

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
HOSPITAL “DR. MIGUEL PEREZ CARREÑO”

**CONOCIMIENTO DE LOS RESIDENTES DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
SOBRE EL MÉTODO IMFeD.**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al Título de Especialista en Pediatría
y Puericultura.

Marilyn Lisbeth Torcat Pinto.

Nathaly Virginia Yéspica Santos.

Tutor: Clarisel Josefina Oropeza Amarista.

Caracas, 10 de Diciembre de 2018.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
VICERRECTORADO ACADÉMICO
SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECNOLÓGICA
(SICHT)

FECHA: 10/12/2018

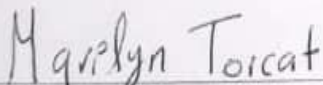
AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRÓNICA DE LOS TRABAJOS DE
LICENCIATURA, TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS
DOCTORAL DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

Nosotras, Marilyn Lisbeth Torcat Pinto y Nathaly Virginia Yéspica Santos autores del trabajo o tesis "CONOCIMIENTO DE LOS RESIDENTES DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA SOBRE EL MÉTODO IMFeD". Presentado para optar al grado académico de Pediatra y Puericultor.

Autorizo a la Universidad Central de Venezuela a difundir la versión electrónica de este trabajo a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines académicos y de investigación de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

<input checked="" type="checkbox"/>	Si autorizo
<input type="checkbox"/>	Autorizo después de 1 año
<input type="checkbox"/>	No autorizo
<input type="checkbox"/>	Autorizo difundir algunas partes del trabajo
Indique	

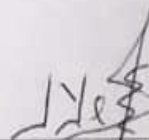
Firmas autores



Marilyn L. Torcat P.

C.IV.- 18.766.119

e-mail: marilyntorcat@gmail.com



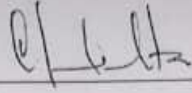
Nathaly V. Yéspica S.

C.IV.- 17.147.783

e-mail: nathalyespica@hotmail.com

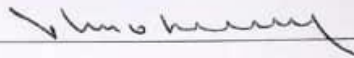
En Caracas a los 10 días del mes de diciembre de 2018

La cesión de derechos de difusión electrónica no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.



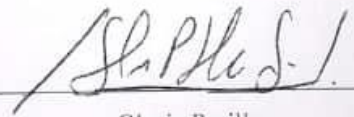
Clarisel Oropeza Amarista.

Tutora.



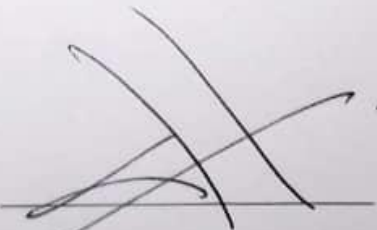
Victor Hugo Jaimes.

Director del curso



Gloria Perilla.

Coordinadora del curso



Eicenciado Douglas Angulo

Asesor Estadístico

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
MÉTODOS	26
RESULTADOS.....	28
DISCUSION	30
REFERENCIAS.....	32
ANEXOS.....	34

CONOCIMIENTO DE LOS RESIDENTES DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA SOBRE EL MÉTODO IMFeD.

Nathaly Yéspica C.I: 17147783. Sexo: Femenino. E-mail: nathalyespica@hotmail.com. Teléfono: 04141334788. Dirección: Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. Especialización en Pediatría y Puericultura

Marilyn Torcat CI: 18766119. Sexo: Femenino. E-mail: marilyntorcat@gmail.com
Teléfono: 04249709025. Dirección: Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. Especialización en
Pediatría y Puericultura

Tutor: Clarisel Oropeza C.I: 12.688.678. Sexo: Femenino. E-mail: pequi_oropeza@hotmail.com. Teléfono: 04143372963. Dirección: Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. Especialización en Pediatría y Puericultura

RESUMEN

La dificultad alimentaria se puede considerar como un término integral que habla de la amplia diversidad de problemas que pueden ocurrir en el proceso de la alimentación. El Dr. Benny Kerzner, en conjunto con la Dra. Irene Chatoor, crearon un sistema de clasificación que abarca las diversas dificultades alimentarias que afectan a los niños, conocido como método IMFeD. Este método contiene herramientas para ayudar a los médicos a establecer oportunamente un diagnóstico y orientar a los padres sobre el problema. **Objetivo:** Determinar el conocimiento de los residentes de postgrado de Pediatría y Puericultura de la UCV sobre el método IMFeD. **Método:** Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, de cohorte transversal. La muestra está conformada por los residentes de las sedes de postgrado de Pediatría y Puericultura de la UCV. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario para la recolección de datos, en el cual se identifican las variables: año que cursa el residente, conocimiento de la existencia del método IMFeD, aplicación del cuestionario y su grado de utilidad. **Resultados:** De los 121 residentes encuestados, 36 (29,8%) tenía conocimiento de la existencia del método IMFeD y 85 (70,2%) lo desconocían. El 87,9% de quienes lo conocen respondió que era una herramienta sencilla, fácil de ser aplicada y que ayuda a identificar y tratar las dificultades en la alimentación infantil. El 100,0% (n 36) respondió que el método debe formar parte del programa académico. **Conclusión:** Hay un

desconocimiento acerca de la existencia del método IMFeD en los residentes, sin embargo consideran que es una herramienta útil y que debe incluirse en el plan de estudio del postgrado.

Palabras claves: método IMFeD, niños, dificultades alimentarias, residentes, Pediatría, conocimiento.

PEDIATRIC AND CHILDCARE RESIDENT'S KNOWLEDGE ABOUT IDENTIFICATION AND MANAGEMENT OF FEEDING DIFFICULTIES

ABSTRACT.

Feeding difficulties can be considered as an integral term that speaks of a wide variety of problems that can occur in the feeding process. Dr. Benny Kerzner, together with Dr. Irene Chatoor, created a classification system that spans the diverse feeding difficulties that affect children, known as the IMFeD tool. This program enable physicians to arrive quickly at a desired diagnosis and to educate parents about the problem. **Objective:** to determine the knowledge of the postgraduate residents of pediatrics and childcare at the Central University of Venezuela, about this method. **Method:** A prospective, descriptive, cross-sectional cohort study was conducted. The sample consist of the residents of the postgraduate of the specialty of Pediatrics and ChildCare of the Central University of Venezuela. The instrument used was a questionnaire for data collection, which identifies the variables: year that the resident studies, knowledge of the existence of the IMFeD method, application of the questionnaire and its degree of utility. **Results:** Of the 121 residents surveyed, 36 (29.8%) were aware of the existence of the IMFeD tool and 85 (70.2%) were unaware of it. 87.9% of those who know him answered that it was a simple tool, easy to apply and helps to identify and treat the difficulties in infant feeding. 100.0% (n 36) answered that the method should be part of the academic program. **Conclusion:** There is a lack of knowledge about the existence of the IMFeD tool in residents, however they consider it a useful tool and that it should be included in the postgraduate study plan.

Keywords: IMFeD tool, children, feeding difficulties, residents, Pediatrics, knowledge.

INTRODUCCIÓN

Durante el primer año de vida, el niño debe pasar de una alimentación láctea que idealmente debe ser con leche materna, a una gran variedad de dietas determinadas por la cultura a la que pertenece el grupo familiar. Todos estos cambios ocurren en un periodo de tiempo relativamente corto que comprende los primeros años de vida, pero que a pesar de su brevedad, en algunos momentos puede ofrecer dificultades, circunstancia que brinda grandes oportunidades de acción a la pediatría y puericultura. ⁽¹⁾

El lactante se ve expuesto a diversos sabores que recibe en un inicio a través del líquido amniótico y posteriormente a través de la lactancia materna, siendo de su preferencia los sabores dulces con aversión hacia los sabores amargos y salados; a medida que crecen entra en juego otra serie de factores que diluyen esas premisas de inicio, esto se refiere a que toleran mejor los alimentos cuando estos no son ofrecidos de forma tardía durante la niñez; factor de relevancia para la posterior aparición de trastorno alimentarios. Si no existe este ofrecimiento de alimentos de forma constante, pueden originarse trastornos de la alimentación tales como el niño “mal comedor” o picky eater e incluso el llamado “comedor monótono” o food jag. ⁽²⁾

Los trastornos de la alimentación están reconocidos en los sistemas de codificación del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición (DSM-V) y de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10) ⁽³⁾

Bryant-Waugh y col., así como Kreipe y Palomaki, en excelentes revisiones que describen la clasificación DSM-V más reciente, concluyeron que los trastornos de la alimentación en la infancia temprana deben ser agrupados bajo el término genérico "trastorno de ingesta de alimentos por evitación/restricción", Un término que connota un problema grave que resulta en consecuencias orgánicas, nutricionales, o emocionales sustanciales. ⁽³⁾

La dificultad en la alimentación, se puede considerar como un término integral que habla de la amplia diversidad de problemas que pueden ocurrir en el proceso de comer. Este incluye

el espectro completo de problemas de alimentación de leves a severos, así como un rango de factores causales (orgánicos, desarrollo del comportamiento, dinámica familiar), obteniendo varios resultados (estatus nutricional, crecimiento, relación padres-niño).⁽⁴⁾

Es más probable que los niños con dificultades de la alimentación consuman una dieta menos nutritiva y estén en riesgo de deterioro del crecimiento, de desarrollo cognoscitivo y pueden tener una función inmunitaria comprometida.⁽⁴⁾

Un enfoque sistemático en los complejos problemas de alimentación es, por lo tanto, una herramienta útil. Un diagnóstico correcto de una dificultad alimentaria es la base para el entrenamiento de los padres y los profesionales de la salud en las intervenciones apropiadas. Equipados de esta manera, los padres pueden mejorar el consumo nutricional de su niño y evitar el escollo de las prácticas de alimentación coercitivas.⁽⁴⁾

En el año 2002 el Dr. Benny Kerzner, especialista en Gastroenterología Pediátrica, acuñó las definiciones entregadas por la psiquiatra infantil, Irene Chatoor, para los problemas alimentarios de los niños, transformándolos en un lenguaje accesible para los pediatras. De esta manera se creó un sistema que clasificó a las diversas dificultades alimentarias que afectan a los niños, conocido como método IMFeD (identificación y manejo de las dificultades alimentarias).⁽⁵⁾

El método IMFeD contiene herramientas para ayudar a los médicos y los padres a manejar a los niños con dificultades en la alimentación. Un enfoque sistemático para la identificación y manejo de las dificultades alimentarias relacionadas con apetito deficiente, consumo muy selectivo y miedo a alimentarse. Este proceso puede proveer al padre y a profesionales de la salud un entendimiento cuidadoso del problema alimenticio y la confianza para seguir adelante con la intervención apropiada.⁽⁵⁾

Planteamiento y delimitación del problema.

La formación de hábitos alimentarios y de la conducta alimentaria tiene gran trascendencia, especialmente si tenemos en cuenta que sus desviaciones pueden ocasionar dos situaciones

extremas: por un lado, déficit nutricional, preocupación clásica de las madres manifiesta en forma reiterada por las consultas de falsas o verdaderas inapetencias, y por el otro, de más reciente aparición, el sobrepeso y la obesidad. ⁽¹⁾

La buena alimentación y la formación de hábitos alimentarios saludables en esta época de la vida, tienen gran impacto con repercusiones hacia el futuro, lo que obliga al pediatra a tener suficiente conocimiento sobre el tema para poder realizar un adecuado y fructífero acompañamiento a los padres y a los niños en este delicado y crucial proceso. ⁽¹⁾

El rol del pediatra puericultor en este campo es entonces relevante, lo que le da importancia al hecho de que transmita contenidos educativos a los padres, preferiblemente preventivos en forma de guías anticipatorias, con lo que les ayudará a evitar precozmente alteraciones de la conducta alimentaria, e incluso, a evitar padecimientos derivados de ellas. ⁽¹⁾

En las dificultades alimentarias del niño, se pueden presentar deficiencias nutricionales agudas o crónicas, de magnitud muy leve o llegar a ser incluso severas. Los efectos para el grupo familiar y para el niño incluyen alteraciones en su sociabilización, así como también si son dificultades severas, podría haber secuelas a largo plazo en desarrollo motor y del lenguaje y alteraciones del desarrollo normal de la conducta. ⁽⁶⁾

El método IMFeD es una herramienta desarrollada por el gastroenterólogo infantil Benny Kerzner y la psiquiatra Irene Chatoor, luego de estudiar y observar por 20 años a muchas familias estadounidenses, con lactantes y preescolares que presentaban problemas de alimentación.

Mediante este método, a través de un algoritmo, que comienza con un cuestionario que debe completar el pediatra con las respuestas de los padres, se logra establecer la situación real del niño, para dar las instrucciones de cómo recuperar un correcto hábito alimenticio. Observando la gran utilidad de esta herramienta, surge el siguiente planteamiento: ¿Cuál es el conocimiento de los residentes de postgrado de pediatría y puericultura de la Universidad Central de Venezuela, sobre el método de identificación y manejo de dificultades de la alimentación en los niños (IMFeD)?, ¿Cuál es la percepción de los residentes sobre la utilidad

del método IMFeD, para el abordaje de las dificultades de la alimentación?, ¿Cómo es la aceptación del método IMFeD, por los residentes de postgrado de pediatría, para el diagnóstico de las dificultades de la alimentación?, ¿Cuál es la percepción de los residentes de postgrado de pediatría sobre la importancia del diagnóstico de las dificultades de la alimentación?.

Justificación e importancia.

Un desorden en la alimentación es cualquier dificultad que incida negativamente en su proceso, lo que puede derivar en problemas fisiológicos, orgánicos, sociales, ambientales y de dinámica familiar. Es por esto que se vuelve esencial el diagnóstico y el tratamiento oportuno.

A corto plazo podemos encontrar un niño con déficit en los nutrientes específicos que necesita para su crecimiento y desarrollo. A mediano plazo, se pueden observar conductas alimenticias alteradas, rechazo frente a ciertos alimentos, selectividad persistente y riesgo de obesidad. Y a largo plazo, puede experimentar problemas de sociabilización o conductuales. Por esto es necesario consultar con un pediatra si la conducta del niño al alimentarse es considerada “mañosa” por los padres o cuidadores y si persiste en el tiempo. ⁽⁶⁾

Para muchos padres, la hora de la comida de sus hijos es una pesadilla; llantos, caras largas y “mañas” son recurrentes. La mayoría de los padres asegura tener conflictos para alimentar a sus hijos. Lo cierto es que muchas veces esas “mañas” no lo son, y pueden derivar en un problema alimentario mayor si no se diagnostica a tiempo. ⁽⁶⁾

Para evitar esto, luego de 20 años de investigación, el pediatra Benny Kerzner creó el método IMFeD (sigla en inglés para Identificación y Manejo de Dificultades Alimentarias), clasificación que permite a los pediatras reconocer estos problemas gracias a un cuestionario que se aplica a los padres. Este importante trabajo, está basado en una clasificación sistemática de las etapas del desarrollo del niño, hecha por la psiquiatra infantil, Irene Chatoor en el año 2002. ^(3,7)

El método del Dr. Kerzner, académico e investigador del Children's National Center y de la Universidad George Washington, clasifica a los niños en cinco grupos: niño con ingesta altamente selectiva, niño vigoroso, sin interés en la comida, niño con temor a la alimentación, niño deprimido, sin ganas de comer, niño normal, pero que según sus padres come poco. ^(3,7)

Los padres son los principales responsables de la educación nutricional de sus hijos y es labor del pediatra orientar y resolver problemas al respecto, de igual manera es de vital importancia que exista esta divulgación del conocimiento de las dificultades alimentarias a través de esta herramienta de diagnóstico que facilita su comprensión.

Antecedentes

Benjasuwantep et al. Publican estudio en el año 2013, que tuvo como objetivo determinar la prevalencia, características y factores relacionados a problemas de alimentación entre niños normales, y las diferencias en las prácticas de alimentación entre aquellos con problemas de alimentación. Realizado en la clínica Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center, de agosto de 2010 a enero de 2012, donde cuidadores de 402 niños sanos de edad entre uno y cuatro años de edad fueron entrevistados por pediatras. Se incluyeron los datos de historial médico del niño, ingesta de alimentos de un día y comportamientos durante la alimentación, estatus socio-económico e información demográfica, información sobre educación de los padres y ocupación, y sus preocupaciones sobre la alimentación sus hijos, así como Examen físico con medidas antropométricas, niños con importantes problemas médicos subyacentes, discapacidades o que nacieron prematuros fueron excluidos del estudio. ⁽⁸⁾

La descripción de Kerzner de las dificultades de alimentación se usó para evaluar si los niños tenían problemas para alimentarse. Las dificultades de alimentación se categorizaron como: niño normal con limitaciones perceptibles en el apetito, niño vigoroso con poco interés en alimentación, ingesta altamente selectiva y miedo irracional a la alimentación. De los 402 niños, 214 eran varones (53.2%) y 188 eran niñas (46.8%). La edad media en la presentación fue de $22,93 \pm 9,62$ meses. Dos ciento sesenta y siete niños (66.4%) tenían entre 12-24 meses, 93 (23.1%) tenían 25- 36 meses y 42 (10.5%) de 37-48 meses. No hubo una diferencia significativa en la edad, género, peso al nacer, cuidador, ingreso familiar, edad de los padres,

educación materna y ocupación, entre normal y niños con problemas en la alimentación. Sin embargo, el primer hijo de una familia se encontró que tenía un riesgo significativo de ser un niño con problemas de alimentación. La prevalencia general de problemas de alimentación fue del 26.9%. Los problemas de alimentación fueron de 28.1% en el segundo año de vida y gradualmente disminuyó durante el tercer y cuarto año (26.9% y 19%, respectivamente). La categoría de la ingesta altamente selectiva fue la más frecuente en 15.4%, niño vigoroso con poco interés en la alimentación, niños con apetitos limitados y aquellos con miedo excesivo o irracional a la alimentación fue 6.7%, 4.5% y 0.2%, respectivamente. Los resultados resaltan que las dificultades alimentarias en niños con desarrollo normal son comunes. Durante las consultas sobre problemas de alimentación, los pediatras deben centrarse en familias con un primer hijo, ya que estos tuvieron un mayor riesgo de tener problemas de alimentación, se alimentaban con menos frecuencia, eran menos probables a comer en la mesa en familia, y comían en un tiempo mayor de 30 minutos de duración cuando se compara con niños sin problemas de alimentación. ⁽⁸⁾

Garg et al. Publican un estudio en el año 2015, de tipo prospectivo, transversal, realizado en la India, entre marzo de 2011 y marzo de 2012, con un total de 380 niños, para evaluar la utilidad de la herramienta "Identificación y manejo de dificultades de alimentación (IMFeD)". En la muestra se incluyeron niños de 2-10 años de edad cuyos cuidadores, reportaran al menos dos de las siguientes características: el niño es demasiado selectivo o "exigente"; el niño come demasiado poco; el niño no avanza a alimentos más complejos o el niño sólo come "comida chatarra", siendo excluidos del estudio, niños con sobrepeso, obesidad o niños en riesgo de tener sobrepeso, con condiciones médicas crónicas, o un problema mental o de desarrollo crónico. El pediatra administró el primer componente de la herramienta del IMFeD a el padre / cuidador del niño, se realizó el diagnóstico de las dificultades específicas de alimentación del niño y basado en ello, se ofreció a los padres, consejería conductual y nutricional. Todos los participantes fueron seguidos a los 30 y 60 días después de la intervención, y se observaron los cambios en el comportamiento en la alimentación.

Los resultados mostraron que con la herramienta "IMFeD" los pediatras identifican el "tipo de dificultad de alimentación". La prevalencia del diagnóstico individual de "dificultades de

alimentación" más común fue "falta de apetito en un niño fundamentalmente vigoroso" seguido de "consumo altamente selectivo". Un total de 124 niños (33%) presentó más de una dificultad alimentaria. El estudio también evaluó la aceptación del método IMFeD por los pediatras, el 66% de los pediatras, consideró que la herramienta IMFeD fue muy fácil de aplicar. Al final del estudio, de 60 días utilizando las recomendaciones del método IMFeD, el 65% de los padres estaban menos preocupados o no preocupados por el comportamiento alimentario de su hijo. Al término del estudio, el 51% de los padres creían que sabían lo que debían hacer ante un problema de alimentación y también pudieron aplicar las estrategias recomendadas para mejorar el apetito y comportamiento alimentario. Este estudio piloto muestra que el método IMFeD puede aplicarse por los pediatras en su práctica clínica rutinaria para el diagnóstico de las dificultades de alimentación en los niños de la India y también ofrece orientación nutricional y conductual como parte del manejo de las dificultades de la alimentación.⁽⁹⁾

De Sousa et al. Realizó un estudio en el año 2016, de tipo transversal, en Natal, Rio Grande do Norte, en 4 escuelas municipales y 3 privadas, con un total de 301 niños, en edades comprendidas entre 2 y 6 años de edad, donde las madres fueron invitadas a llenar un cuestionario compuesto de 26 preguntas objetivas y fácilmente comprensibles dividido en bloques: datos sociodemográficos de madre e hijo, comportamiento alimentario actual del niño, y el perfil conductual de la madre antes de alimentar al niño. Se utilizó como instrumento, la clasificación de Kerzner para dificultades en la alimentación propuesta en 2009, basada en características clínicas, ordenados en siete perfiles: 1. Mala interpretación por parte de los padres. 2. Alimentación selectiva (selectividad o comer exigente). 3. Niño muy activo con poco apetito. 4. Fobia al comer. 5. Presencia de enfermedad orgánica. 6. Niño con desorden psicológico o descuidado, siendo excluidos, llanto que interfiere con la alimentación y presencia de enfermedad orgánica. Se evaluó de manera retrospectiva: tiempo de lactancia materna exclusiva, edad de introducción de la leche de vaca y de otros alimentos diferentes a la leche, así como también el estado nutricional, por el índice de masa corporal (IMC). El 25.1% de las madres encuestadas, informaron dificultades en la alimentación de sus hijos. Se identificaron perfiles específicos en 37.2% de niños, evidenciando, alimentación muy selectiva o "exigente" en el 25.4%, niño muy activo con poco apetito en 11.5%, fobia

al comer en 0.3%, interpretación incorrecta por parte de los padres en 2.4% y sin dificultad de alimentación en 59.9% de los niños. ⁽¹⁰⁾

Chieh-Chung Lin et al. En el año 2018 realizaron un estudio prospectivo, observacional y multicéntrico donde participaron niños de 1 a 10 años de edad, de clínicas ambulatorias en seis centros médicos de Taiwán, identificados como niños melindrosos, que tenían poco apetito, poco aumento de peso o pérdida de peso, los objetivos principales fueron evaluar la aceptación y efectividad de la herramienta IMFeD para abordar las dificultades de alimentación en el entorno clínico a partir de las percepciones de los pediatras y padres/cuidadores. Los objetivos secundarios incluyeron la medición del crecimiento de los sujetos evaluados como cambios en la altura y el peso durante el período de estudio y la determinación de las dificultades de alimentación en la población de pacientes. Los datos se recolectaron entre el 20 de febrero de 2012 y el 31 de marzo de 2013, y se siguió a cada participante durante aproximadamente 3 meses. ⁽¹¹⁾

Entre 423 niños que completaron el estudio (235 niños, 188 niñas, 78.8% menores de 5 años, 21.3% entre 6 y 10 años), las dificultades alimentarias más comunes fueron falta de apetito en un niño fundamentalmente vigoroso (85.3%) e ingesta altamente selectiva (70.2%). Los percentiles medios para la talla y el peso fueron de 34.6 ± 25.3 y 20.3 ± 21.3 al momento de la inscripción, y aumentaron en 5.4 y 5.9 ($p < 0.0001$) en la última visita, respectivamente. ⁽¹¹⁾

La mayoría de los cuidadores (86.5%) pensaron que la herramienta IMFeD les ayudó a comprender e identificar mejor las conductas de alimentación exigentes. Los pediatras informaron que la herramienta IMFeD fue efectiva en el 99,3% de los pacientes para el manejo de los niños quisquillosos en la práctica clínica. ⁽¹¹⁾

No sólo se evaluaron las percepciones de los pediatras y los cuidadores, sino también los resultados nutricionales para evaluar la efectividad de la herramienta IMFeD de una manera objetiva. ⁽¹¹⁾

Los resultados revelaron que la herramienta IMFeD fue efectiva para abordar y proporcionar un enfoque sistemático para manejar la dificultad de alimentación en los niños de Taiwan. Es aplicable a la práctica clínica y bien aceptado por pediatras y padres / cuidadores. ⁽¹¹⁾

Colmenarez y Delgado, en el año 2016, utilizaron el método IMFeD modificado para identificar la incidencia de los trastornos de alimentación en lactantes y preescolares, que acudieron a control de niños sanos en la consulta externa del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, Caracas, Venezuela, en el periodo comprendido entre Octubre de 2015 y Junio de 2016 con un total de 103 pacientes, entre lactantes y preescolares, 52 pertenecientes al género masculino y 51 pacientes del género femenino. De la muestra estudiada, el 61,2 % presentó algún tipo de trastorno de alimentación, por lo concluyen que es frecuente la presencia de los mismos en niños considerados sanos. El trastorno de alimentación encontrada con mayor frecuencia fue aversión sensorial con un total de 23 pacientes representando el 36,5% del total. ⁽¹²⁾

García y Torrado, en el año 2017, a través de la herramienta IMFeD y la escala de Graffar de Mendez Castellano establecieron la relación existente entre la lactancia materna exclusiva, el estrato socioeconómico, y la presencia de trastornos de alimentación en los infantes de 1 a 6 años de edad que acudieron a la consulta externa del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, en Caracas, Venezuela, con un total de 100 pacientes, de los cuales un 55% recibió lactancia materna exclusiva, la mayor parte de los pacientes pertenecen a estratos socioeconómicos medios y bajos con 23.6% y 47.3% respectivamente y de la muestra estudiada que recibió lactancia materna exclusiva, el 64% presenta trastorno de alimentación en la infancia, siendo el más común ingesta selectiva, representando el 20% del total. Concluye que la lactancia materna exclusiva no constituye un factor preventivo determinante, ni el estrato socioeconómico se considera un factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de alimentación en la infancia. ⁽¹³⁾

Marco Teórico

El método IMFeD, es una herramienta, que permite detectar y combatir problemas de alimentación en niños. Su nombre deriva de las siglas en inglés: Identification and Management of Feeding Difficulties, presenta un enfoque integral y multidisciplinario, combinando elementos de psiquiatría, psicología, nutrición y pediatría.

Lo novedoso del método es que, a diferencia de lo tradicional, Kerzner, trata a todo tipo de niños, sin importar si su mala alimentación compromete o no el peso y la talla. Incluye a aquellos niños con apetito deficiente, ansiosos, muy selectivos o con miedo a alimentarse sin que necesariamente estén malnutridos y trabaja en conjunto con los padres dando herramientas para solucionar las dificultades.

La herramienta IMFeD, se basa en clasificaciones desarrolladas por la Dra. Irene Chatoor y su colega el Dr. Benny Kerzner, las clasificaciones categorizan las dificultades de alimentación y proporcionan un enfoque práctico para su investigación: niños con escaso apetito por causas orgánicas; niños con escaso apetito debido a la percepción errónea de los padres; niños con falta de apetito que son vigorosos; niños con falta de apetito en un niño apático o retraído; niños que presentan comportamientos alimentarios altamente selectivos; bebés con cólico que interfiere con la alimentación; niños con temor a la alimentación. ⁽³⁾

El programa también ayuda a delinear enfoques adaptados a la gestión de las dificultades de alimentación y a contribuir a la educación de los padres / cuidadores, sobre cómo manejar las dificultades alimentarias del niño. ⁽³⁾

El método IMFeD consta de dos partes, un cuestionario para los padres y una caja de herramientas para los médicos para facilitar el diagnóstico y la educación a los padres. ⁽⁵⁾

La primera parte de la herramienta IMFeD involucra a los padres, que completan un cuestionario en la sala de espera antes de la consulta pediátrica. La información reportada ayuda a los médicos a identificar a los padres que perciben una dificultad de alimentación en su hijo. ⁽⁵⁾

La primera página del cuestionario consta de síntomas y declaraciones que describen el comportamiento de alimentación del niño. En primer lugar se abordan las cuestiones de la enfermedad orgánica subyacente - "bandera roja," comportamientos de alimentación - que permiten a los médicos descartar la patología orgánica. Si los indicadores de la bandera roja han sido marcados, el médico puede investigar la patología orgánica y tratar adecuadamente. (5)

Los siguientes temas, son breves descripciones de las características para identificar otros tipos de dificultades de alimentación. Sin embargo, el propósito de IMFeD no es restringir a un médico a un cierto diagnóstico sino alertar a los médicos de la preocupación de los padres y de dónde puede estar la dificultad de alimentación del niño. Además de la patología orgánica, un niño puede tener una dificultad alimenticia: el diagnóstico dual no es nada raro. El cuestionario está destinado a iniciar una discusión entre los padres y los médicos y proporcionar una visión para los padres acerca de la conducta de alimentación de su hijo. (5)

La última página del cuestionario obtiene información básica sobre la altura de ambos padres, la edad gestacional del niño al nacer, la historia de retraso en la pubertad o crecimiento lento de los padres y la información sobre la dieta del niño. También provee al médico para registrar la información básica sobre la talla y el peso del niño, peso por edad, altura para la edad, percentiles de peso y talla (o índice de masa corporal), altura proyectada a los 20 años y los cálculos de altura media-parental. La información proporcionada puede ayudar al médico con la confirmación del diagnóstico con respecto a la predisposición genética, la adecuación de la dieta del niño y si el niño está cumpliendo con las expectativas de crecimiento. (5)

La segunda parte del programa, el kit de herramientas del IMFeD, incluye marcos diagnósticos en los cuales los médicos insertan los cuestionarios completados por los padres. Los marcos permiten al médico comparar los síntomas reportados por los padres con los correspondientes diagnósticos potenciales, haciendo aparente el diagnóstico preliminar pertinente. El kit de herramientas del IMFeD también proporciona pautas preliminares individualizadas con valiosa información relevante para los cuatro diagnósticos siguientes:

consumo altamente selectivo; Falta de apetito que es una percepción errónea de los padres; Falta de apetito en un niño que es fundamentalmente vigoroso; Y el miedo de la alimentación.⁽⁵⁾

En algunos casos, los padres pueden percibir erróneamente el comportamiento alimentario de un niño. En estos casos, la herramienta antes mencionada permite a un médico evaluar el comportamiento de alimentación del niño y asegurar al padre que el niño está creciendo bien. Además, el médico puede proporcionar orientación sobre la futura interacción entre padres e hijos.⁽⁵⁾

El programa IMFeD representa un enfoque sistemático para la investigación de las dificultades de alimentación en los niños, ayudando a los médicos a reconocer los informes de los padres de las dificultades de alimentación, así como las preocupaciones sobre la alimentación.⁽⁵⁾

En 2015 Kerzner et al, publicaron una investigación clínica, un enfoque práctico, para clasificar las dificultades alimentarias en niños pequeños, abordar el comportamiento del niño y la técnica de alimentación de los padres, motivado a que en su consulta pediátrica los padres o cuidadores manifiestan preocupación por la alimentación del niño, más del 50% de las madres afirmaron que al menos uno de sus hijos comía deficientemente; esto implica, entre un 20% a 30% de los niños. Estos problemas de alimentación percibidos abarcan un amplio rango, de leves (alimentación exigente o quisquillosa) a graves (como los vistos en el autismo).⁽³⁾

Los niños son clasificados en base a las preocupaciones expresadas por los padres sobre su alimentación / conducta alimentaria: niños con apetito limitado, niños que comen un número restringido de alimentos (ingesta selectiva), o niños que manifiestan miedo de comer.⁽³⁾

Los autores coinciden en que las dificultades de alimentación deben conceptualizarse como un trastorno relacional entre el alimentador y el niño y que por lo tanto los estilos de alimentación de los cuidadores del niño deben ser incorporados en el manejo de estos problemas.⁽³⁾

El método IMFeD presenta una amplia clasificación que reconoce las cuestiones mencionadas y detalla una secuencia sistemática de cribado y manejo para permitir al pediatra distinguir las características claves de cada dificultad en la alimentación y luego proporcionar un manejo adecuado de la misma. ⁽³⁾

Dado que la alimentación es una transacción influenciada tanto por el comportamiento del niño como por la técnica de alimentación de los padres, los autores también incluyen los 4 estilos de alimentación fundamentales que tienen el potencial de afectar positiva o negativamente cada problema alimentario. ⁽³⁾

Las acciones de los padres alteran la conducta alimentaria de un niño. La consideración de la influencia de los estilos de alimentación de los cuidadores es, por lo tanto, una parte esencial del manejo. Las prácticas de alimentación de los padres se basan en 4 estilos de alimentación y crianza bien establecidos. Estos estilos están influenciados por las normas culturales, la preocupación de los padres y las características del niño. ⁽³⁾

Los alimentadores sensibles siguen el concepto de la división de la responsabilidad; el padre determina dónde, cuándo, y lo que come el niño; el niño determina cuánto come. Los alimentadores sensibles guían al niño a comer en lugar de controlarlo. Fijan límites y modelos apropiados para comer, hablan positivamente acerca de la comida, y responden a las señales de alimentación del niño. ⁽³⁾

Un alimentador sensible organiza un esquema para inducir el apetito o recompensar el logro de los objetivos, pero no recurre a técnicas de coacción desagradables. Este estilo de alimentación ha dado lugar a que los niños coman más frutas, verduras, y productos lácteos y menos "comida chatarra", lo que resulta en un menor riesgo de sobrepeso posterior. ⁽³⁾

Los alimentadores controladores son frecuentes; aproximadamente la mitad de todas las madres y una mayor proporción de los padres emplean estos métodos. Estos cuidadores ignoran las señales de hambre del niño y pueden usar la fuerza, el castigo o recompensas inapropiadas para coaccionar al niño a comer. Estas prácticas parecen inicialmente efectivas,

pero se vuelven contraproducentes, resultando en un pobre ajuste de la ingesta de energía, en un menor consumo de frutas y verduras, y en un mayor riesgo de sobrepeso o bajo peso. ⁽³⁾

Los alimentadores indulgentes satisfacen al niño, ellos tienden a alimentar al niño cuando y lo que demanda, frecuentemente preparando comidas especiales o variadas. Este alimentador siente que es imprescindible cumplir con todo lo que el niño necesita, pero al hacerlo ignora las señales de hambre del mismo y no establece límites. Las consecuencias de estas prácticas de alimentación incluyen un menor consumo de alimentos adecuados (por ejemplo, leche) que contienen importantes nutrientes y un consumo desproporcionado de productos ricos en grasas, aumentando el riesgo de sobrepeso posterior. ⁽³⁾

Los alimentadores negligentes abandonan la responsabilidad de alimentar al niño y pueden dejar de ofrecer alimentos o poner límites. Cuando alimentan a sus bebés, pueden evitar el contacto visual y parecer desinteresados. A menudo dejan que los niños más grandes se valgan por sí mismos. ⁽³⁾

Los padres negligentes ignoran las señales de hambre del niño y otras necesidades físicas y emocionales. Ellos pueden tener problemas emocionales, alteraciones del desarrollo, depresión, u otras condiciones que hacen que sea difícil alimentar a sus hijos efectivamente. La negligencia puede ser lo suficientemente grave como para dar lugar a falla de medro. En al menos un estudio de niños de más edad, se asoció un mayor riesgo de obesidad con estas prácticas de alimentación. ⁽³⁾

Los pediatras pueden diferenciar fácilmente los estilos de alimentación haciendo 3 preguntas: ¿Cuán ansioso está usted acerca de la alimentación de su hijo?, ¿Cómo describiría usted lo que sucede durante alguna comida?, ¿Qué hace usted cuando su niño no quiere comer?. Las respuestas de los padres negligentes serán vagas; los padres controladores describirán que presionan/fuerzan a sus hijos a comer. Los padres indulgentes describirán que suplican, ruegan, y preparan alimentos especiales. Otra forma de evaluar las interacciones a la hora de la comida es tener filmaciones de ese momento, algo que se logra fácilmente en la actualidad con los teléfonos inteligentes. ⁽³⁾

Los padres requieren de directrices para prevenir y/o resolver dificultades en la alimentación, ya sean leves o graves. Por lo tanto, los profesionales de la salud necesitan un enfoque sistemático para la evaluación y el manejo de las dificultades en la alimentación en el ámbito de la atención primaria, donde los padres buscan ayuda primero. ⁽³⁾

Esta clasificación permite al profesional adaptar la terapia específicamente al problema, y abordar tanto el comportamiento del niño como las prácticas de alimentación de los padres. Las condiciones leves deben resolverse dentro del ámbito del consultorio. ⁽³⁾

Las dificultades de alimentación graves o los trastornos de la alimentación pueden requerir de especialistas para resolver el problema. Una clasificación apropiada facilita derivaciones más específicas a especialistas o equipos multidisciplinarios. ⁽³⁾

Aunque la clasificación propuesta hace que el tratamiento sea más manejable para los pediatras, mantiene algunas limitaciones. Las 3 categorías de dificultades en la alimentación son compatibles con la literatura. Sin embargo, los subgrupos dentro de cada categoría, aunque útiles para destacar diferencias sutiles importantes en el manejo, caen en un continuo sin divisiones bien definidas. Además, los niños pueden tener más de una dificultad para alimentarse, y más de una condición médica, lo que complica el manejo. ⁽³⁾

El cuidador al salir del consultorio del pediatra debe poder comprender si la dificultad en la alimentación es un problema de apetito limitado, selectividad, miedo a la alimentación, o una combinación de ellos. ⁽³⁾

El pediatra debe proporcionar material complementario de los diversos recursos como libros, artículos y sitios web, que proporcionan directrices sobre orientación anticipatoria, interacciones apropiadas al momento de la comida, pautas nutricionales, y otras herramientas. Las directrices específicas para la hora de la comida, las prácticas de alimentación y el establecimiento de límites deben ser claros y basados en el estilo de alimentación parental. Los cuidadores también deberían tener la confianza para llevar a cabo una intervención adecuada, entender los riesgos de la alimentación coercitiva, y tener expectativas razonables de los objetivos y resultados ⁽³⁾

El método IMFeD surge como una necesidad de simplificar la clasificación realizada, en el año 2007 por la Dra. Irene Chatoor (psiquiatra infantil, experta en trastornos de alimentación donde proporciona criterios diagnósticos operacionales para seis subtipos de trastornos de la alimentación del lactante y niños pequeños, a saber: ⁽⁷⁾

1. Trastorno de la regulación de ciclos básicos

Tiene su inicio durante los primeros meses de vida, dificultad para mantener calma o alerta en períodos en que es alimentado, falla para ganar peso, interfiriendo con la alimentación.

⁽¹⁴⁾

Criterios diagnósticos

- a. Las dificultades de la alimentación del lactante comienzan en los primeros meses de vida y estar presentes al menos 2 semanas.
- b. El lactante tiene dificultades para alcanzar y mantener un estado de calma con la atención necesaria para la alimentación encontrándose demasiado somnoliento o agitado para comer.
- c. Las dificultades no se explican por una enfermedad física.⁽¹⁴⁾

2. Trastornos de la alimentación relacionada a la reciprocidad entre el cuidador y el lactante

Usualmente se presenta durante el primer año de vida. Falla de medro. Carencia de contacto visual o sonrisa con sus padres durante la alimentación. Se caracteriza por falta de interacción entre madre e hijo, que lleva al lactante a una ingestión inadecuada del alimento y un retraso del crecimiento. Puede presentarse como una falta no dramática del placer y el sentimiento de amor primario, facilidad de manejo y el afecto. En muchos casos, el sistema de apoyo psicosocial de la díada madre-hijo ha desaparecido y no hay una red de compensación está disponible. ⁽¹⁵⁾

Criterios diagnósticos

- a. Aparece en el primer año de vida, como hallazgo médico cuando es llevado a consulta por una patología orgánica el médico observa que el lactante está desnutrido.
- b. El lactante muestra una falta de señales de reciprocidad social apropiadas para su desarrollo (contacto visual, sonrisa o balbuceo) con el cuidador primario durante la alimentación.
- c. El cuidador primario a menudo no es consciente o niega los problemas de la alimentación y del crecimiento del lactante.
- d. La deficiencia del crecimiento y la falta de capacidad para relacionarse no se deben únicamente a un trastorno físico o un trastorno generalizado del desarrollo.

(15)

3. Anorexia infantil

Usualmente se presenta en niños entre 6 meses y 3 años de edad que rechaza comer cantidades adecuadas, frecuentemente durante la transición hacia alimentación independiente, con desbordante energía, no tiene percepción de hambre. ⁽¹⁵⁾

Se caracteriza por la negativa del niño a comer cantidades adecuadas de alimentos. El niño con anorexia infantil raramente, comunica el hambre, carece de interés en la comida y muestra deficiencia de crecimiento, el rechazo de la comida no sigue un evento traumático y no es debido a una enfermedad médica subyacente. El inicio de la negativa de alimentación se produce durante la transición de la alimentación con la cuchara y la auto-alimentación.

(16)

Criterios diagnósticos

- a. Rechazo del lactante o niño pequeño a ingerir cantidades adecuadas de alimento durante al menos un mes.
- b. El rechazo del alimento comienza durante la transición a la alimentación con cuchara y la autolimitación, por lo general entre los 6 meses y 3 años de edad.

- c. El lactante o preescolar no suele dar señales de que siente hambre, carece de interés en los alimentos y la alimentación y prefiere jugar, explorar o hablar a comer.
- d. El lactante o preescolar muestra un retraso grave del crecimiento (malnutrición aguda, crónica, o ambas o el peso corporal de niño se desvía y se mantiene dentro de dos percentiles principales inferiores durante un periodo de 2 a 6 meses.
- e. El rechazo del alimento no se debe a un episodio traumático en la orofaringe o el tubo digestivo.
- f. El rechazo del alimento no se debe a una condición médica subyacente.

4. Aversiones sensoriales alimentarias.

Los niños con aversiones alimentarias sensoriales por lo general se vuelven sintomáticos alrededor 6-12 meses de edad, cuando son introducidos a una variedad de alimentos y pueden reaccionar ante el nuevo sabor o la textura de alimentos a través de muecas, escupiendo la comida, o náuseas y vómitos. Si la reacción es aversiva y el niño es sólo presenta leves muecas, este puede aceptar la comida de nuevo y, a veces tolerarla en exposiciones repetidas. Sin embargo, algunos bebés se vuelven muy angustiados si el padre ofrece la comida aversiva nuevo, sobre todo si la comida provocó náuseas o vómitos.

Parecen generalizar su rechazo a un alimento, a otros alimentos que pueden tener el mismo color o consistencia, y así comenzar a rechazar todo grupos de alimentos, tales como purés, alimentos para bebés grumosos o verduras verdes.⁽¹⁷⁾

Criterios diagnósticos.

- a. Se caracteriza por el bebé o el niño de constante presenta negativa a comer alimentos con determinados sabores, texturas, temperaturas, o los olores durante al menos un mes.
- b. El inicio del rechazo del alimento se produce durante la introducción de un nuevo o Diferentes tipos de alimentos que es aversivo.
- c. Las reacciones del niño a los alimentos aversivos variar desde muecas o escupiendo la alimentos a náuseas y vómitos. después de una reacción aversiva, el niño no quiere seguir comiendo la comida y con frecuencia

generaliza y se niega con otros alimentos color similar, el aspecto o el olor. En consecuencia, el niño puede rechazar todo grupos de alimentos.

- d. El niño es reacio a probar desconocida nuevos alimentos, pero come sin dificultad preferido cuando los alimentos ofrecidos.
- e. Sin suplementario, el niño presenta deficiencias nutricionales específicas (vitaminas, hierro, zinc, o proteína), pero no suele manifestarse un retraso oral-motor y del lenguaje expresivo, o cuando el cuadro se inicia durante el periodo preescolar, el niño siente ansiedad a la hora de comer y evitar situaciones que implican la ingestión de alimentos.
- f. Rechazo de alimentos no se debe a un evento traumático a la orofaringe.
- g. La negativa a comer alimentos específicos no está relacionado a alergias a los alimentos o cualquier otra enfermedad médica.

5. Trastornos de la alimentación de origen postraumáticos

Se caracteriza por un rechazo al alimento, que se manifiesta como consecuencia de una experiencia traumática relacionada con el tracto orofaríngeo o gastrointestinal, y se inicia cualquier edad. ⁽¹⁴⁾

Para algunos bebés, rechazo del alimento se limita a un específico modo de alimentación. Algunos niños pueden negarse a beber de la botella después de haber experimentado vómitos en asociación a ello, pero pueden aceptar los alimentos ofrecido con la cuchara. Otros niños pueden rechazar todo alimento sólido después de haberse ahogado con algo de comida sólida. ⁽⁷⁾

Criterios diagnósticos.

- a. Inicio agudo del rechazo grave y constante del alimento.
- b. El inicio del rechazo del alimento puede tener lugar a cualquier edad, desde la lactancia hasta la edad adulta.
- c. El rechazo del alimento es posterior a un episodio traumático o a una serie de episodios traumáticos repetidos en la orofaringe o el tubo digestivo que precipitan una angustia intensa en el niño.

- d. El rechazo constante a la ingestión de los alimentos se manifiesta en una de las maneras siguientes, según la modalidad de alimentación experimentada por el niño en asociación con el o los incidentes traumáticos, bien sea la alimentación con biberón o la alimentación con comida sólida:

Se rehúsa a beber del biberón, pero puede aceptar el alimento que se le ofrece con una cuchara.

Rechaza los alimentos sólidos, pero puede aceptar el biberón, los líquidos o las papillas.

Rehúsa cualquier forma de alimentación oral

- e. Los recuerdos de el o los incidentes traumáticos causan angustia que se manifiesta de una o más de las formas que siguen:

Muestra angustia anticipatoria cuando se le coloca en posición para comer

Muestra resistencia intensa cuando se le acerca el biberón o el alimento

Muestra resistencia a la deglución del alimento introducido en su boca.

- f. El rechazo al alimento constituye una amenaza a corto o largo plazo para la salud del niño, su nutrición, y su crecimiento, además de que también amenaza su progreso en el desarrollo de los mecanismos de la ingestión apropiados para la edad.

6. Trastornos de la alimentación relacionado con una condición médica concomitante
Existe una condición médica concurrente que explica el rechazo alimentario. ⁽¹⁸⁾

Crterios diagnósticos

- a. Este trastorno de la alimentación se caracteriza por el rechazo del alimento y la ingestión inadecuada de los alimentos al menos por 2 semanas.
- b. El inicio del rechazo del alimento puede aparecer a cualquier edad del niño y aumentar o disminuir en intensidad, dependiendo de la condición médica subyacente.
- c. El lactante o niño en edad preescolar inicia fácilmente la ingestión del alimento, pero muestra aflicción a lo largo de la misma y se rehúsa a continuar con la alimentación.

- d. El lactante o niño en edad preescolar padece una condición médica concomitante que se supone es la causa de la aflicción.
- e. El lactante o niño en edad preescolar no gana el peso adecuado o incluso puede perder peso.
- f. El tratamiento médico mejora los problemas con la alimentación, pero no los alivia por completo.

Esta clasificación, aunque es muy didáctica para el pediatra, involucra la anorexia infantil como problema de la autolimitación, lo que podría entrever en los padres latinos una percepción desviada del concepto, generando un rechazo al profesional de la salud que le ha diagnosticado una anorexia, interpretándola como se hace en el adolescente. Esto motivó al Dr. Kerzner y a la Dra. Chatoor a modificar la clasificación haciéndola un poco más ajustada a la realidad de los pacientes e interpretación de los padres y de los mismos médicos, y, a través del método IMFeD (identificación y manejo de dificultades alimentarias en los niños), recomendar la nueva clasificación para ayuda de todos los profesionales de la salud, en especial los pediatras. ⁽¹⁵⁾

El método IMFeD permite:

Conocer los reportes de los padres sobre las dificultades en la alimentación de sus hijos y la preocupación de los mismos al respecto.

Investigar el problema y tratar la patología orgánica subyacente cuando esté presente.

Identificar el tipo específico de dificultad en la alimentación.

Manejar cada paciente utilizando un enfoque adaptado a las distintas necesidades en función del tipo de dificultad en la alimentación.

Clasificación de Kerzner para determinar dificultades en la alimentación.

1. Niño con ingesta altamente selectiva

El niño rechaza constantemente alimentos específicos debido a su olor, textura, sabor, temperatura, y/o aspecto.

El niño puede encontrarse ansioso si se le obliga a comer alimentos que le generen aversión.

Con frecuencia otras aversiones sensoriales están presentes.

2. Niño normal con poco apetito por concepto erróneo de sus padres:

El niño es referido con poco apetito cuando en realidad este es adecuado para su crecimiento y necesidades nutricionales.

El crecimiento del niño es acorde al potencial genético en talla de sus padres.

La excesiva preocupación de los padres puede conducir a métodos de alimentación coercitivos que pueden afectar adversamente al niño.

3. Niño vigoroso con poco interés en la alimentación:

El niño es alerta y activo pero rara vez demuestra señales de hambre o interés en la alimentación.

El niño muestra más interés en jugar e interactuar con personas que le son familiares que en comer.

El niño ingiere uno o dos bocados y termina de comer, se distrae fácilmente y puede ser difícil mantenerlo en la silla de comer o la mesa.

4. Temor a la alimentación.

El niño muestra temor ante la perspectiva de ser alimentado. Puede llorar al ver los alimentos o el biberón o resistirse a ser alimentado.

Puede ocurrir en un niño que ha sufrido una experiencia desagradable al comer o en un niño que ha sido alimentado por sonda.

5. Niño con poco apetito debido a enfermedad orgánica.

Niño con poco apetito o rechazo al alimento como consecuencia de una enfermedad orgánica.

El instrumento IMFeD permite identificar a muchos de estos niños sin embargo es necesario un alto índice de sospecha para identificar condiciones que pueden a veces presentarse con signos y síntomas sutiles.

6. Niño deprimido/apático con poco interés en la alimentación

Niño con poco apetito que parece retraído y deprimido.

Comunicación verbal y no verbal limitada entre el niño y su cuidador.

Puede haber negligencia del cuidador.

Objetivo general:

Evaluar el conocimiento de los residentes de pediatría Y puericultura, que cursan en las diferentes sedes de postgrado de la Universidad Central de Venezuela, sobre el método de IMFeD, en el abordaje diagnóstico de las dificultades de alimentación durante el periodo comprendido desde Enero de 2018 hasta diciembre de 2018

Objetivos específicos:

- Mostrar el conocimiento de los residentes de postgrado de pediatría y puericultura, sobre el método IMFeD, según el año que cursan.
- Evaluar la percepción de los residentes de pediatría y puericultura sobre la utilidad del método IMFeD, para el abordaje de las dificultades de la alimentación.
- Determinar la aceptación del método IMFeD, por los residentes de postgrado de pediatría y puericultura, para el diagnóstico de las dificultades de la alimentación.
- Identificar la percepción de los residentes de postgrado de pediatría y puericultura sobre la importancia del diagnóstico de las dificultades de la alimentación.

Aspectos éticos.

El Estudio se llevó a cabo cumpliendo con los requerimientos de ética según la declaración de Helsinki donde se garantizará el principio básico de respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado). Todas las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones. La investigación se realizó con el conocimiento del campo.

Previa a la recolección de los datos se solicitó la firma del consentimiento informado de los residentes de postgrado de pediatría y puericultura de la Universidad Central de Venezuela.

MÉTODOS

Tipo de estudio.

Estudio descriptivo y de cohorte transversal.

Población y muestra.

La muestra estuvo conformada por 121 residentes de postgrado de la especialidad de pediatría y puericultura de las sedes de la Universidad Central de Venezuela cursantes del primer, segundo y tercer año, desde enero de 2018 hasta diciembre de 2018.

Criterios de inclusión.

Todos los residentes de postgrado de pediatría y puericultura de la Universidad Central de Venezuela.

Criterios de exclusión.

Residentes de pediatría y puericultura que se nieguen a participar en la investigación.

Procedimiento.

Para la fase de recolección de la información, se utilizó un solo instrumento para todas las variables, una hoja de recolección de datos, donde se realizaron 10 preguntas cerradas y se aplicó a todos los residentes de postgrado de pediatría y puericultura de la Universidad Central de Venezuela en sus diferentes sedes hospitalarias. Previo a la aplicación del cuestionario anónimo se les explico a cada residente el objetivo de la investigación y se le entregó consentimiento informado, el cual fue firmado antes de proceder a responder el cuestionario.

Método estadístico

Los datos recolectados en la investigación fueron procesados en paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para Windows Versión 18.0 y se empleó cuadros y gráficos pertinentes; además el análisis se basó en medidas de frecuencia relativa (porcentaje) y medidas de tendencia central (promedio). Esta recolección de datos permitió dar respuesta a cada objetivo planteado para dar continuidad a este estudio.

Variables.

Cualitativas:

Año que cursa el residente.

Conocimiento de existencia del método IMFeD.

Aplicación el cuestionario IMFeD.

Utilidad del cuestionario (IMFeD).

Operacionalización de variables.

VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	SUB INDICADOR
Residente de postgrado de pediatría y puericultura	Clínica	Cuantitativa Ordinal	Año que cursa el residente	1 ^{er} año. 2 ^{do} año. 3 ^{er} año.
		Cualitativa Dicotómica	Respuesta al cuestionario.	Conoce Desconoce
Aplicación del método IMFeD	Clínica	Cualitativa Dicotómica	Método IMFeD	Lo aplica No lo aplica
Utilidad del Método IMFeD	Clínica	Cualitativa Dicotómica	Útil No útil	
Identificación de trastornos de la conducta alimentaria	Clínica	Cualitativa Dicotómica	Identifica No identifica	

RESULTADOS

Se evaluaron 121 residentes de postgrado de la especialidad de pediatría y puericultura de las sedes de la Universidad Central de Venezuela. El porcentaje de participación en el estudio según distribución por escolaridad, fueron: residentes de primer año 24,0% (n 29), segundo año 28,9% (n 35) y tercer año 47,1% (n 57). (Tabla 1)

En cuanto al conocimiento de la existencia del método IMFeD, respondió de manera afirmativa, 29,8% (n 36) y no 70,2% (n 85) de los casos. En cuanto a las respuestas a esta misma pregunta, por año de escolaridad, con diferencia estadística significativa ($p = 0,026$), los residentes del 3er año, obtuvieron la proporción más altas de respuestas afirmativas: 52,8% (n 19) que descendió a 38,9% (n 14) en residentes de 2do año y a 8,3% (n 3) en aquellos que cursaban el 1er año de postgrado. (Tabla 2).

En la muestra estudiada el 18,2% (n 22) ha recibido formación académica acerca del método IMFeD y según la distribución por año de escolaridad, sin diferencia estadística ($p=0,014$) siendo los residentes de 3er año quienes respondieron de manera afirmativa: 63,6% (n 14), 36,4% (n 8) los residente de 2do año y los residentes de primer año responden no haber recibido clases referentes al método IMFeD. (Tabla 3)

En cuanto a la percepción de los residentes sobre la utilidad del método, solo aplicó a aquellos casos donde respondieron afirmativamente que tenían conocimiento de la existencia del método IMFeD. De esos 36 residentes que respondieron afirmativamente a dicha pregunta, 66,2% (n 24) consideraron útil la herramienta, al analizar cambios entre años de escolaridad, cursantes del 3er año respondieron de manera afirmativa, 14 (58,3%), en menor proporción lo hicieron los de 2do año, 9 (37,5%) y 1er año 1 (4,2%) ($p = 0,766$). (Tabla 4)

Respecto a la percepción de los residentes acerca si el método IMFeD es una herramienta fácil y sencilla de ser aplicada por el pediatra, se aplicó en 36 sujetos que respondieron de manera afirmativa que tenían conocimiento de la existencia del método IMFeD, de los cuales el 88,9% (n 32) respondió de manera afirmativa. Y según año de escolaridad, no presentan diferencia estadística en la distribución de respuestas afirmativas ($p = 0,160$). (Tabla 5)

Y, por último, con relación a la percepción de los residentes de postgrado de pediatría y puericultura sobre la importancia del diagnóstico de las dificultades de la alimentación, el 100,0% (n 36) respondió de manera afirmativa que el método IMFeD debe formar parte del contenido programado en su formación académica. (Tabla 6)

DISCUSION

De acuerdo a lo estudiado estadísticamente en este trabajo, en base a la distribución según el año de postgrado, se evidenció que el 32,4% de los residentes de Pediatría y Puericultura de la Universidad Central de Venezuela conoce la existencia del método IMFeD, predominando en los que cursan tercer año. Sin embargo no se ha registrado ningún estudio nacional o internacional que evalué el conocimiento que tenga el personal de salud acerca de la existencia de esta herramienta

En cuanto a la evaluación de la percepción de los residentes sobre la utilidad del método IMFeD, en esta investigación, el 87,9% de quienes lo conocen respondió que el método IMFeD era una herramienta sencilla y fácil de ser aplicada y que puede ayudar a diagnosticar y manejar las dificultades en la alimentación infantil, resultado que fue ampliamente superior a lo reportado por Garg⁽⁸⁾, cuya proporción de respuesta fue 65,5%. En este mismo estudio, se evaluaron aspectos relacionados al tiempo requerido por el médico completar el cuestionario, que fue un aspecto no contemplado en nuestra investigación.

En cuanto a lo expuesto por Chieh-Chung Lin⁽¹³⁾, 86,5% consideró útil la aplicación del IMFeD, que fue similar a lo expuesto en este trabajo. En ambos casos, los resultados revelaron que la herramienta IMFeD fue efectiva para abordar y proporcionar un enfoque sistemático para manejar las dificultades alimentarias en los niños.

Con respecto a la aceptación del método IMFeD, para el diagnóstico de las dificultades de la alimentación, la totalidad de los encuestados tiene buena aceptación de la herramienta, como también lo destaca el estudio realizado por Chieh-Chung Lin⁽¹³⁾ que reporta que quienes aplicaron la herramienta IMFeD pudieron comprender e identificar mejor las conductas de alimentación exigentes.

Se registró en este estudio en relación a la percepción sobre la importancia del diagnóstico de las dificultades de la alimentación, que la mayoría de los residentes de pediatría y puericultura de la Universidad Central de Venezuela considera que la herramienta IMFeD debe ser incluida en el postgrado como parte de su formación académica, no obstante no se ha registrado ningún estudio que evalué la percepción del personal de salud sobre la

importancia del diagnóstico de las dificultades de la alimentación y su inclusión en el contenido programático del postgrado de pediatría y puericultura.

Conclusiones.

Hay un desconocimiento acerca de la existencia del método IMFeD en los residentes de postgrado de pediatría y puericultura de la Universidad Central de Venezuela.

De la muestra estudiada que conocía el método IMFeD, la mayor proporción de residentes consideró que es una herramienta útil para el abordaje de las dificultades de la alimentación en el niño.

La aceptación del método IMFeD para el diagnóstico de las dificultades de la alimentación, en los residentes de postgrado de pediatría y puericultura de la Universidad Central de Venezuela fue considerada positiva en su totalidad en quienes tienen conocimiento de la herramienta, y considera que debe ser incluida dentro del plan de estudio como parte de la formación académica del postgrado.

A pesar del desconocimiento del método IMFeD en los residentes de postgrado de pediatría y puericultura de la Universidad Central de Venezuela, la mayoría de los residentes conoce las dificultades de alimentación infantil, ya que constituye un motivo de consulta frecuente.

Recomendaciones.

Deben realizarse más investigaciones acerca del método IMFeD, e implementarse su aplicación en la consulta de Pediatría y Puericultura, ya que es una herramienta sencilla, fácil de usar y efectiva para identificar y comprender mejor las conductas de alimentación exigentes, permitiendo abordar y proporcionar un enfoque sistemático para manejar la dificultad de alimentación en la población pediátrica.

REFERENCIAS

1. Gómez L. Conducta alimentaria, hábitos alimentarios y puericultura de la alimentación. *Precop SCP* 2004; 7(4): 38-48.
2. Moreno J, Galiano. El desarrollo de los hábitos alimentarios en el lactante y el niño pequeño. Madrid. 2006; 8 supl 1:81 125
3. Kerzner B, Milano K, MacLean W, Berall G, Stuart S, Irene Chatoor I. A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics* 2015;135(2): 1-12.
4. Wright C, Parkinson K, Shipton D, Drewett R. How do toddler eating problems relate to their eating behavior, food preferences, and growth? *Pediatrics* 2007; 120: 69-75.
5. Kerzner B. Clinical investigation of feeding difficulties in young children: a practical approach. *ClinPediatr.*2009;48:960-965.
6. Shim JE, Kim J, Mathai RA. Strong Kids Research Team. Associations of infant feeding practices and picky eating behaviors of preschool children. *J Am Diet Assoc* 2011; 111(9): 1363–1368.
7. Chatoor I. Sensory Food Aversions in Infants and Toddlers. *Zero to Three.* 2009; 44-49p.
8. Benjasuwantep, B, Chaithirayanon S, Eiamudomkan M. Feeding problems in healthy young children: prevalence, related factors and feeding practices. *PediatricReports*2013; 10(5): 38-42
9. Garg P, Williams J, Satyavrat V. A pilot study to assess the utility and perceived effectiveness of a tool for diagnosing feeding difficulties in children. *Garget al. Asia PacFamMed.* 2015; 14(7): 1-8

10. De Sousa H, Cunha R, Teixeira D, Figueredo M, Ávila N. Feeding difficulties in preschool children, previous feeding practices, and nutritional status. *Rev Paul Pediatr.* 2018;36(1):45-51
11. Chieh-Chung Lin, Yen-Hsuan Ni, Lung-Huang Lin, Beng-Huat Lau, Hsun-Chin Chao, Hung-Chang Lee. Effectiveness of the IMFeD tool for the Identification and Management of Feeding Difficulties in Taiwanese children. *TaiwanPediatricAssociation (TPA).* 2018.
12. Colmenarez L, Delgado M,. Trastornos de la alimentación en lactantes y preescolares [master'sthesis]. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2016. 68 p.
13. Garcia J, Torrado R, lactancia materna exclusiva y trastornos de alimentación en la infancia. [master'sthesis]. Caracas. Universidad Central de Venezuela; 2017. 46 p.
14. Bravo P, Hodgson M. Trastornos alimentarios del lactante y preescolar. *RevChilPediatr* 2011; 82(2): 87-92
15. Dunitz M, Scheer, P. Infant mental health and feeding disorders from a pediatric perspective. *International perspectives on children and mental health. Prevention and Treatment.* 2011; (2) 103-124
16. Ammaniti M, Lucarelli L, Cimino S, D'Olimpio F, Chatoor I. Maternal Psychopathology and Child Risk Factors in Infantile Anorexia. *Int J EatDisord* 2010; 43(3):233–24
17. Almenara C. trastorno de la alimentación en la infancia. *Redalyc.* 2005; (8): 187-201
18. Ortiz H, Nueva clasificación de los desórdenes alimentarios. *CCAP.* 2011; 10(4): 44-58

ANEXOS

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
HOSPITAL “DR. MIGUEL PEREZ CARREÑO”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ C.I: _____

Autorizo a que se me realice una encuesta anónima para determinar mi conocimiento acerca de la identificación y manejo de las dificultades alimentarias (IMFeD).

Firma del residente _____

Ciudad y fecha: _____

Autoras del trabajo especial de grado: conocimiento de los residentes de pediatría y puericultura sobre el método IMFeD:

Dra. Marilyn Torcat Firma: _____

Dra. Nathaly Yéspica. Firma: _____

FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
HOSPITAL “DR. MIGUEL PEREZ CARREÑO”

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ENCUESTA

Fecha:

Ciudad:

Año de postgrado que cursa:

1. ¿Conoce el método IMFeD?
Sí No
2. ¿Conoce la clasificación de los trastornos de alimentación o también llamados dificultades de alimentación en el niño?
Sí No
3. ¿Considera que los trastornos de alimentación son un motivo de consulta frecuente en pediatría?
Sí No
4. ¿Ha recibido en su formación académica clases referentes al método IMFeD?
Sí No
5. ¿En su práctica diaria ha tenido oportunidad de aplicar el método IMFeD?
Sí No
6. En caso de haber tenido oportunidad de aplicar el método IMFeD, ¿ha podido identificar la dificultad alimentaria del niño?
Sí No
7. En caso de haber identificado la patología del niño, ¿ha podido manejar o referir al especialista?
Sí No
8. ¿Considera que ha sido útil la aplicación del método IMFeD?
Sí No

9. ¿Considera que el método IMFeD es una herramienta sencilla y fácil de ser aplicada por el pediatra?

Sí No

10. ¿Considera que los trastornos de la alimentación en la infancia y el método IMFeD deben formar parte del contenido programado en su formación académica?

Sí No

Tabla 1

**Distribución de los residentes de
Pediatria y Puericultura de la UCV
según año de postgrado.**

Año	n	%
Primero	29	24
Segundo	35	28,9
Tercero	57	47,1

Tabla 3

Formación académica acerca del método IMFeD, según año de postgrado.					
		Si		No	
		(n = 22)		(n = 99)	
Año	N	%	N	%	
Primero	0	0,0	29	29,3	
Segundo	8	36,4	27	27,3	
Tercero	14	63,6	43	43,4	

p = 0,014

Tabla 4

Utilidad de la aplicación del método IMFeD según año de postgrado					
		Si		No	
		(n = 24)		(n = 12)	
Año	n	%	n	%	
Primero	1	4,2	2	16,7	
Segundo	9	37,5	5	41,7	
Tercero	14	58,3	5	41,7	

p = 0,766

Tabla 5

Método IMFeD como herramienta sencilla y fácil de ser aplicada por el pediatra según año de postgrado					
		Si		No	
		(n = 32)		(n = 4)	
Año	n	%	N	%	
Primero	2	6,3	1	25,0	
Segundo	14	43,8	0	0,0	
Tercero	16	50,0	3	75,0	

p = 0,150

Tabla 6

El método IMFeD como parte del plan de estudio según año de postgrado					
		Si		No	
		(n = 36)		(n = 0)	
Año	n	%	N	%	
Primero	3	8,3	0	0,0	
Segundo	14	38,9	0	0,0	
Tercero	19	52,8	0	0,0	

p = no aplica

Metodo IMFeD



Identificación y manejo de las Dificultades en la Alimentación de los niños

IMFeD
para niños
Identificación y manejo de dificultades en la alimentación

Avalado por

SYNPE

SIG

Sociedad Venezolana de Pediatría y Peditría

Abbott Nutrition
R.I. J-00083649-3

CONOCER

Revise los reportes de los padres sobre las dificultades en la alimentación de sus hijos y sus preocupaciones al respecto.

INVESTIGAR

Investigue el problema y trate la patología orgánica subyacente cuando esté presente.

- Recoja la información relevante de la historia clínica: antecedentes personales, examen funcional, examen físico; evaluación antropométrica.
- Considere la posibilidad de una patología orgánica subyacente cuando se han marcado una o más casillas en la pregunta número 1 del cuestionario para padres.
- Mantenga un alto índice de sospecha para otras condiciones como enfermedad celíaca y enteropatía alérgica.
- Obtenga información adicional sobre las prácticas y problemas en la alimentación y la interacción entre el niño y su cuidador cuando es alimentado.

Por favor complete la sección del médico al reverso del cuestionario para padres.

IDENTIFICAR

Identifique el tipo específico de dificultad en la alimentación:

- Ingesta altamente selectiva.
 - Niño normal con poco apetito por concepto erróneo de sus padres.
 - Niño vigoroso con poco interés en la alimentación.
 - Temor a la alimentación.
 - Niño con poco apetito debido a enfermedades orgánicas.
 - Niño deprimido/apático con poco interés en la alimentación.
- Veáse "Dificultades en la alimentación encontradas con más frecuencia" para mayor información sobre las mismas.*

Algunos niños pueden tener más de un tipo de dificultad en la alimentación.

MANEJAR

Maneje cada paciente utilizando un enfoque adaptado a las distintas necesidades en función del tipo de dificultad en la alimentación.

Por favor complete la hoja de información elaborada para los padres y entréguesela junto con el folleto específico de la condición.



Rif: J-00083649-3

Material para ser usado exclusivamente por el profesional de la salud

Material revisado por la Gerencia Médica de Abbott Nutrition International, división de Abbott Laboratories, C.A.
RIF J-00083649-3 / COD: 03-VIS-30012495-29.

Para cualquier consulta comuníquese a Abbott Laboratories, C.A. Tlf: 0212-700-7000. Fax: 0212-239.1332



Identificación y manejo de dificultades en la alimentación

Ficha clínica de Identificación y Manejo de las dificultades en la alimentación de los niños.

1. (Marque todas las casillas que apliquen)

- a. a. Asfixia o dolor al tragar (el niño se atraganta)
 - b. b. Pérdida de peso
 - c. c. Vómitos
 - d. d. Diarrea
 - e. e. Sangre en las heces
 - f. f. Alergia o intolerancia alimentaria
 - g. g. Eczema o urticaria
 - h. h. Asma
 - i. i. Infecciones frecuentes
 - j. j. Retraso en el desarrollo
- Tiene hambre, fácilmente empieza a comer pero luego lo deja de hacer y se rehúsa a continuar.
- Come un número limitado de alimentos.
■ Se rehúsa a comer alimentos debido a su olor, sabor, temperatura y/o aspecto.
■ Solo acepta alimentos preparados de un modo específico.
■ Se niega a probar alimentos nuevos.

- Fue pequeño al nacer o prematuro.
■ Uno o ambos padres son de baja estatura o crecieron lentamente.
■ Parece saludable y activo.
- No está interesado en los alimentos.
■ Deja de comer después de algunos bocados.
■ Constantemente trata de bajarse de la silla de comer o se levanta de la mesa.
■ Le encanta jugar e interactuar con personas que le resultan familiares.
- Es retraído o irritable.
■ No sonríe ni balbucea ni habla mucho.
■ Muestra poco interés en jugar.
- Llora al ver los alimentos o los utensilios para la alimentación (por ej. biberón, cuchara, silla de comer).
■ Se resiste intensamente a comer.
■ Comenzó a rechazar los alimentos después de una experiencia traumática relacionada con la alimentación como ahogo o vómito.
■ Esta siendo o fue alimentado por sonda y tiene temor a comer.



3. Por favor proporcione la siguiente información:

Estatura de la madre del niño/a _____

Estatura del padre del niño/a _____

¿Nació el niño/a prematuro/a? Sí No

¿Si es afirmativo, ¿Cuántas semanas de embarazo tenía la madre cuando nació el niño/a? _____

¿Alguno de los padres experimentó retraso en la pubertad o crecimiento lento en su infancia? Sí No

Si es afirmativo ¿Cuál de los padres? _____

4. ¿Su niño/a come?:

¿Frutas? Sí No

Si es afirmativo ¿Cuáles frutas? _____

No. de veces por semana _____

¿Vegetales? Sí No

Si es afirmativo ¿Cuáles vegetales? _____

No. de veces por semana _____

¿Carnes o alternativas de carne (incluye carne roja, aves, pescado, huevos)? Sí No

Si es afirmativo ¿Cuales? _____

No. de veces por semana _____

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

Si es afirmativo ¿Cuáles? _____

No. de veces por semana _____

¿Granos? Sí No

Si es afirmativo ¿Cuáles? _____

No. de veces por semana _____

Fecha de hoy _____

Peso del niño/a _____ Percentil _____

Estatura del niño/a _____ Percentil _____

IMC _____ Percentil _____

Talla proyectada a los 20 años de edad si el niño continua creciendo en el percentil actual de talla para edad _____

Cálculo del potencial genético en talla de los padres:

Niños:

$$\frac{(\text{Talla de la madre} + \text{DS}) + \text{Talla del padre}}{2} = +/- 10 \text{ cm}$$

Niñas:

$$\frac{(\text{Talla del padre} - \text{DS}) + \text{talla de la madre}}{2} = +/- 9 \text{ cm}$$

* DS: Corresponde al valor en cm del Dimorfismo Sexual y depende de la referencia a utilizar:

• OMS: 13,1 cm

• Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humanos de la República de Venezuela (Proyecto Venezuela) 1996: 12,6 cm

¿La estatura proyectada a 20 años está dentro del potencial genético de los padres? _____



DIFICULTADES EN LA ALIMENTACIÓN ENCONTRADAS CON MÁS FRECUENCIA

Ingesta altamente selectiva	<ul style="list-style-type: none"> ■ El niño rechaza constantemente alimentos específicos debido a su olor, textura, sabor, temperatura y/o aspecto. ■ El niño puede encontrarse ansioso si se le obliga a comer alimentos que le generan aversión. ■ Con frecuencia otras aversiones sensoriales están presentes.
Niño normal con poco apetito por concepto erróneo de sus padres	<ul style="list-style-type: none"> ■ El niño es referido con poco apetito cuando en realidad éste es adecuado a su crecimiento y necesidades nutricionales. ■ El crecimiento del niño es acorde al potencial genético en talla de sus padres. ■ La excesiva preocupación de los padres puede conducir a métodos de alimentación coercitivos que pueden afectar adversamente al niño.
Niño vigoroso con poco interés en la alimentación	<ul style="list-style-type: none"> ■ El niño es alerta y activo pero rara vez muestra señales de hambre o interés en la alimentación. ■ El niño muestra más interés en jugar e interactuar con personas que le son familiares que en comer. ■ El niño ingiere uno o dos bocados y termina de comer, se distrae fácilmente y puede ser difícil mantenerlo en la silla de comer o en la mesa.
Temor a la alimentación	<ul style="list-style-type: none"> ■ El niño muestra temor ante la perspectiva de ser alimentado. Puede llorar al ver los alimentos o el biberón o resistirse a ser alimentado (se arquea o se niega a abrir la boca). ■ Puede ocurrir en un niño que ha sufrido una experiencia desagradable al comer (por ejemplo ahogo o asfixia) o en un niño que ha sido alimentado por sonda.
Niño con poco apetito debido a enfermedades orgánicas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Niño con poco apetito o rechazo al alimento como consecuencia de una enfermedad orgánica. ■ El instrumento IMFED permite identificar a muchos de estos niños sin embargo es necesario un alto índice de sospecha para identificar condiciones que pueden a veces presentarse con signos y síntomas sutiles (por ejemplo enfermedad celíaca).
Niño deprimido/apático con poco interés en la alimentación	<ul style="list-style-type: none"> ■ Niño con poco apetito que parece retraído y deprimido. ■ Comunicación verbal y no verbal limitada entre el niño y su cuidador (por ejemplo sonrisas, balbuceo y contacto visual limitados). ■ Puede haber evidencia de negligencia del cuidador.





El niño que acepta muy pocos alimentos



Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Su hijo tiene una ingesta de alimentos altamente selectiva. Esta dificultad en la alimentación se caracteriza por un rechazo constante a alimentos específicos o a grupos de alimentos debido a su sabor, textura, temperatura, olor o aspecto. Los niños con ingesta de alimentos altamente selectiva a menudo tienen otras aversiones sensoriales (por ejemplo a ruidos, manos sucias, etiquetas en la ropa, grama o arena bajo los pies, luz brillante)

1. Evaluación del niño:

a. Crecimiento:

Peso actual _____ Percentil _____

Talla actual _____ Percentil _____

IMC _____ Percentil _____

(sigue en la página de atrás)

IMFeD es una marca registrada del Grupo de empresas Abbott en distintas jurisdicciones. COD. 03-VIS-30012495-29



RF 1.00039463

b. DIETA

- Frutas Vegetales Carnes
 Lácteos Granos

c. Desarrollo

- Cumple con etapas clave
 No cumple con etapas clave

2. Intervenciones

a. Cosas que debe hacer:

- Ofrezca aquellos alimentos que su hijo acepte sin protestar.
- Consuma alimentos nuevos en presencia de su hijo sin ofrecérselos, déselos a probar sólo si lo solicita y permanezca neutral ante su reacción al alimento.
- Evite conflictos, prevenga que su hijo se vuelva ansioso restándole importancia a lo limitada que puede resultar su dieta.

b. Cosas que no debe hacer:

- Si su hijo escupe algún alimento o el mismo le provoca náuseas o vómito no lo ofrezca nuevamente durante esa comida y continúe con sus alimentos favoritos.
- No lo obligue a comer alimentos que rechace manteniéndolo en la mesa hasta que culmine y no lo castigue por no comer ciertos alimentos.

Consejos adicionales _____

Consulte a su pediatra quien determinará si es necesario el uso de un suplemento nutricional completo y balanceado que le garantice una ingesta dietética adecuada.



KF 2000824F 2



Notas del doctor
Ingesta altamente selectiva

Complete la hoja para guía de los padres. Entréguesela a ellos, junto con el folleto de información correspondiente.



¿Se Preocupa Porque su Niño/a No Está Comiendo Bien?



Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Las dificultades que está experimentando en la alimentación de su hijo no están interfiriendo en su nutrición y desarrollo. Su hijo tiene un crecimiento normal para su edad.

1. Evaluación del niño:

a. Crecimiento:

Peso actual _____ Percentil _____

Talla actual _____ Percentil _____

IMC _____ Percentil _____

(sigue en la página de atrás)

IMFeD es una marca registrada del Grupo de empresas Abbott en distintas jurisdicciones. COD. 03-VIS-30012495-29

IMFeD es una marca registrada del Grupo de empresas Abbott en distintas jurisdicciones. COD. 03-VIS-30012495-29



b. DIETA

Frutas Vegetales Carnes

Lácteos Granos

c. Desarrollo

Cumple con etapas clave

No cumple con etapas clave

2. Intervenciones:

a. Cosas que debe hacer: Las siguientes reglas se aplican para una alimentación saludable:

- Fomentar el apetito en su hijo:
 - Suministre 3 comidas principales y 2 meriendas en intervalos de 3 a 4 horas.
 - Suministre sólo agua entre comidas, no ofrezca otros alimentos.
- Enseñe a su hijo a comer hasta que se sienta satisfecho:
 - Sirva porciones pequeñas repetidamente.
 - Limite la duración de la comida a 20-30 minutos.
- Alimente a su hijo en una silla de comer o en la mesa familiar de manera que otros miembros de la familia puedan ser ejemplo de alimentación para él.
- Minimice las distracciones durante la alimentación.
- No fomente conductas inadecuadas (por ej, jugar con la comida, ver tv) durante el tiempo de comida.

- Elogie las habilidades de su hijo cuando se alimenta por si mismo pero mantenga una actitud neutral en cuanto a su ingesta de alimentos.
- Sirva alimentos y porciones acordes a la edad.
- Fomente la alimentación independiente y tolere el desorden acorde a su edad.
- Introduzca alimentos nuevos progresivamente, siempre un alimento por vez.

b. Cosas que no debe hacer:

- No permita que coma entre comidas.
- No amenace a su hijo ni lo obligue a comer ello puede ser contraproducente.

Consejos adicionales _____

Consulte a su pediatra quien determinará si es necesario el uso de un suplemento nutricional completo y balanceado que le garantice una ingesta dietética adecuada.





Notas del doctor
Niño normal con poco apetito por concepto erróneo de los padres

Complete la hoja para guía de los padres. Entréguesela a ellos, junto con el folleto de información correspondiente.



Niño vigoroso con poco interés en la alimentación



Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Su niño es travieso y lleno de energía, pero raramente tiene apetito. Los niños con esta dificultad en la alimentación pierden interés en comer después de algunos bocados. A la hora de comer están mas interesados en lo que sucede en su entorno que en los alimentos.

1. Evaluación del niño:

a. Crecimiento:

Peso actual _____ Percentil _____

Talla actual _____ Percentil _____

IMC _____ Percentil _____

(sigue en la página de atrás)

IMFeD es una marca registrada del Grupo de empresas Abbott en distintas jurisdicciones. COD. 03-VIS-30012495-29



b. DIETA

Frutas Vegetales Carnes

Lácteos Granos

c. Desarrollo

Cumple con etapas clave

No cumple con etapas clave

2. Intervenciones:

a. Cosas que se deben hacer:

- Fomentar que su niño sienta apetito.
 - Suministre 3 comidas principales y 2 meriendas en intervalos de 3 a 4 horas.
 - Suministre sólo agua entre comidas, no ofrezca otros alimentos.
- Enseñe a su hijo a comer hasta que se sienta satisfecho:
 - Sirva porciones pequeñas repetidamente.
 - Limite la duración de la comida a 20-30 minutos.
- Alimente a su hijo en una silla de comer o en la mesa familiar de manera que otros miembros de la familia puedan ser ejemplo de alimentación para él.
- Minimice las distracciones durante la alimentación.
- No fomente conductas inadecuadas (por ej jugar con la comida, ver tv) durante el tiempo de comida
- Puede reforzar la alimentación de su hijo utilizando un suplemento nutricional balanceado.

b. Cosas que no debe hacer:

- No permita que coma entre comidas.
- No amenace a su hijo ni lo obligue a comer ello puede ser contraproducente.
- No haga apuestas, ni negocie o suplique a su hijo para que coma.

Consejos adicionales _____





Notas del doctor
Niño vigoroso con poco interés en la alimentación

Complete la hoja para guía de los padres. Entréguesela a ellos, junto con el folleto de información correspondiente.



El niño con Temor a la Alimentación



Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Su niño tiene temor a la alimentación, lo cual se caracteriza por una angustia intensa cuando se le presentan los alimentos. Ello generalmente ocurre luego de una experiencia traumática al ser alimentado, como ahogo o vómitos. Muchos de estos niños tuvieron procedimientos que implicaron la colocación de una sonda de alimentación y no habían adquirido las habilidades normales de la alimentación.

1. Evaluación del niño:

a. Crecimiento:

Peso actual _____ Percentil _____

Talla actual _____ Percentil _____

IMC _____ Percentil _____

(sigue en la página de atrás)

IMFeD es una marca registrada del Grupo de empresas Abbott en distintas jurisdicciones. COD. 03-VIS-30012495-29





Notas del doctor
Temor a la alimentación

Complete la hoja para guía de los padres. Entréguesela a ellos, junto con el folleto de información correspondiente.

Niño con poco apetito debido a enfermedades orgánicas

- En algunos niños el rechazo a los alimentos o poco apetito puede ser un signo de un problema médico subyacente.
- Cuando se sospecha de una condición médica subyacente es importante la evaluación clínica y estudios adicionales para llegar al diagnóstico y desarrollar el plan de tratamiento.
- En algunos niños el tratamiento apropiado de la condición médica subyacente resolverá la dificultad en la alimentación.
- Sin embargo, algunos niños con condiciones médicas subyacentes también presentan otras dificultades en la alimentación como una ingesta de alimentos altamente selectiva o temor a la alimentación, lo cual puede persistir aún después que se haya resuelto la condición médica.
 - Si éste es el caso, será necesario también enfocarse en la dificultad en la alimentación específica (por ejemplo, ingesta de alimentos altamente selectiva o temor a la alimentación).



Guía Nutricional

- Algunos niños con condiciones médicas subyacentes pueden requerir soporte nutricional utilizando un suplemento oral completo y balanceado.
- En algunos casos puede llegar a ser necesario un soporte nutricional más especializado en forma de nutrición enteral o parenteral.

CCD_03-VIS-30012495-29



Notas del doctor
Niño con poco apetito debido a enfermedades orgánicas

Niño deprimido/apático con poco interés en la alimentación

- Poco apetito en un niño que también es retraído y se observa deprimido puede ser un signo de reciprocidad o apego emocional insuficiente entre el mismo y su cuidador.
- Los niños con este tipo de dificultad en la alimentación a menudo presentan aplanamiento emocional y muestran poco interés por los alimentos. La pérdida del apetito es parte de la apatía que presentan, observándose además que la sonrisa, balbuceos y el contacto visual entre el niño y su cuidador, son altamente limitados.
- Estos niños están en riesgo de una pérdida de peso sustancial y de desnutrición.



Intervención recomendada

- Los niños con poco apetito debido a insuficiente reciprocidad tienden a responder positivamente al afecto, cuidado y experiencia de la persona que los alimenta. Investigue y observe la relación del niño y su cuidador.
- La admisión a un programa de pacientes hospitalizados puede ser útil para proporcionar un ambiente positivo para la alimentación.
- En niños mayores de un año el uso de un suplemento completo y balanceado puede ser necesario para el tratamiento de la desnutrición.
- Deben ser identificados y manejados los factores que pueden influir en la conducta del niño: aspectos socioeconómicos, salud mental del cuidador, retardo en el desarrollo del niño entre otros.

CCD. 03-VIS-30012495-29

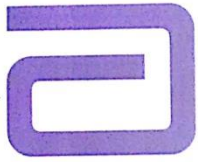


Niño deprimido/apático con poco interés en la alimentación

Infant es una marca registrada del Grupo de empresas Abbott en distintas jurisdicciones.



Notas del doctor
Niño deprimido/apático con poco interés en la alimentación



IMFeD
para niños

Identificación y manejo de
dificultades en la alimentación

