

## Trastorno de Evitación y Restricción de la Ingesta de Alimentos (ARFID): Lo que el pediatra debe saber

### Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): What the pediatrician should know

Valeria De Toro<sup>a</sup>, Karina Aedo<sup>b</sup>, Pascuala Urrejola<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, División de Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

<sup>b</sup>Unidad de Trastorno de la Conducta Alimentaria. Sección Psiquiatría Infanto Juvenil. Departamento Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile

<sup>c</sup>Unidad de Adolescencia y Trastorno de la Conducta Alimentaria, División de Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile

Recibido: 2 de julio de 2020; Aceptado: 26 de octubre de 2020

#### ¿Qué se sabe del tema que trata este estudio?

El diagnóstico de Trastorno de Evitación y Restricción de la Ingesta de Alimentos fue incorporado al DSM-5 en el año 2013 en los Trastornos Alimentarios y de Ingesta, para describir conductas alimentarias evitativas/restrictivas que no están motivadas por alteración de la imagen corporal o el deseo de adelgazar.

#### ¿Qué aporta este estudio a lo ya conocido?

Debido a la reciente incorporación del diagnóstico al DSM-5, existe aún escasa evidencia respecto a su enfrentamiento. El propósito de esta revisión es exponer criterios diagnósticos, subtipos clínicos (selectivo, apetito/ingesta limitada y aversivo), enfrentamiento progresivo y tratamiento.

#### Resumen

Los problemas en la alimentación durante la infancia han sido descritos a lo largo del tiempo por diversos autores. El diagnóstico de Trastorno de Evitación y Restricción de la Ingesta de Alimentos, (ARFID, de sus siglas en inglés) fue incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 5ta Edición (DSM-5) el año 2013, como un nuevo diagnóstico dentro de los Trastornos Alimentarios y de Ingesta (TAI) para describir un grupo de pacientes que tienen conductas alimentarias evitativas o restrictivas que no están motivadas por una alteración de la imagen corporal o un deseo de adelgazar. Este trastorno puede manifestarse en una pérdida de peso significativa y/o deficiencia nutricional y/o una marcada interferencia en el funcionamiento psicosocial. Se describen tres formas de presentación que pueden ocurrir en conjunto o de manera independiente: (i) Niños con aversiones sensoriales (selectivos), que rechazan algunas comidas por sus sabores, texturas, olores o

#### Palabras clave:

Ingesta Restrictiva/  
Evitativa;  
ARFID;  
Trastorno de  
Alimentación  
Pediátrica;  
Dificultad de  
Alimentación;  
Niño Que No Quiere  
Comer;  
Neofobia alimentaria

Correspondencia:  
Pascuala Urrejola  
purrejol@med.puc.cl

Cómo citar este artículo: Andes pediater. 2021;92(2):298-307. DOI: 10.32641/andespediatr.v92i2.2794

formas; (ii) otros que presentan inapetencia, baja ingesta o poco interés en alimentarse (ingesta limitada); (iii) y los que rechazan algunos alimentos o dejan de comer después de un evento traumático asociado (aversivos). Debido a la incorporación reciente del diagnóstico al DSM-5, existe aún escasa evidencia respecto a su enfrentamiento. El propósito de esta revisión es clarificar criterios diagnósticos, y exponer un manejo progresivo de enfrentamiento y tratamiento, con un enfoque multidisciplinario, sin ahondar en la resolución de las causas médicas orgánicas.

## Abstract

Feeding problems during childhood have been described over time by various authors. In 2013, Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) was included in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5), as a new diagnosis within the Feeding and Eating disorders, to describe a group of patients with avoidant or restrictive eating behaviors unrelated to body image disorder or weight loss desire. ARFID may appear as significant weight loss and/or nutritional deficiency and/or a marked interference in psychosocial functioning. There are three forms of presentation, which can co-occur or occur independently. The first one includes children with sensory aversions (selective), who reject certain foods due to their taste, texture, smell, or shape; the second one includes those children with poor appetite or limited intake (limited intake); and the third one includes those children who reject certain foods or stop eating as a result of a traumatic event (aversive). Due to the recent incorporation of ARFID into the DSM-5, there is a lack of information regarding its treatment. The purpose of this review is to clarify diagnostic criteria and to describe targeted management and treatment interventions with a multidisciplinary approach, without deepening on the treatment of organic medical causes.

## Keywords:

Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder; ARFID; Pediatric Eating Disorder; Pediatric Feeding Disorder; Child Refusing to Eat; Food Neophobia

## Introducción

La dificultad en la alimentación en pediatría es un espectro que va desde un comportamiento alimentario normal que se percibe como un problema desde la mirada de los padres, pasando por un rechazo o evitación en la alimentación sin causa aparente y que puede llegar a trastornos alimentarios de causa orgánica<sup>1,2</sup>.

La alimentación es un proceso complejo que requiere de una interacción coordinada entre los sistemas nervioso, cardiopulmonar, gastrointestinal y los mecanismos orofaríngeos. Esta coordinación requiere además, de habilidades adquiridas apropiadas para la etapa del desarrollo del niño y ocurre dentro del contexto de la diada cuidador-niño, por lo que los trastornos de alimentación pueden ser la manifestación de una alteración en cualquier área descrita previamente<sup>3</sup>. Este proceso puede tener consecuencias tanto en el niño, en su función física, social, emocional y/o cognitiva, como en el cuidador, aumentando el estrés y predisponiendo a una patología de salud mental<sup>4</sup>.

Los criterios diagnósticos han variado según las distintas publicaciones, debido a la carencia de una definición universalmente aceptada. Sin embargo, el año 2013 se estableció el diagnóstico en el DSM-5<sup>5</sup> de ARFID ("Avoidant/Restrictive Food Intake Disorders" en español, Trastorno de Evitación y Restricción de la Ingesta de Alimentos, TERIA) cuyos criterios diagnósticos se describen en la tabla 1. Los criterios ARFID

enfatan los comportamientos alimentarios, en particular la selectividad, el apetito deficiente y la aversión a comer, simultáneamente disminuyen el papel que juegan las comorbilidades médicas o psicológicas en los problemas de alimentación<sup>6</sup>. Bryant-Waugh et al.<sup>3</sup> y Kreipe y Palomaki<sup>7</sup> explican en sus revisiones la nueva definición del DSM-5, y al igual que Milano et al.<sup>6</sup> reconocen estas tres entidades clínicas (inapetencia, selectividad y aversión postraumática), las cuales pueden ocurrir en cualquier momento del ciclo vital, incluso en la edad adulta.

## Epidemiología

Dado su reciente incorporación al DSM-5, los reportes epidemiológicos disponibles en la actualidad son aún escasos. Su prevalencia varía según el perfil de atención donde se realiza el estudio, desde un 3,2% en población escolar de 8-13 años<sup>8</sup>, hasta un 14-23% en centros de tratamiento diurno en patología alimentaria<sup>9</sup> y esto aumenta aún más (80%) en niños con trastorno del espectro autista (TEA)<sup>10</sup>, alergias alimentarias múltiples (AAM)<sup>11</sup> y pacientes prematuros<sup>12</sup>.

## Etiología

La etiología es aún desconocida y se encuentra en estudio. Se postula un origen multifactorial donde se

incluyen factores biológicos, psicológicos, y ambientales que confluyen para el inicio de la enfermedad<sup>13,14</sup>. Dentro de los factores *biológicos* involucrados se postulan alteraciones hormonales y en péptidos reguladores del apetito; alteraciones en la sensibilidad y percepción del gusto o la falta de exposición de algunos sabores<sup>15,16</sup>. La exposición precoz a factores de estrés incluyendo factores intrauterinos, prematuridad, alteraciones vinculares y eventos traumáticos durante el desarrollo, se asocian con el desarrollo de *psicopatología* que dentro de sus manifestaciones presentan alteraciones en la alimentación<sup>17</sup>. Por otro lado, un desarrollo motor normal es fundamental para poder succionar, deglutir, y aprender a comer solo, además de hacer la progresión de una alimentación líquida a una dieta semi-sólida y sólida acorde a la adquisición de habilidades motoras<sup>18</sup>.

Los factores *ambientales* pueden afectar la capacidad de aprendizaje del niño en el “*dónde, cómo y cuánto es adecuado comer*” a través de la ausencia de modelajes apropiados (tanto en el tipo de alimentación como en la atmósfera relacionada a ella), presión de los padres para comer, o la falta de exposición a nuevos alimentos. Además influye el tipo de estilo de crianza<sup>19</sup> utilizado: autoritativo (receptivo), autoritario (controlador), permisivo (indulgent), y negligente. La práctica ideal es el estilo autoritativo (receptivo)<sup>20</sup>, el cual permite tanto la aceptación como el rechazo de los nuevos alimentos, estableciendo límites adecuados<sup>21,22</sup>, al contrario de los estilos autoritario y negligente que son los más asociados a ARFID.

El resultado de respuestas negativas asociadas con experiencias aversivas como vómitos repetidos, episodios de asfixia durante la alimentación o procedimientos médicos<sup>23</sup> y la presencia de psicopatología en los padres, principalmente de trastornos de la conducta alimentaria o del ánimo, también han sido descritos

como un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos de la alimentación de su progenie. Por último se ha asociado la aparición de ARFID a una variedad de patologías como TEA, prematuridad y alergia alimentarias múltiples<sup>10-12</sup>.

## Manifestaciones clínicas y Diagnóstico

Existen múltiples síntomas asociados, sin embargo se pueden englobar en tres formas de presentación clínica<sup>6, 13</sup> para facilitar su enfrentamiento (tabla 2): i) ARFID de variedad limitada (selectivos), aquellos pacientes que rechazan de forma selectiva algunos alimentos por sus características sensoriales, como el sabor, texturas, olor y/o forma; ii) ARFID de ingesta limitada (falta de interés), aquellos que presentan una escasa conciencia de apetito y poco interés en la comida; iii) ARFID aversivo (postraumático) aquellos que abruptamente dejan de aceptar todos o un grupo de alimentos por el miedo a tener consecuencias adversas al ingerirlos, tales como atorarse o vomitar, habitualmente después de haber vivido una de esas experiencias. También se puede observar posterior a un evento traumático que no tenga relación directa con la alimentación, como la muerte de algún familiar, inicio de algún medicamento, hospitalización o procedimiento médico. Estos pacientes tienen en general, un temperamento ansioso y una hipersensibilidad a las sensaciones corporales, es por esto que frente a una experiencia traumática en la alimentación, aumenta su miedo inicial rápidamente desde lo agudo y normativo a lo crónico e intenso<sup>24</sup>. Este miedo los lleva a sobreestimar la probabilidad de que este evento se repita en el tiempo con el mismo o distintos alimentos, debido a esto comienzan a limitar la ingesta de lo que produjo el

**Tabla 1. Definición del trastorno de evitación y restricción de la ingesta de alimentos (DSM-5)<sup>5</sup>**

### *Trastorno de Evitación y Restricción de la Ingesta de Alimentos (ARFID)*

Fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutricionales y/o energéticas asociadas a uno o más de los hechos siguientes (al menos 1):

- Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños)
- Deficiencia nutricional significativa
- Dependencia de alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral

### *ARFID no incluye*

- No se debe a la falta de alimentos disponibles o a una práctica asociada culturalmente aceptada
- No se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nervosa o la bulimia nervosa (no hay distorsión de la imagen corporal)
- No se atribuye a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental
- Si se produce en el contexto de otra afección o trastorno y la gravedad excede a la que suele asociarse a dicha afección, se justifica la atención clínica adicional
- No se refiere a comportamientos normales del desarrollo (por ejemplo, comer selectivamente en niños pequeños o ingesta reducida en adultos)

**Tabla 2. Manifestaciones clínicas según subtipo del trastorno de evitación y restricción de la ingesta de alimentos**

| Selectivo                                                                    | Ingesta limitada                        | Aversivo (postraumático)                                               |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Dificultad con la textura, sensaciones, sabor, olor o forma de los alimentos | Disminución del tamaño de las porciones | Miedo a distintos eventos; vomitar, asfixiarse, alimentos contaminados |
| Aversión a los líquidos                                                      | Apetito disminuido                      | Historia de algún evento traumático                                    |
| Historia de ser "mañoso/ regodeón/ caprichoso"                               | Desinterés por la alimentación          |                                                                        |
| Restricción de alimentos específicos                                         | Saciedad precoz                         |                                                                        |

trauma, y luego lo amplían a otros similares. En casos graves llegan a limitar toda la ingesta sólida, y consumir sólo alimentos líquidos o blandos. Para evitar estos alimentos, tampoco se exponen a situaciones en donde puedan probarlos, eliminando así las predicciones negativas sobre el peligro y seguridad de los alimentos<sup>25</sup>.

Los dos primeros grupos aparecen generalmente durante los primeros años de vida, teniendo una forma de presentación crónica, de los cuales la selectividad se hace evidente al introducir alimentos más enteros. La presentación aversiva o postraumática puede presentarse durante todo el ciclo vital y ocurrir en combinación o de manera independiente.

Se describe en la literatura que los ARFID presentan mayor comorbilidad psiquiátrica y dentro de estos se encuentran los trastornos del ánimo, trastornos ansiosos, trastornos obsesivos, trastornos de estrés postraumático y trastornos del neurodesarrollo, dentro de los que destacan el trastorno del espectro autista y el trastorno de déficit atencional con hiperactividad<sup>26</sup>. Otros síntomas asociados que se deben considerar en la sospecha de ARFID, además de sus criterios diagnósticos y subtipos son: disfagia, dolor abdominal, reflujo, náuseas, ansiedad y tiempo prolongado de alimentación<sup>24</sup>.

## Patologías asociadas

### ARFID y trastorno del espectro autista (TEA)

La selectividad alimentaria (tipo, textura y/o tipo de presentación) es el trastorno de alimentación más frecuente asociado a los pacientes con TEA, y por otro lado, este trastorno de conducta alimentaria puede ser el primer síntoma que se manifiesta en niños con trastornos del neurodesarrollo que aún no se ha realizado el diagnóstico. Además de la selectividad, presentan rechazo de alimentos, conductas disruptivas a la hora de comer y pueden tener preferencias por alimentos no saludables o en proporciones inadecuadas, como carbohidratos, golosinas, texturas crujientes y/o alimentos procesados; coexistiendo de forma paralela un rechazo

a las frutas (27%) y verduras (67%)<sup>27</sup>. Su prevalencia aún no está aclarada, sin embargo estudios previos estiman que entre el 46-89% de los niños con TEA presentan hábitos de alimentación atípicos. Sharp et al. en su metaanálisis<sup>10</sup> indica que aproximadamente el 95% presenta alguna dificultad para alimentarse en comparación a sus pares con desarrollo normal. La posible etiología se debería a un procesamiento sensorial anormal, así como la insistencia en las rutinas. Asociado a esta condición pueden coexistir patologías como prematuridad, reflujo gastroesofágico o alergia alimentaria, que podrían intensificar las dificultades, pero no ser los causantes propiamente tal<sup>27</sup>. Dentro de las manifestaciones clínicas destacan la fuerte respuesta emocional, en especial cuando se introduce un alimento nuevo o se ofrece algún alimento que no es de su agrado, como alejar la comida, girar la cabeza, levantarse de la mesa, gritar, arrojar alimentos y conductas agresivas.

### ARFID y alergias alimentarias múltiples

La eliminación estricta de los posibles alérgenos ha sido el principal tratamiento de las AAM, el cual podría contribuir a la aparición de ARFID, ya que no permite la interacción natural del niño en etapas tempranas con la comida, la familia y el medio ambiente<sup>28</sup>. La prevalencia varía desde un 40%<sup>29</sup> a un 94%<sup>11</sup>. Su etiopatogenia no está aclarada, y se postula la influencia de la introducción tardía de alimentación grumosa (después de los 9 meses)<sup>30</sup> y variedad restringida de alimentos. En trastornos gastrointestinales eosinofílicos además hay prevalencia de síntomas dolorosos asociados a la alimentación o ansiedad/miedo que conducen a la evitación (ARFID aversivo)<sup>31</sup>.

### ARFID y Prematuridad

Los niños que nacen prematuros experimentan frecuentemente problemas con la alimentación oral, dejándolos más vulnerables a obtener una adecuada nutrición, desarrollo y crecimiento. Presentan dificultad con la coordinación de la succión, deglución y respiración lo que puede traducirse en un retraso para el desarrollo de habilidades para comer, rechazo de ali-

mentos y dificultad para la transición en las texturas. Su etiopatogenia no está aclarada, pero se atribuye a la inmadurez y a las exposiciones frecuentes a estímulos sensoriales nocivos (intubación, aspiración, sonda enteral)<sup>12</sup>. Su prevalencia oscila entre 25-80%<sup>12</sup> y destacan que entre mayor sea la prematurez y la asociación de comorbilidades, mayor es el impacto<sup>32,33</sup>. Las manifestaciones clínicas descritas son disfunción motora oral, aspiración, asfixia y los diferentes subtipos de ARFID<sup>12,32</sup>.

## Complicaciones

Las complicaciones asociadas a ARFID pueden involucrar el estado nutricional como el aporte de micronutrientes. Los pacientes pueden estar normo peso, bajo peso o sobrepeso, asociado o no a deficiencias de micronutrientes (minerales, vitaminas o elementos traza). En los pacientes con rechazo alimentario de larga data, la disminución de la ingesta conduce a una desnutrición crónica que pone en marcha los mecanismos fisiológicos compensatorios frente a un ayuno prolongado como el descenso del metabolismo basal y modificaciones hormonales que producen alteraciones cardiovasculares, renales, gastrointestinales, hematológicas, y óseas. Por otro lado, los niños selectivos pueden presentar signos carenciales dependiendo del tipo de déficit de micronutrientes. En los niños con TEA el estado nutricional destaca por su mayor prevalencia de malnutrición por exceso que la población normal, y los rangos varían dependiendo del estudio llegando a un 63% en comparación con un 38% del grupo control<sup>34</sup>.

El diagnóstico de deficiencias nutricionales persiste siendo poco descrito y se basa en el historial de ingesta dietética, signos y síntomas y laboratorio. La mayoría de los estudios describen baja de peso, pero se reportan deficiencias que pueden incluir diversos minerales, vitaminas como A, C, E, K, D, B<sub>12</sub> y folatos y dependiendo de la severidad de la restricción se pueden encontrar distintas consecuencias (tabla 3)<sup>35-38</sup>.

**Tabla 3. Complicaciones nutricionales del trastorno de evitación y restricción de la ingesta de alimentos**

| Complicaciones crónicas                   | Déficit Nutricional                     |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Raquistismo o alteración metabolismo óseo | Calcio y Vitamina D                     |
| Edema                                     | Aporte proteico                         |
| Hiperhomocisteinemia                      | Vitamina B <sub>12</sub> , Ácido fólico |
| Anemia microcítica                        | Hierro y Vitamina C                     |
| Escorbuto                                 | Vitamina C                              |
| Estrés oxidativo                          | Zinc, Selenio                           |

Cualquiera de las formas de presentación clínica puede ir acompañada de un estrés tanto para el paciente como para su familia, ya sea por el manejo del ARFID (visitas hospitalarias, reemplazo de la sonda de alimentación, terapias de alimentación, entre otros), el estrés generado durante las comidas (que pueden llevarlos a evitar comer en escuelas, trabajo, comidas sociales, etc.) y los problemas relacionados con la interacción entre padres e hijos<sup>39</sup>.

## Tratamiento y seguimiento

El tratamiento y seguimiento psicológico, donde destacan la terapia cognitivo conductual en niños y adolescentes; y la terapia vincular en lactantes o preescolares, sigue siendo el pilar principal para los pacientes pediátricos que requieren de un enfoque multidisciplinario y por ahora hay pocos estudios que hayan monitoreado los resultados del tratamiento<sup>40</sup>.

La evaluación médica nutricional debe incluir tres pasos: (i) historia alimentaria detallada y registro de ingesta, (ii) curva de crecimiento y (iii) búsqueda de complicaciones médicas agudas o a largo plazo secundarias al bajo peso, obesidad o al déficit de vitaminas y/o minerales. Se deben descartar enfermedades orgánicas, tales como enfermedad celíaca, AAM, enfermedad de Crohn y trastornos alimentarios funcionales que pueden contribuir al desarrollo o mantención del ARFID<sup>1</sup>.

El *registro de ingesta* determinará la ingesta calórica y la variedad de alimentos. La *historia alimentaria* debe incluir dificultades para alimentar durante la lactancia o al introducir alimentos más enteros<sup>30</sup> como también el lugar, el tiempo y la posición al alimentar, y la presencia de arcadas y vómitos anticipatorios. Se debe evaluar además el funcionamiento psicosocial, considerando la historia e hitos del desarrollo neurológico del niño<sup>18</sup>, temperamento, estilos de apego, relación con cuidadores, alteraciones sensoriales, dificultades vividas o presentadas a lo largo de la vida, síntomas somáticos, comorbilidad psiquiátrica tanto del paciente como de sus cuidadores<sup>24</sup>, entre otros, así como también evaluar el impacto que tiene presencia de ARFID dentro su núcleo familiar<sup>4</sup>.

La *curva de crecimiento* nos informará de la trayectoria del peso, talla y circunferencia craneana, además se puede observar el quiebre o cambio de carril de estos parámetros y así observar la relación entre el inicio de los síntomas o sugerir posibles etiologías orgánicas dependiendo de la edad. La *búsqueda de complicaciones médicas* a través de la solicitud de exámenes de laboratorio complementarios dependerá de la información proporcionada por la anamnesis y el examen físico<sup>35</sup>.

Los *objetivos del tratamiento* se deben adaptar de

acuerdo con las necesidades del paciente: disminuir riesgos nutricionales, físicos y emocionales, mientras se ayuda al paciente a manejar la ansiedad al alimentarse, si la presenta, y ampliar su rango de alimentos. Aún no hay consenso en la literatura de cual es el tratamiento óptimo, pero este debe ser realizado por un equipo multidisciplinario conformado por: nutriólogo/a, nutricionista, profesional de salud mental, terapeuta ocupacional y fonoaudiología, con estrecha colaboración de padres y/o cuidadores<sup>40</sup>. La intensidad y número de profesionales dependerá del tipo y de la severidad del ARFID. La mayoría de los tratamientos incluyen psicoeducación a los padres, enseñar a regular al niño, analizar y planificar cambio de rutinas y hábitos para luego trabajar con el niño para introducir los alimentos.

Una de las estrategias para el enfrentamiento de esta patología según Milano et al.<sup>6</sup> es un enfoque progresivo que va desde un comportamiento alimentario normal percibido como un problema hasta trastornos sustanciales. Se sugiere iniciar: con la (i) identificación de banderas rojas que pongan al niño en una amenaza grave según las distintas áreas (médico, nutricional, de desarrollo y psicosocial); (ii) detección de alguna disfunción motora u oral, que deben ser manejados inmediatamente por un equipo multidisciplinario; (iii) estabilización de la ingesta de nutrientes, requiere de un aporte calórico-proteico adecuado, mientras se realizan las distintas intervenciones sin ir en desmedro del estado nutricional; y (iv) finalmente la eliminación de prácticas de alimentación aversiva (tabla 4).

Posterior a estas etapas de enfrentamiento progre-

sivo, podremos iniciar intervenciones más específicas, las cuales pueden ser englobadas en las tres ya mencionadas conductas alimentarias predominantes<sup>13</sup> (figura 1). En aquellos niños con un ARFID de ingesta limitada, su intervención se debe centrar en mejorar los ciclos de hambre/saciedad al mismo tiempo de entregar una nutrición adecuada. Para esto se debe favorecer una mayor densidad calórica sin cambio en los volúmenes de forma abrupta, horarios, agrandar porciones paulatinamente y en paralelo hacer un manejo cognitivo conductual a base de recompensas que deben eliminarse gradualmente y participación en la preparación de las comidas, evaluando la presencia de comorbilidades psiquiátricas que puedan ser intervenidas. La falla en el crecimiento y déficits de micronutrientes se asocian en general a los casos más severos.

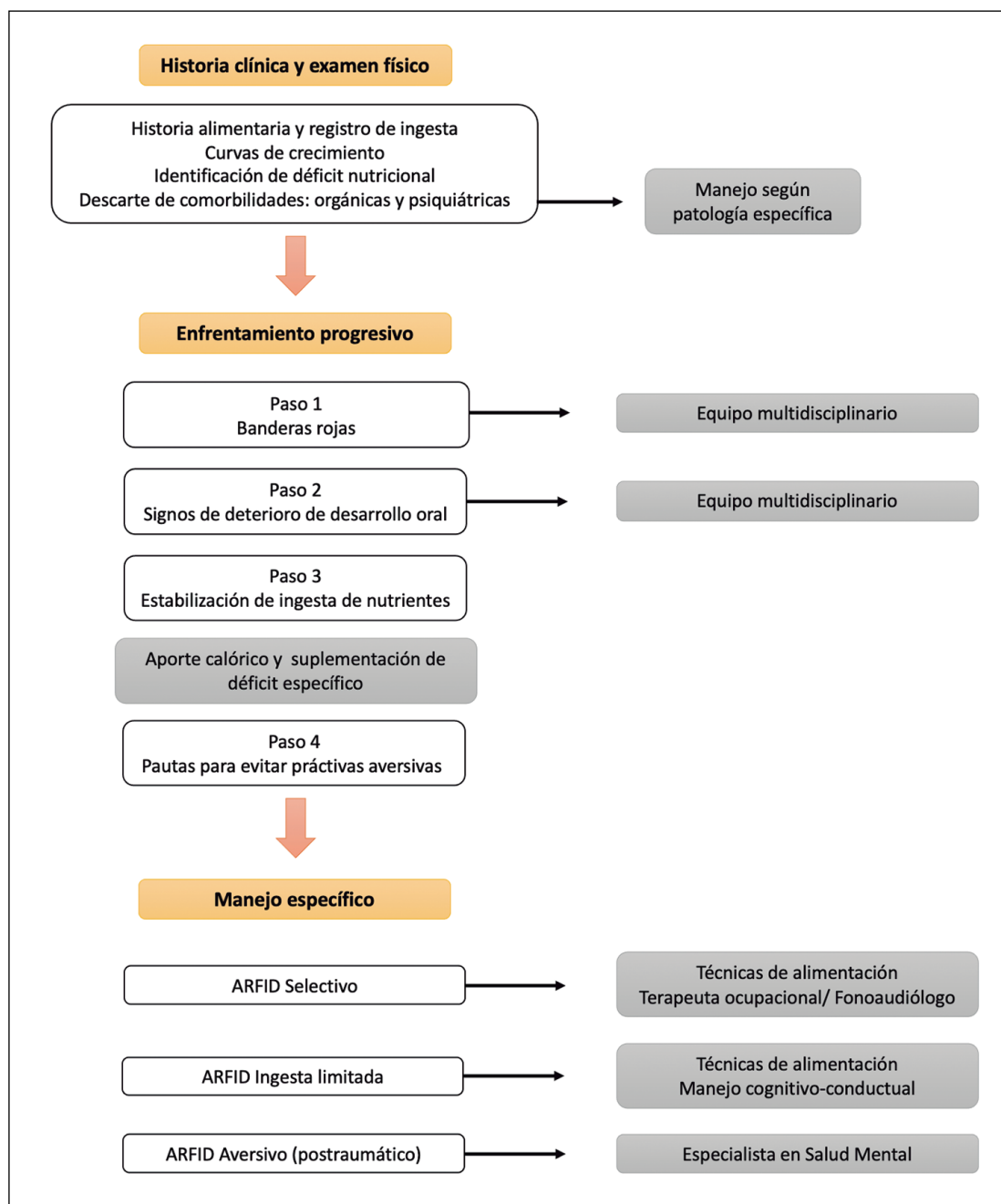
En niños con ARFID de variedad limitada (selectivo) se realiza una desensibilización sistemática y un plan nutricional estructurado con terapia basada en la exposición gradual, técnicas de relajación y juego. Para evitar una pérdida de peso, la ingesta nutricional debe ser proporcionada a través de cantidades suficientes de los alimentos preferidos y/o suplementos líquidos, reservando la alimentación por sonda en casos muy extremos. Los alimentos problemáticos son progresivamente incorporados. Es necesario educar a los padres, aconsejándoles a exponer a los niños a nuevos alimentos firme y repetidamente. Los alimentos deben ser ofrecidos de 8-15 veces sin presión para lograr su aceptación. Pueden ser necesarias otras técnicas, como “esconder” verduras en salsas, utilizar “aditivos” para

**Tabla 4. Estrategias de enfrentamiento del trastorno de evitación y restricción de la ingesta de alimentos**

| Paso 1<br>Banderas rojas               | Paso 2<br>Signos de deterioro de desarrollo oral        | Paso 3<br>Estabilización de ingesta de nutrientes                              | Paso 4<br>Pautas para evitar prácticas aversivas     |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Síntomas cardio-respiratorios crónicos | Dificultad para manejar alimentos o líquidos en la boca | Aporte calórico adecuado para recuperación nutricional                         | Limitar la duración de cada alimentación (20-30 min) |
| Deficiencias nutricionales             | Dificultad para lograr los hitos alimentarios           | Polivitamínico y suplementación de minerales para ingesta de variedad limitada | Tolerar desorden apropiado para la edad              |
| Vómitos y diarrea                      | Tono muscular alterado                                  | Suplementación de deficiencia específica                                       | Evitar jugo y dar sólo agua para la sed              |
| Retraso en el desarrollo               | Presencia de náuseas o atoro                            |                                                                                | Mantener una actitud neutral                         |
| Disfagia                               | Rechazo de nuevas texturas                              |                                                                                | Comidas cada 3-4 h                                   |
| Aspiración                             | Salivación excesiva                                     |                                                                                | Dar alimentos apropiados para la edad                |
| Retraso del crecimiento                | Control postural deficiente                             |                                                                                | Ofrecer nuevos alimentos (8-15 veces)                |
|                                        |                                                         |                                                                                | Evitar las distracciones                             |
|                                        |                                                         |                                                                                | Estimular el comer solo                              |

\*Tabla adaptada de Milano et al.<sup>6</sup>





**Figura 1.** Flujograma de enfrentamiento y manejo de Trastorno de Evitación y Restricción de la Ingesta de Alimentos (ARFID).

mejorar el sabor, modelar la alimentación, dar a los alimentos nombres atractivos, involucrar a los niños en la preparación, y presentarlos en diseños atractivos. La técnica del “encadenamiento de los alimentos” que consiste en el reemplazo gradual de alimentos que son aceptados por otros con características o formas similares, en que los volúmenes ofrecidos van intercambiándose progresivamente<sup>41</sup>. Otras técnicas conductuales incluyen la distracción para evitar náuseas, y el uso de técnicas para que el alimento no quede retenido en las mejillas, recorriendo la boca del niño con la cuchara, o guiando al niño físicamente para aceptar la comida.

Se debe evaluar la presencia de alteraciones sensoriales que puedan influir en el rechazo alimentario que pueden ser trabajadas por terapeutas ocupacionales o fonoaudiólogos con experiencia en el tema, así como ser exhaustivo en la búsqueda de comorbilidad psiquiátrica, principalmente de trastornos del neurodesarrollo. La mayoría no presentan alteración de crecimiento pero al ser altamente selectivos, especialmente de alimentos como carnes, frutas y verduras, en algunos casos pudieran requerir suplementos de micronutrientes que contengan vitaminas, calcio, hierro y zinc<sup>35</sup>.

En el caso de los niños con TEA, la intervención

conductual representa un tratamiento respaldado para los trastornos de alimentación en pacientes pediátricos y es utilizado en ellos, ya que se ha observado mejoría en la expansión de la variedad nutricional. Sin embargo, estas estrategias han sido llevadas a cabo en recintos hospitalarios, en pocos lugares geográficos y con alto costo, por lo que actualmente ensayos clínicos postulan las terapias grupales para padres, debido al rol central que cumplen diariamente en modificaciones conductuales y en un entorno más familiar<sup>42,43</sup>.

En ARFID aversivo (postraumático) se debe buscar algún gatillante del cambio en la conducta alimentaria, así como la presencia de síntomas ansiosos y fóbicos a lo largo de la vida<sup>26</sup>, en estos casos la literatura sugiere manejo por especialistas de salud mental, tratamiento con psicoterapia de base cognitivo conductual y evaluar el uso de psicofármaco, si corresponde<sup>44,45</sup>. Existen escasas publicaciones de casos de tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y/o de antipsicóticos, el uso de estos fármacos debe ser reservado para uso caso a caso por especialistas que evalúen riesgo versus beneficio. Algunas técnicas que podrían ser utilizadas son cambiar el entorno de la alimentación, usar utensilios diferentes, terapia de juego como aumentar secuencialmente el contacto con los alimentos, seguido de felicitaciones y recompensas.

En los casos más severos de ARFID, algunos pacientes pueden requerir hospitalización<sup>40</sup> para completar estudio e iniciar la realimentación, utilizando sonda nasogástrica (SNG). El uso de SNG debe ser considerado si el niño no es capaz de cumplir con sus requerimientos a través de la alimentación oral o en el contexto de inestabilidad médica como severa malnutrición o deficiencia de micronutrientes que pueden conducir a mayor morbilidad. Sin embargo, hasta la fecha existe poca evidencia de su recomendación en ARFID y las guías clínicas están basadas principalmente en experiencias, consensos e información extrapolada de pacientes con anorexia nervosa. Katzman et al.<sup>46</sup> recomienda que al momento de decidir su instalación se debe considerar sus posibles consecuencias negativas en un paciente estable, como contribuir a la aversión alimentaria en contexto de clínica sugerente de hipersensibilidad y náuseas. Además la instalación de SNG no debe asociarse a un cese del esfuerzo en lograr la rehabilitación oral y debe ser removida al lograr objetivos nutricionales<sup>47</sup>. La gastrostomía está solo reservada para casos severos que no responden a tratamiento multidisciplinario.

## Fármacos

El uso de estimulantes del apetito como la ciproheptadina podría ser de utilidad en niños con ARFID de limitada ingesta, pero su mecanismo de acción no es bien conocido. Harrison et al.<sup>48</sup> en su revisión incluye diez artículos de niños con bajo peso, quienes mejoran su peso en algún grado, pero en ninguno de ellos se objetiva el cambio de apetito. Los suplementos de vitamina B<sub>12</sub>, hierro, zinc, calcio, vitamina D o polivitamínicos están recomendados en los casos de baja ingesta o deficiencia, en especial en el período de recuperación nutricional por un aumento de los requerimientos.

En relación al manejo psiquiátrico de los pacientes con ARFID, no existe indicación de tratamiento farmacológico basado en la evidencia. Spettigue et al. describe seis casos de comorbilidad de ARFID y ansiedad que responde bien al uso de farmacoterapia y terapia familiar, todos fueron tratados con un antipsicótico en conjunto con un ISRS<sup>49,50</sup>. En relación a los pacientes con ARFID aversivos, donde se ha producido un evento de asfixia seguido de un rechazo a alimentarse y/o ingerir líquidos, en reportes de casos se han descrito como útiles los ISRS<sup>44,45</sup>.

## Conclusión

Los trastornos de alimentación en la edad pediátrica han sido descritos históricamente y van desde una percepción errónea de los cuidadores hasta una patología orgánica. El diagnóstico de ARFID nace de la necesidad de establecer una entidad clínica, la cual previamente se clasificaba como otros trastornos de la conducta alimentaria o inespecíficos. El enfrentamiento progresivo nos facilita el manejo y tratamiento, permitiendo pesquisar las distintas etapas de gravedad. Tanto los trastornos leves como los moderados pueden ser enfrentados con diferentes técnicas de alimentación y estilos parentales, dejando los casos más severos para los equipos multidisciplinarios. Por ahora la evidencia de las estrategias terapéuticas es escasa, por lo que es vital reportar la experiencia clínica para generar mayor conocimiento.

## Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.



## Referencias

- Kerzner B, Milano K, MacLean WC, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015;135(2):344-53.
- Bourne L, Bryant-Waugh R, Cook J, Mandy W. Avoidant/restrictive food intake disorder: A systematic scoping review of the current literature. *Psychiatry Res*. 2020;288:112961.
- Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT. Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disord*. 2010;43(2):98-111.
- Silverman AH, Erato G, Goday P. The relationship between chronic paediatric feeding disorders and caregiver stress. *J Child Heal Care*. 2020;1367493520905381 (publicado en línea).
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2013.
- Milano K, Chatoor I, Kerzner B. A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Curr Gastroenterol Rep*. 2019;21(10):51.
- Kreipe RE, Palomaki A. Beyond picky eating: Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(4):421-31.
- Kurz S, van Dyck Z, Dremmel D, Munsch S, Hilbert A. Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(7):779-85.
- Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E, Hollenbeak CS, Ornstein RM. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *J Eat Disord* 2014;2(1):21.
- Sharp WG, Berry RC, McCracken C, et al. Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: A meta-analysis and comprehensive review of the literature. *J Autism Dev Disord*. 2013;43(9):2159-73.
- Mukkada VA, Haas A, Maune NC, et al. Feeding dysfunction in children with eosinophilic gastrointestinal diseases. *Pediatrics*. 2010;126(3):e672-7.
- Pagliari CL, Bühler KEB, Ibidi SM, Limongi SCO. Dietary transition difficulties in preterm infants: Critical literature review. *J Pediatr (Rio. J)*. 2016;92(1):7-14.
- Zimmerman J, Fisher M. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017;47(4):95-103.
- Thomas JJ, Lawson EA, Micali N, Misra M, Deckersbach T, Eddy KT. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: a Three-Dimensional Model of Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(8):54.
- Menzel JE, Reilly EE, Luo TJ, Kaye WH. Conceptualizing the role of disgust in avoidant/restrictive food intake disorder: Implications for the etiology and treatment of selective eating. *Int J Eat Disord*. 2019;52(4):462-5.
- Zickgraf HF, Richard E, Zucker NL, Wallace GL. Rigidity and Sensory Sensitivity: Independent Contributions to Selective Eating in Children, Adolescents, and Young Adults. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2020;19:1-13 (publicado en línea).
- Cerniglia L, Marzilli E, Cimino S. Emotional-Behavioral Functioning, Maternal Psychopathologic Risk and Quality of Mother-Child Feeding Interactions in Children with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11):3811.
- Castenmiller J, de Henauw S, Hirsch-Ernst KI, et al. Appropriate age range for introduction of complementary feeding into an infant's diet. *EFSA J*. 2019;17(9):5780.
- Baumrind D. Current patterns of parental authority. *Dev Psychol*. 1971;4(1)Part 2:1-103.
- Lopez NV, Schembre S, Belcher BR, et al. Parenting styles, food-related parenting practices, and children's healthy eating: A meditation analysis to examine relationships between parenting and child diet. *Appetite*. 2018;128:205-13.
- Savage JS, Fisher JO, Birch LL. Parental influence on eating behavior: Conception to adolescence. *J Law Med Ethics*. 2007;35(1):22-34.
- Finistrella V, Manco M, Ferrara A, Rustico C, Presaghi F, Morino G. Cross-sectional exploration of maternal reports of food neophobia and pickiness in preschooler-mother dyads. *J Am Coll Nutr*. 2012;31(3):152-9.
- Thomas JJ, Brigham KS, Sally ST, Hazen EP, Eddy KT. Case 18-2017 - An 11-Year-Old Girl With Difficulty Eating After a Choking Incident. *N Engl J Med*. 2017;376(24):2377-86.
- Cooney M, Lieberman M, Guimond T, Katzman DK. Clinical and psychological features of children and adolescents diagnosed with avoidant/restrictive food intake disorder in a tertiary care eating disorder program: a descriptive study. *J Eat Disord*. 2018;6:7.
- Thomas JJ, Eddy KT. 2019. Cognitive-behavioral therapy for avoidance/restrictive food intake disorder: children, adolescents and adults. 1era edición. University Printing House, Cambridge, United Kingdom.
- Kambanis PE, Kuhnle MC, Wons OB, et al. Prevalence and correlates of psychiatric comorbidities in children and adolescents with full and subthreshold avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord*. 2020;53(2):256-65.
- Sharp WG, Postorino V, McCracken CE, et al. Dietary Intake, Nutrient Status, and Growth Parameters in Children with Autism Spectrum Disorder and Severe Food Selectivity: An Electronic Medical Record Review. *J Acad Nutr Diet*. 2018;118(10):1943-50.
- Meyer R. Nutritional disorders resulting from food allergy in children. *Pediatr Allergy Immunol*. 2018;29(7):689-704.
- Meyer R, Rommel N, Van Oudenhove L, Fleming C, Dziubak R, Shah N. Feeding difficulties in children with food protein-induced gastrointestinal allergies. *J Gastroenterol Hepatol*. 2014;29(10):1764-9.
- Coulthard H, Harris G, Emmett P. Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. *Matern Child Nutr*. 2009;5(1):75-85.
- Robson J, Laborda T, Fitzgerald S, et al. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Diet-treated Children With Eosinophilic Esophagitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2019;69(1):57-60.
- Park J, Thoyre SM, Pados BF, Gregas M. Symptoms of Feeding Problems in Preterm-born Children at 6 Months to 7 Years Old. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2019;68(3):416-21.
- Sanchez K, Spittle AJ, Slattery JM, Morgan AT. Oromotor Feeding in Children Born Before 30 Weeks' Gestation and Term-Born Peers at 12 Months' Corrected Age. *J Pediatr*. 2016;178:113-18.e1.
- Criado KK, Sharp WG, McCracken CE, et al. Overweight and obese status in children with autism spectrum disorder and disruptive behavior. *Autism*. 2017;22(4):450-9.
- Feillet F, Bocquet A, Briand A, et al. Nutritional risks of ARFID (avoidant restrictive food intake disorders) and related behavior. *Arch Pediatr*. 2019;26(7):437-41.
- Chiarello F, Marini E, Ballerini A, Ricca V. Optic neuropathy due to nutritional deficiency in a male adolescent with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: a case report. *Eat Weight Disord*. 2018;23(4):533-5.
- Yanagimoto Y, Ishizaki Y, Kaneko K. Iron deficiency anemia, stunted growth, and developmental delay due to avoidant/restrictive food intake disorder by restricted eating in autism spectrum

- disorder. *Biopsychosoc Med*. 2020;14:8.
38. Sharp WG, Berry RC, Burrell L, Scahill L, McElhanon BO. Scurvy as a Sequela of Avoidant-Restrictive Food Intake Disorder in Autism. *J Dev Behav Pediatr*. 2020;41(5):397-405.
39. Krom H, van der Sluijs Veer L, van Zundert S, et al. Health related quality of life of infants and children with avoidant restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord*. 2019;52(4):410-8.
40. Sharp WG, Volkert VM, Scahill L, McCracken CE, McElhanon B. A Systematic Review and Meta-Analysis of Intensive Multidisciplinary Intervention for Pediatric Feeding Disorders: How Standard Is the Standard of Care?. *J Pediatr*. 2017;181:116-24.e4.
41. Fishbein M, Cox S, Swenny C, Mogren C, Walbert L, Fraker C. Food chaining: A systematic approach for the treatment of children with feeding aversion. *Nutr Clin Pract*. 2006;21(2):182-4.
42. Sharp WG, Burrell TL, Jaquess DL. The Autism MEAL Plan: A parent-training curriculum to manage eating aversions and low intake among children with autism. *Autism*. 2014;18(6):712-22.
43. Sharp WG, Burrell TL, Berry RC, et al. The Autism Managing Eating Aversions and Limited Variety Plan vs Parent Education: A Randomized Clinical Trial. *J Pediatr*. 2019;211:185-92.e1.
44. Hosoglu E, Akça ÖF. Escitalopram in the Treatment of a 3-Year-Old Child with Posttraumatic Feeding Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2018;28(2):153-4.
45. Celik G, Diler RS, Tahiroglu AY, Avci A. Fluoxetine in posttraumatic eating disorder in 2-year-old twins. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2007;17(2):233-6.
46. Katzman DK, Norris ML, Zucker N. Avoidant restrictive food intake disorder: First do no harm. *Int J Eat Disord*. 2019;52(4):459-61.
47. Edwards S, Davis AM, Bruce A, et al. Caring for tube-fed children: A review of management, tube weaning, and emotional considerations. *J Parenter Enter Nutr*. 2016;40(5):616-22.
48. Harrison ME, Norris ML, Robinson A, Spettigue W, Morrissey M, Isserlin L. Use of cyproheptadine to stimulate appetite and body weight gain: A systematic review. *Appetite*. 2019;137:62-72.
49. Spettigue W, Norris ML, Santos A, Obeid N. Treatment of children and adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder: A case series examining the feasibility of family therapy and adjunctive treatments. *J Eat Disord*. 2018;6:20.
50. Couturier J, Isserlin L, Norris M, et al. Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Eat Disord*. 2020;8:4.