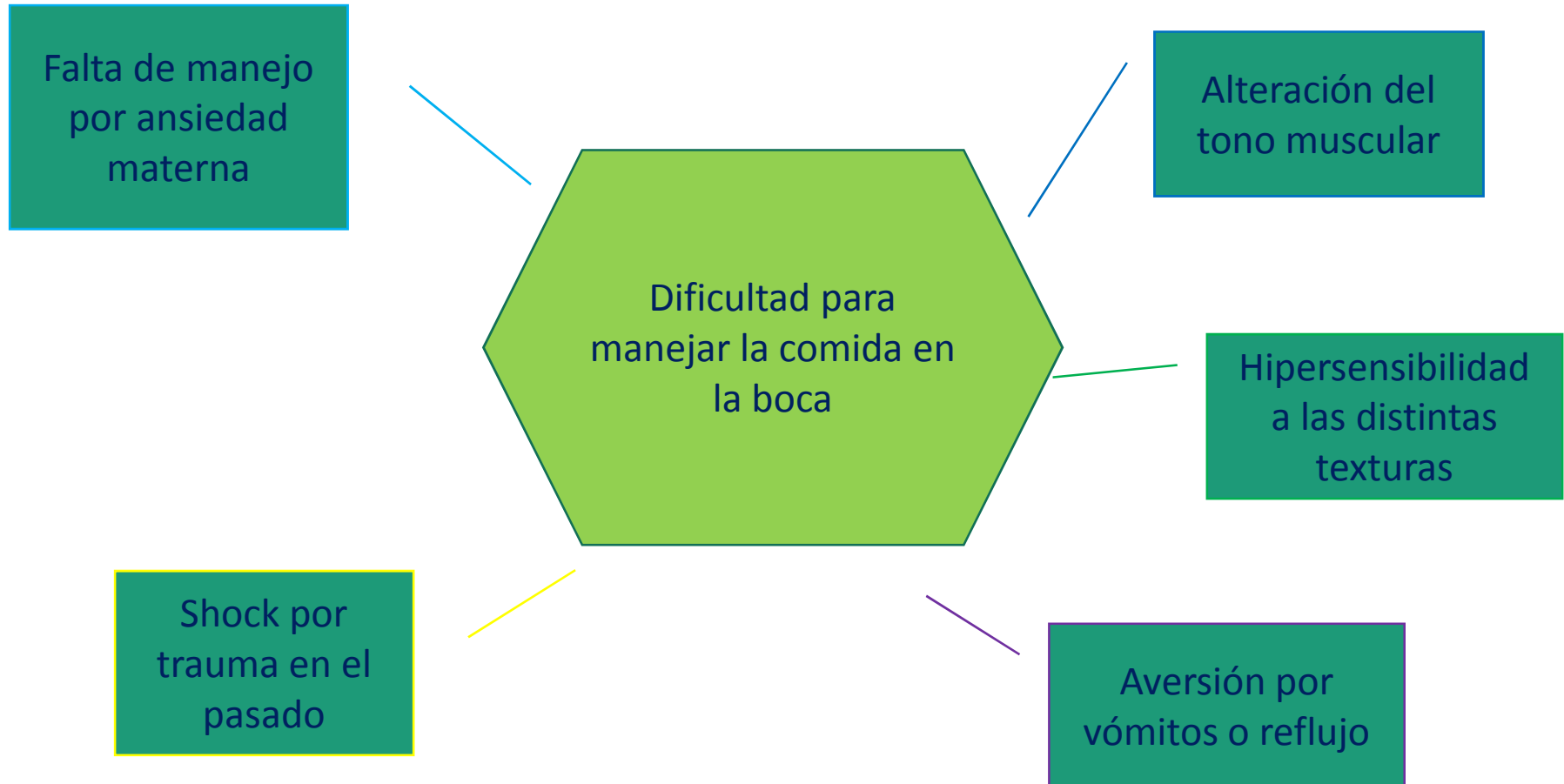
Sensible o responsivo	controlador	Indulgente	Negligente
<ul style="list-style-type: none">• División de las responsabilidades a la hora de comer• Respetan hambre y saciedad• No usan coerción• Menos riesgo de obesidad	<ul style="list-style-type: none">• Ignoran hambre y saciada• Fuerza o penitencia para obligar a comer• Circulo nocivo y mas rechazo alimentario	<ul style="list-style-type: none">• Alimentan al niño cuando el quiere• El niño manda y no pone limites• Mala calidad de la dieta• Mas riesgo de obesidad	<ul style="list-style-type: none">• Abandonan la obligación de alimentar al niño• Suele no importarle nada la comida• suelen “estar en otra cosa” mientras alimentan• Ignoran las necesidades del niño

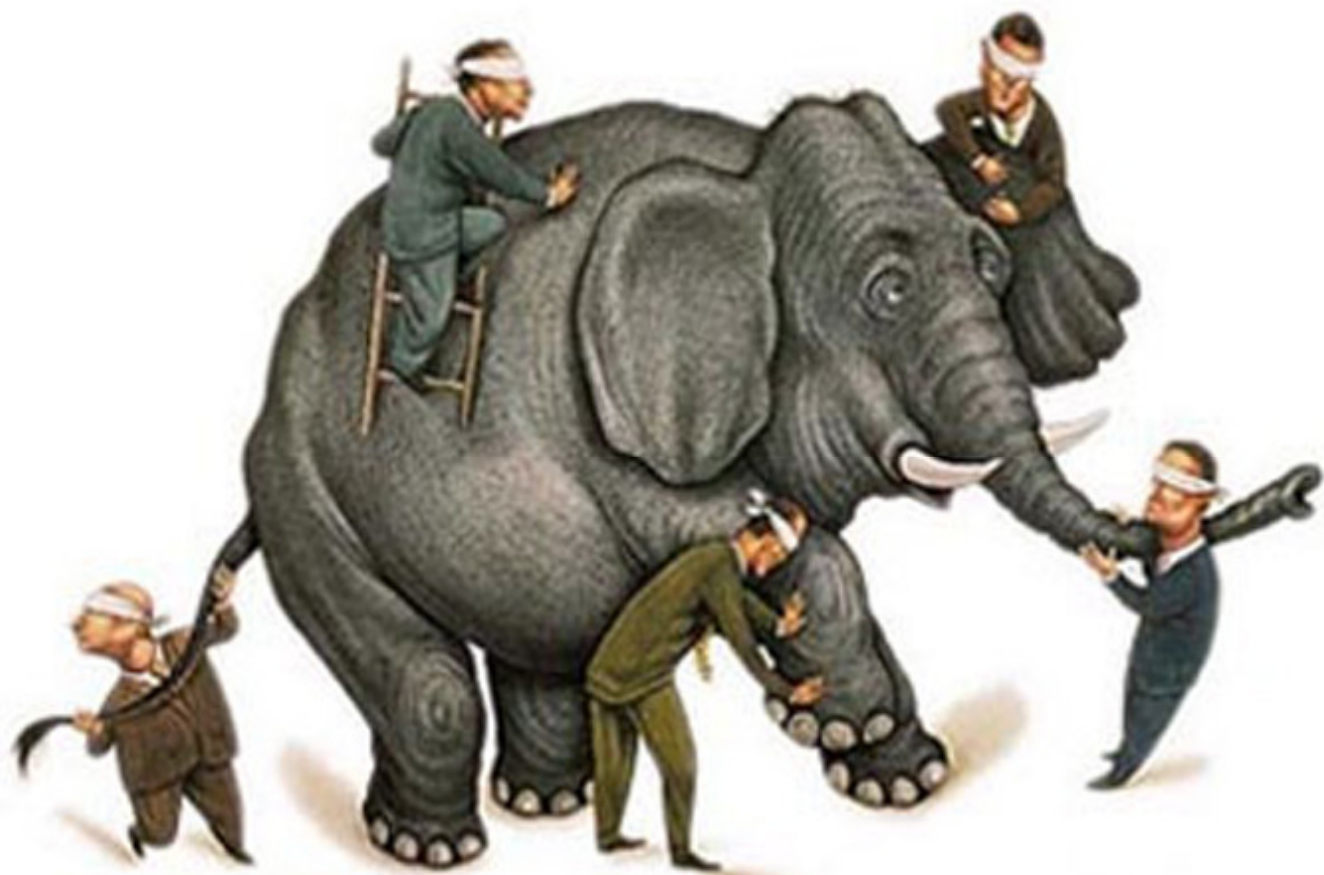
En muchos casos las alteraciones inicialmente se desarrollan como resultado de una condición orgánica pero se mantienen en el tiempo por factores conductuales.

Establecer una conducta alimentaria normal en niños que han requerido alimentación por SNG prolongada es un desafío clínico debido al interjuego de factores orgánicos y no orgánicos.

La atención de los mismos exige la intervención de distintas especialidades, por lo que es conveniente el abordaje de un equipo interdisciplinario para su diagnóstico y tratamiento.

Un disturbo en la alimentación y el comer, puede tener la misma presentación clínica pero distinta etiología y por tanto distinto tratamiento

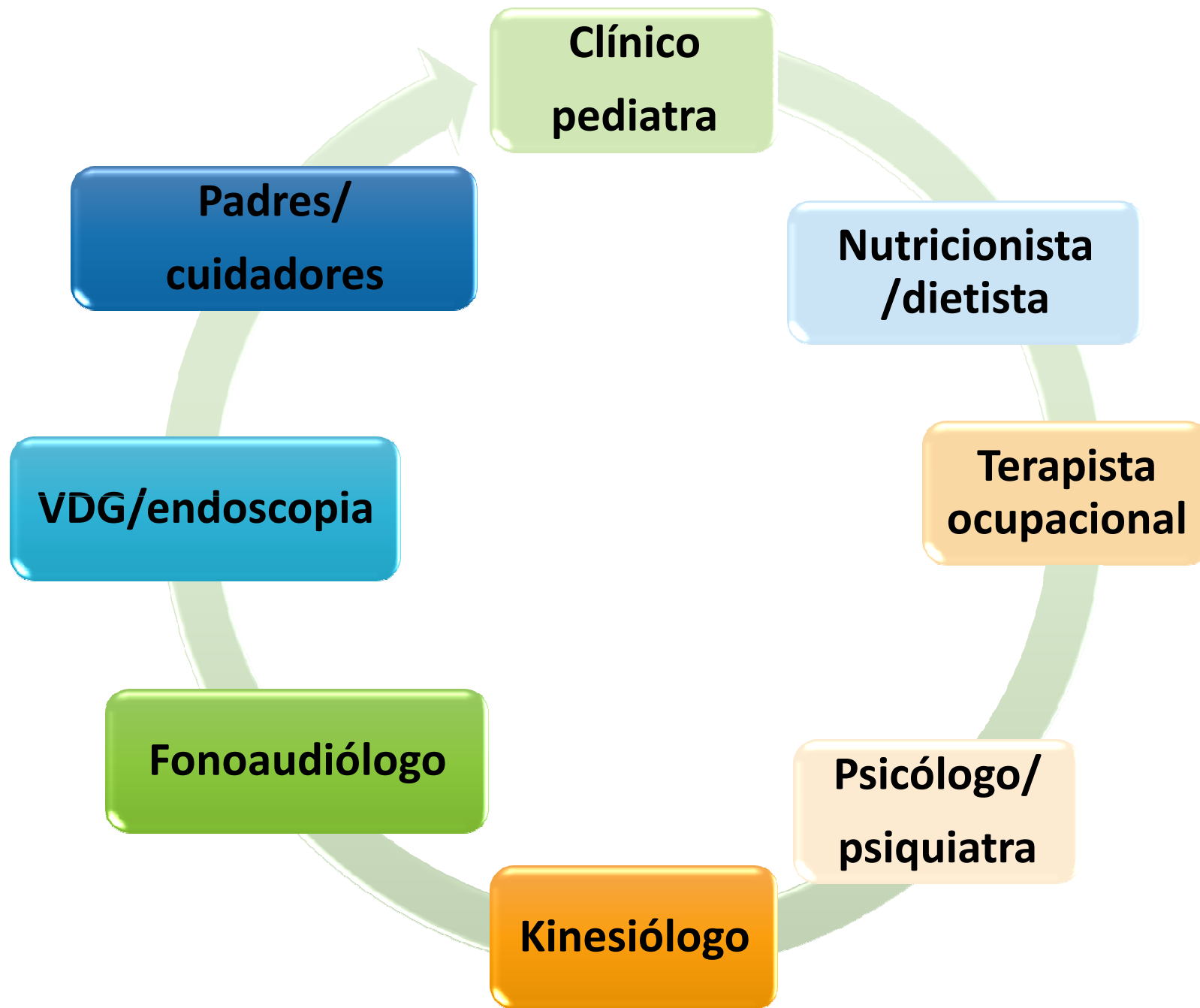




Interdisciplinaridad



- El equipo **interdisciplinario** está constituido por diferentes profesionales que trabajan en un área común e interactúan entre ellos en tiempo real.
- Intercambian la información de una forma sistemática
- Comparten una metodología de trabajo y trabajan juntos para conseguir los mismos objetivos, colaborando entre ellos en la planificación y puesta en marcha de un plan de tratamiento.



Evaluación interdisciplinaria en la clínica

Estado nutricional

**Registro
alimentario**

**Video o filmación
de la hora de
comer**

**The Food Intake
LEVEL Scale (FILS)**

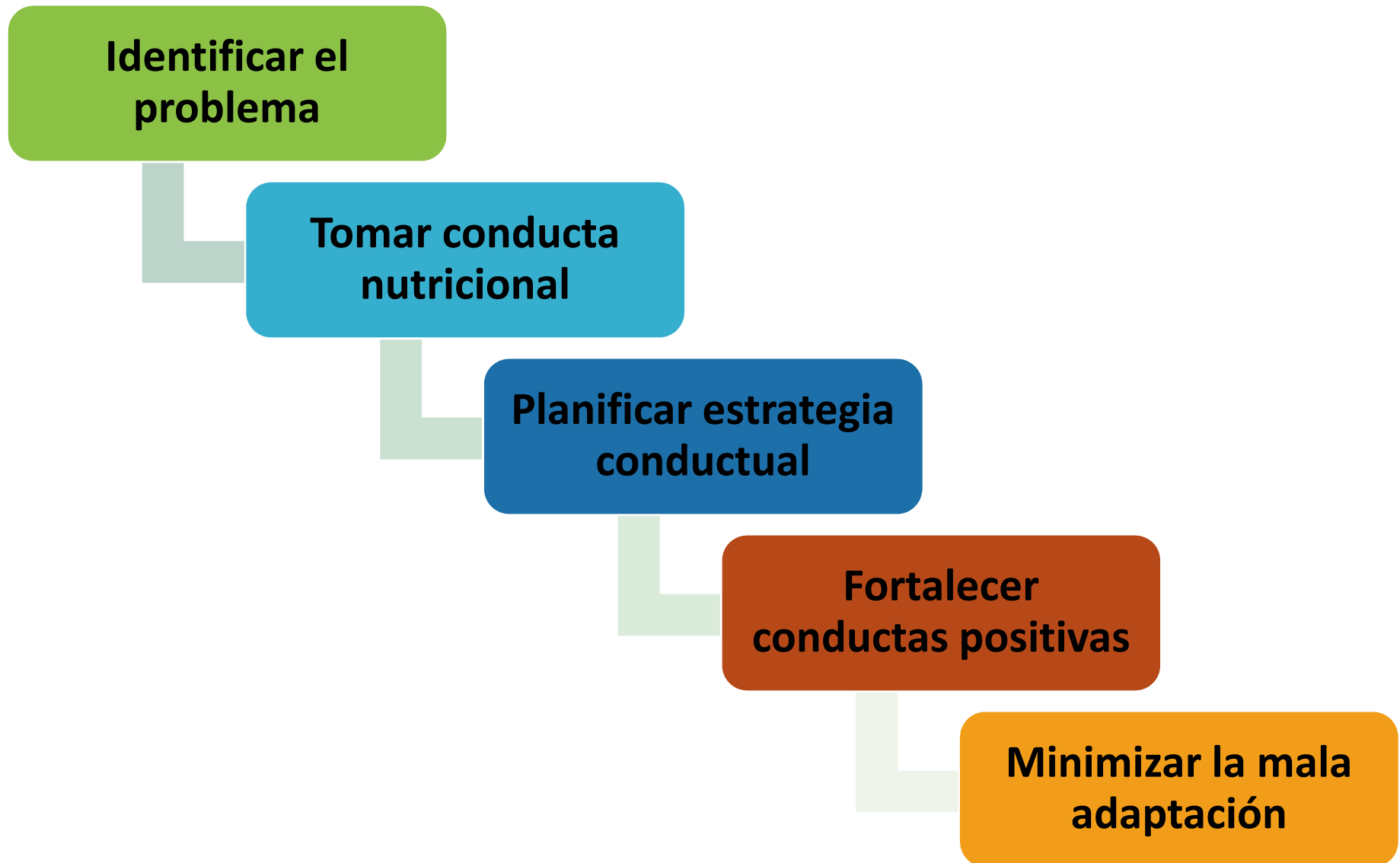
Clasificación de TA

**Escala de stress
del cuidador**

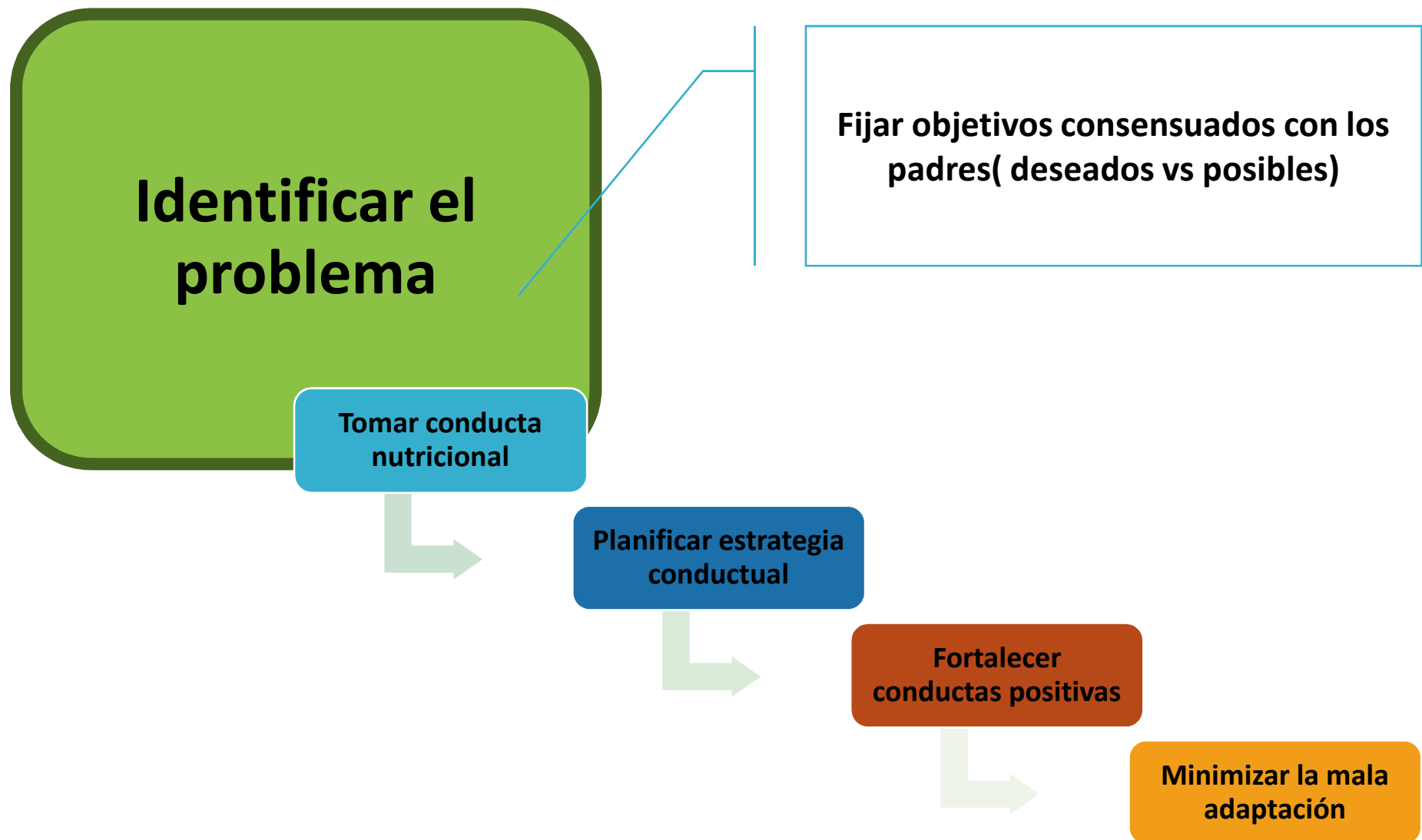
Escala sensorial

**EEDP Escala de
Desarrollo
psicomotor**

**Evaluación en vivo
del momento de
comer**



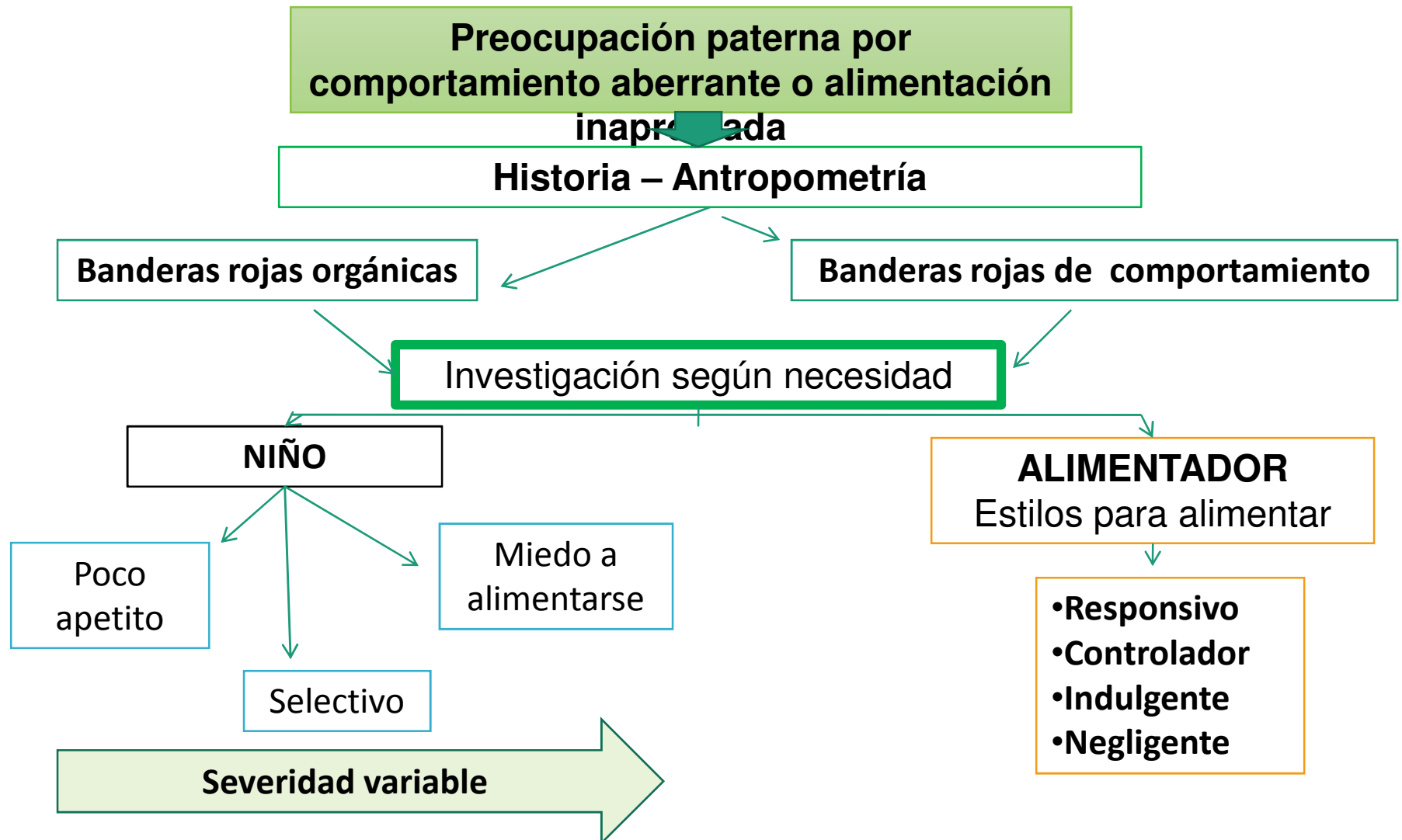
Silverman AH Interdisciplinary Care for Feeding Problems in Children
Nutrition in Clinical Practice 2015 Vol 25 (2):160-165



Silverman AH Interdisciplinary Care for Feeding Problems in Children
Nutrition in Clinical Practice 2015Vol 25 (2):160-165

A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties

Benny Kerzner, BSc, MBBCh, FCPa, Kim Milano, MS, RDb, William C. MacLean, Jr, MD, CMc, Glenn Berall, MD, FRCPC, MBAd, Sheela Stuart, BA, MS, PhDa, Irene Chatoor, MDe



Adaptado de Kerzner et al. Pediatrics 2015 Vol 135;2:344-353



Silverman AH Interdisciplinary Care for Feeding Problems in Children
Nutrition in Clinical Practice 2015 Vol 25 (2):160-165

Evaluación nutricional

- **Falla para ganar peso**
- **Acceso para alimentarse**
- **Reflujo, Salud respiratoria, Aspiración silente**
- **Déficit de micro-macro nutrientes**
- **Necesidad de suplementación**
- **Porcentaje de aliento recibido por vía oral**
- **Patrón alimentario /hambre saciedad**

Banderas rojas orgánicas

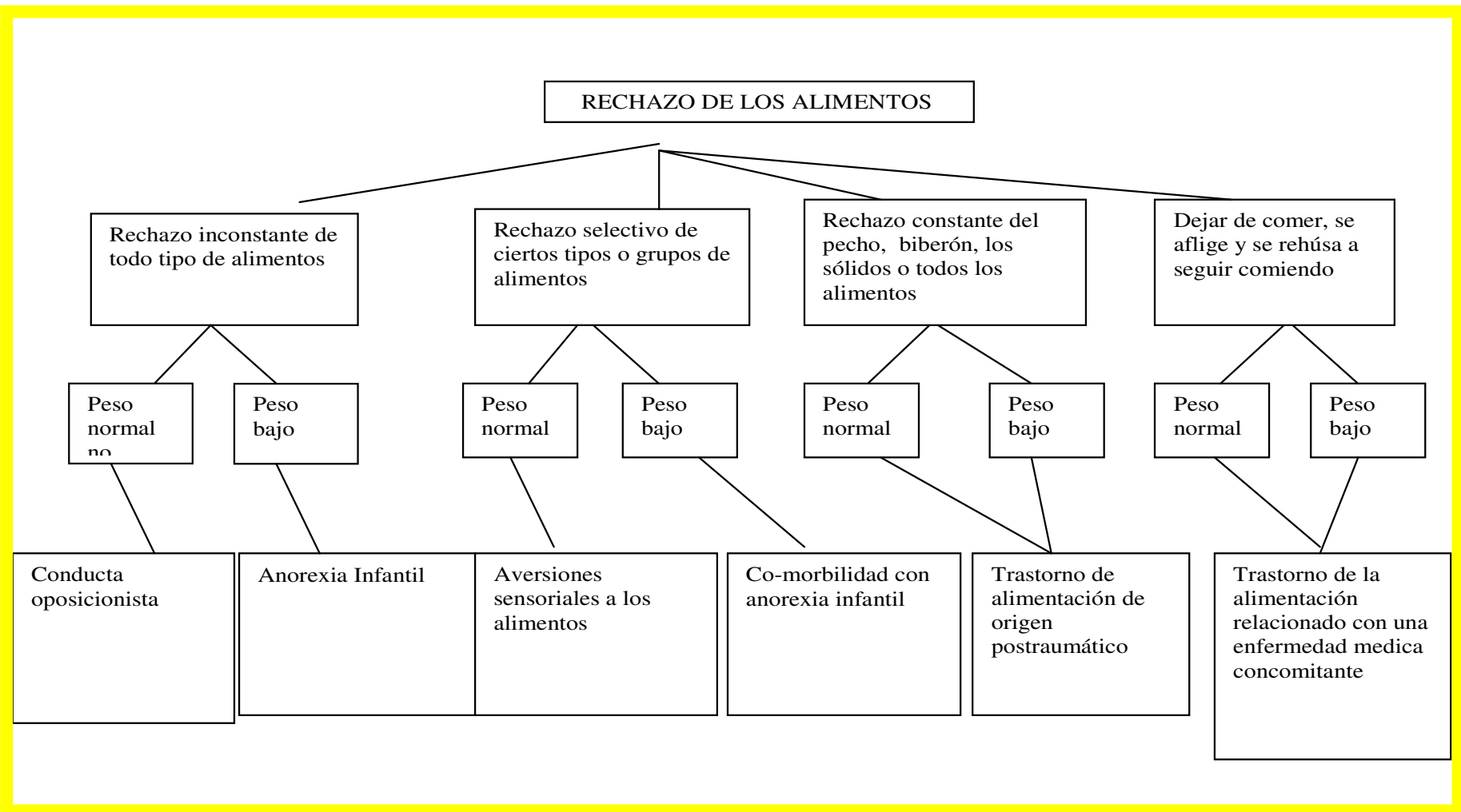
- **disfagia**
- **Aspiración**
- **signo que implica falta de coordinación para tragar (tos-ahogo)**
- **signos de aspiración oculta (sibilancias o broncoespasmo a repetición)**
- **Falta de crecimiento**
- **diarrea**
- **dolor al alimentarse**
- **síntomas cardiorrespiratorios**

Banderas rojas del comportamiento

- **Selectividad**
 - **Fijación con la comida**
 - **forzar , distraer o perseguir para comer.**
 - **Náuseas anticipatoria.**
 - **Tiempo muy prolongado para comer o tomar el biberón o el pecho**

Criterios Diagnóstico de “Desordenes de comportamiento en la Alimentación”(FBD)

Irene Chatoor basado en DC-0 a 3R



Apoyo nutricional es necesario cuando:

Niño no es capaz de comer

Malnutrición

Las necesidades nutricionales son cubiertas en forma insuficiente

- Pobre percepción de hambre –saciedad
- Favorece experiencias negativas(RGE-nauseas,etc)
- Alteración de la relación niño-cuidador
- Ausencia de experiencias orales
- Mas severo cuando mas pequeño es el niño



Negativo: Dependencia de la sonda

Planificar estrategia conductual



```
graph TD; A[Planificar estrategia conductual] --> B[Fortalecer conductas positivas  
(refuerzo siempre positivo)]; B --> C[Minimizar la mala adaptación  
(extinción del escape)];
```

Fortalecer conductas positivas
(refuerzo siempre positivo)

Minimizar la mala adaptación
(extinción del escape)

Uso crónico de apoyo nutricional

Prevención de complicaciones

- Fijar metas individuales.
- Tratar RGE o APLV que favorecen experiencias aversivas
- Alimentación en bolos y/o nocturna
- Estimular la oralidad y alimentación oral
- Continuar con estimulación con los sentidos
- Prohibido forzar o obligar a comer

Tratamiento y destete

- Puede llevar un tiempo variable
- Ordenar para estimular hambre-saciedad
- Enfoque multidisciplinario y con los cuidadores
- Programas ambulatorios o con internación
- Programas de inducción del apetito (modelo de Graz y de Dutch)
- Uso de medicación

Guías conductuales para todos los ni



- Evitar distracciones durante las comidas
- Mantener una actitud tranquila y neutra durante toda la comida
- Siempre sentarse en la mesa
- Alimentar para favorecer el apetito: duración no mayor a 20 minutos, 4 a 6 comidas en total con agua solamente durante las comidas.
- Respetar el horario de comidas y tratar de repetirlo
- Seleccionar comidas adecuadas a la edad del niño
- Introducir comidas nuevas en forma sistemática, ofreciéndolas en forma repetida(8 a 15 veces)
- Favorecer la auto alimentación o alimentación independiente
- Tolerar conductas que tienen que ver con la edad(por ejemplo que se ensucie, que vuelque la comida, etc)
- ENTRENAR A LOS PADRES O CUIDADORES

La división de responsabilidad al alimentar

Padres

- Que?
- Cuando?
- Donde?
- Hacer que la hora de comer sea agradable
- Ejemplo de comportamiento

Niños

- Cuanto?
- Confianza
- Copia del modelo de los padres

- Blackman JA, Nelson CL. **Rapid introduction of oral feedings to tube-fed patients.** J Dev Behav Pediatr 1987;8(2):63–7.
- Blackman JA, Nelson CL. **Reinstating oral feedings in children fed by gastrostomy tube.** Clin Pediatr (Phila) 1985;24(8):434–8.
- Byars KC; Burklow KA; Ferguson K, O’Flaherty T; Santoro K; Kaul A. **A Multicomponent Behavioral Program for Oral Aversion in Children Dependent on Gastrostomy Feedings**2003. JPGN 37:473–480
- Brown J, Kim C, Lim A, Brown S, Desai H, Volker L, Katz M. **Successful gastrostomy tube weaning program using an intensive multidisciplinary team approach.** J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014 Jun; 58(6):743-9.
- Wilken M, Cremer V, Berry J, Bartmann P. **Rapid home-based weaning of small children with feeding tube dependency: positive effects on feeding behaviour without deceleration of growth.** Arch Dis Child. 2013 Nov; 98(11):856-61.
- Cornwell SL, Kelly K, Austin L. **Pediatric feeding disorders: effectiveness of multidisciplinary inpatient treatment of gastrostomy-tube dependent children.** Child Health Care 2010;39:214–31.
- Silverman AH, Kirby M, Clifford LM, et al. **Nutritional and psychosocial outcomes of gastrostomy tube-dependent children completing an intensive inpatient behavioral treatment program.** J Pediatr Gastroenterol Nutr 2013;57:668–72.

Destete de 51% y permanencia de los logros al año, con 12% adicional

Gastrostomy Tube Weaning and Treatment of Severe Selective Eating in Childhood: Experience in Israel Using an Intensive Three Week Program

Tzipora Shalem MD^{1*}, Akiva Fradkin MD^{1*}, Marguerite Dunitz-Scheer MD², Tal Sadeh-Kon Dsc RD¹, Tali Goz-Gulik MD¹, Yael Fishler MD¹ and Batia Weiss MD¹

¹Pediatric Gastroenterology and Nutrition Unit, Safra Children's Hospital, Tel Hashomer, affiliated with Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel

²Psychosomatic & Psychotherapeutic Unit, Department for General Pediatrics, Medical University of Graz, Graz, Austria

Table 3. Outcomes in tube-dependent and severe selective eating groups

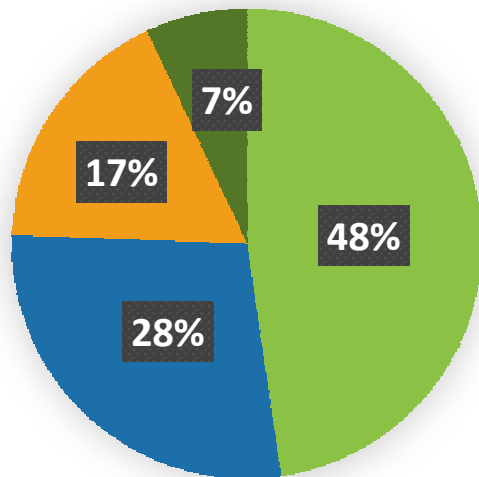
	Tube dependency (N=28)		Severe selective eating (N=6)
Complete weaning	12	Significant improvement	5
Partial weaning	15	No change	1
Complications	1	Complications	0

- No hubo diferencia entre los tratados con internacion y los ambulatorios
- El destete fue independiente de la enfermedad de base
- 92% mantuvo los logros ganados durante el destete a los 6 meses

Pacientes que ingresaron a la Clínica interdisciplinaria con SNG en los últimos 20 meses

Se incluyeron 89 pacientes, varones (52%), edad media 18 meses (rango 4,6 a 74 meses). con apoyo nutricional con SNG/GTT (70% recibía mas del 80% de RDA por este medio)

Patología de base mas frecuentes en la población estudiada



- Prematurez
- Síndrome genético
- Hernia diafragmática congénita
- ECNE

74% alteración sensorial

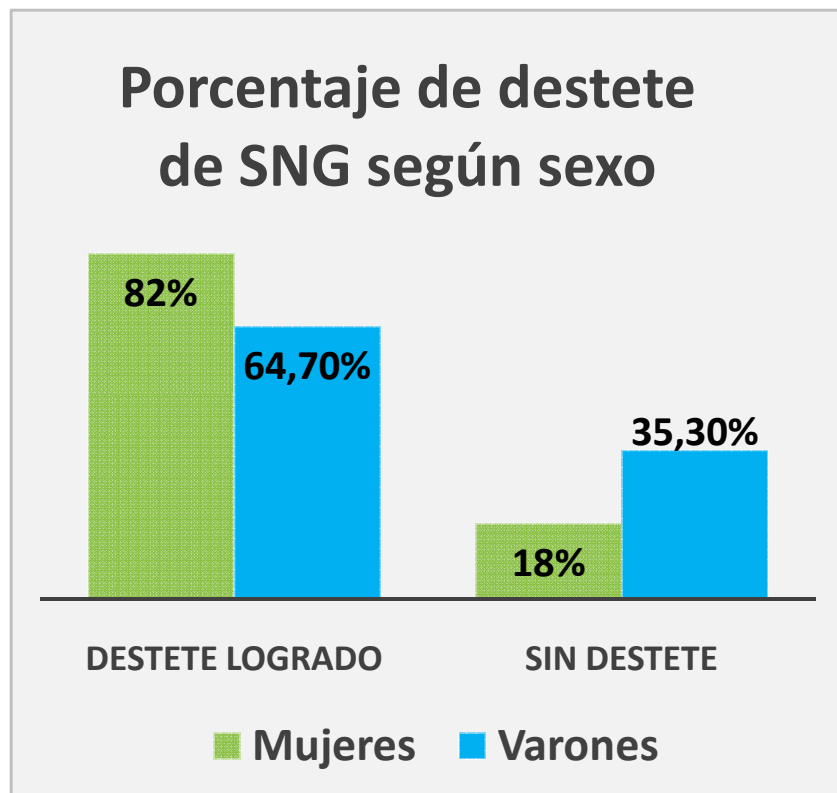


65% disfagia



79% VDG
(Patológica 90%)

Se destetaron de la SNG 74% de los pacientes



- La edad al destete 18 meses (4-73,4)
- tiempo total de uso de la SNG de $19,2 \pm 10$ meses.
- permanencia en la clínica de los que dejaron la SNG $5,9 \pm 4,8$ meses

No hubo diferencia estadísticamente significativa de tiempo de uso de la SNG al llegar a la clínica de los que la dejaron y los que no (12,2 rango 1,4-39 vs. 8,9 rango 6-46, $p=0,25$)

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el destete de la SNG ($P > 0,05$) y las siguientes variables:

sexo

Trastorno deglutorio de base orgánica

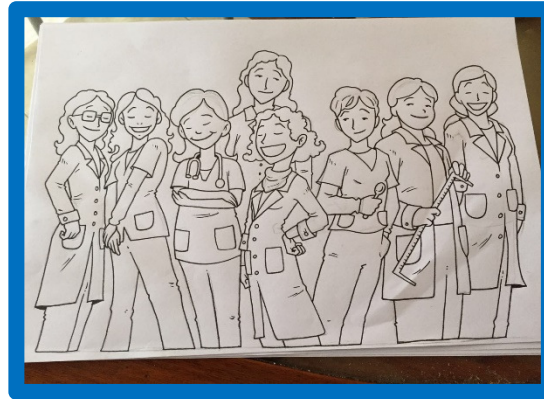
Video deglución patológica

Alteraciones sensoriales

disfagia

El programa interdisciplinario de intervención:

- Facilita el diagnóstico del trastorno alimentario***
- Unifica criterios para planificar tratamiento jerarquizando prioridades,***
- Optimiza tiempo de evaluación y tratamiento***
- Tiene una alta efectividad en el destete de la SNG independientemente del tiempo de uso de la misma y de la causa que motivó su uso.***



- **Kinesiología: Lic Sandra Masa y Lic. Patricia Rodríguez**
- **Alimentación: Lic. Eugenia Caballero**
- **Clínica pediatra: Dra Guillermina Soraiz**
- **Salud mental: Lic Daniela Marin/ Lic. Regina Esmoris**
- **Terapista Ocupacional:: Lic Graciela Filomena**
- **Imágenes/VDG: Dra. Aria Luz Ramos Pacheco**
- **Endoscopia: Dra. Alejandro Cocciaglia**
- **Fonoaudiología: Lic. Dala Gonzales**
- **Gastroenterologia: Dr. Christian Weyesberg**
- **Nutrición: Dra Carola Saure**

Gracias!!!!