



UNED. Facultad de Ciencias
Nutrición y Dietética.

Guía de Alimentación y Salud

Alimentación en la Infancia



Indice

1.	INTRODUCCIÓN.....	2
2.	¿QUÉ DEBES SABER PARA ELABORAR UNA DIETA ADECUADA PARA LOS ESCOLARES?.....	2
2.1.	Necesidades Nutricionales del Niño sano.....	2
2.2.	Selección de los alimentos	4
2.3.	Los comedores escolares.....	5
3.	GUÍA PRACTICA	6
3.1.	Los hábitos Alimentarios	7
3.2.	Factores psicosociales.....	7
3.3.	¿Cómo se prepara un buen menú a los escolares?	9
3.4.	Las raciones más adecuadas.....	9
3.5.	Menú-dieta tipo	10
3.6.	Recomendación final	10
4.	ALIMENTACIÓN DEL NIÑO EN SITUACIONES PATOLÓGICAS	11
4.1.	OBESIDAD INFANTIL.....	11
4.2.	DELGADEZ	12
4.3.	DEFICIENCIAS DE HIERRO.....	13
4.4.	CARIES DENTAL	13
4.5.	ALERGIAS E INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS	13
4.6.	DIARREA AGUDA	14
4.7.	EL ESTREÑIMIENTO	15
4.8.	ALIMENTACIÓN EN EL NIÑO INSULIN-DEPENDIENTE	16
4.9.	ALIMENTACIÓN EN NIÑOS CON HIPERLIPEMIA	19
4.10.	ENFERMEDAD CELÍACA.....	20
4.11.	EL NIÑO QUE NO COME	20
4.12.	EPILEPSIA	20

1. INTRODUCCIÓN

La alimentación constituye uno de los problemas más importantes con los que se enfrentan los adultos responsables de los niños en edad escolar.

En esta etapa, la voluntad infantil lleva a los niños a elegir cosas en general y alimentos en particular según su percepción sensitiva: colores, sabores, textura etc. Habitualmente los alimentos elegidos con este criterio no corresponden con los más adecuados para el desarrollo infantil y sí con los más deficitarios en nutrientes y perjudiciales para la salud.

foto de vegetales/pescados frente a hamburguesas/perritos calientes

Esta situación de elección de alimentos poco nutritivos, no conduce a una malnutrición más o menos severa. Habitualmente el problema clínico que aparece es el desarrollo de estados carenciales sobre todo en micronutrientes. Esto se debe a que las fuentes alimentarias de estos nutrientes pertenecen al grupo de alimentos peor tratados por la población infantil: verduras, frutas frescas, pescados. Son las deficiencias en vitamina D, ácido fólico y zinc más comunes entre los escolares de las sociedades industrializadas.

El objetivo de padres, educadores y demás responsables de los escolares, es el bienestar del niño. En la consecución de este objetivo interviene, de forma decisiva, la buena práctica alimentaria.

Cómo alimentar bien a los niños, a veces, constituye un problema y puede llenar de dudas a los que tienen que diseñar las dietas y los menús diarios. Para apoyar en esta tarea intentaremos, a través de estas páginas, repasar aquellos puntos que es necesario conocer para elaborar una dieta adecuada, y que pueden facilitar mucho su diseño.

2. ¿QUÉ DEBES SABER PARA ELABORAR UNA DIETA ADECUADA PARA LOS ESCOLARES?

Es importante tener en cuenta que **alimentar adecuadamente** es algo más que proveer de alimentos **suficientes** para el crecimiento del cuerpo. En una alimentación adecuada intervienen además de una buena selección de alimentos, la situación socio-familiar, hábitos y costumbres (alimentarios, religiosos etc.), educación, nivel cultural etc. A todo esto, hay que añadir la adaptación al momento fisiológico del niño, posibles situaciones especiales como preoperatorios, periodos de antibioterapia, verano, periodos de mayor actividad física o psíquica etc., que a veces hacen obligado la suplementación o la modificación de la dieta habitual.

2.1. Necesidades Nutricionales del Niño sano.

Las necesidades de la población infantil están condicionadas por el crecimiento del cuerpo, el desarrollo de los huesos, dientes, músculos etc. y también por la necesidad de reservar para la pubertad.

Las necesidades energético proteicas son elevadas, en general más elevadas que las de los adultos. Es un grupo de población con alto riesgo de sufrir malnutrición cuando se mantienen dietas carenciales debido a sus escasas reservas, también son muy proclives a sufrir deshidratación y alteraciones digestivas, en general debido a la falta de hábitos higiénicos y nuevamente por las escasas reservas. Es de todos conocido, la severidad con que la población infantil sufre los efectos de la falta de alimentos causados por las guerras, las situaciones de desastre social, socioeconómico etc. y cómo se arrastran las secuelas durante toda la vida: deficiente desarrollo de huesos, músculos, incluso deficiencias neurológicas.

La RDA son las normas básicas que se siguen para establecer raciones de alimentos adecuadas que aseguren el aporte necesario para el óptimo crecimiento y desarrollo físico y psicológico. Diferentes motivos pueden hacer necesaria la individualización de las recomendaciones.

ENERGIA

La recomendación en energía se cuantifica a partir de las necesidades para cubrir el metabolismo basal, la tasa de crecimiento y la actividad física.

Tabla resumen de las recomendaciones para energía y proteínas

Edad en años	kcal/día	gramos /día
1-3	1300	16
4-6	1800	24
7-10	2000	28

Se recomienda que la energía proceda en un 50-60% de los hidratos de carbono, en un 25-35% de grasa y entre un 10 y un 15% de las proteínas.

PROTEINAS

Es importante saber que las deficiencias proteicas no son frecuentes en las sociedades industrializadas, probablemente debido al énfasis que se hace en el consumo de alimentos ricos en estos nutrientes. En general, sólo sufren riesgos de deficiencias proteicas aquellos individuos sometidos a restricción estricta, como los niños vegetarianos, o los que sufren limitación de algún alimento en la dieta por diferentes patologías.

Tabla resumen de las recomendaciones para energía y proteínas

Edad en años	kcal/día	gramos /día
1-3	1300	16
4-6	1800	24
7-10	2000	28

MINERALES Y VITAMINAS

Al igual que los macronutrientes son estrictamente necesarios para el desarrollo y el crecimiento infantil. Son muy graves para la salud infantil, las deficiencias y alteraciones que puede provocar una ingesta inadecuada de los mismos:

HIERRO: el periodo de 1 a 3 años es el más crítico para sufrir deficiencias. Hay un rápido aumento de la masa sanguínea y de la concentración de hierro. Por ello los alimentos deben ser ricos en hierro pero en una forma susceptible de ser absorbida por parte del intestino. (Ver en la adolescencia, fuentes)

CALCIO: Es necesaria una adecuada mineralización para que el crecimiento óseo sea óptimo. Las necesidades están marcadas por la absorción individual y por la concentración de vitamina D y fósforo que condicionarán su absorción. La leche es el alimento que constituye la principal fuente de calcio, por ello se convierte en un alimento imprescindible, su limitación o exclusión de la dieta puede comportar riesgos importantes. (Ver calcio en la adolescencia)

VITAMINA D: Necesaria para la absorción de calcio ya que es imprescindible para que se lleve a cabo la deposición en los huesos. (Ver en la página de adolescencia)
Se debe asegurar un aporte de 10 microgramos/día cuando sea necesario por vía farmacológica.

ZINC: Es esencial para el crecimiento. Su deficiencia produce falta de crecimiento, disminución del apetito etc. Es necesario asegurar un aporte de 10mg/día. La mejor fuente son las carnes y los pescados estos últimos no suelen ser bien aceptados por los niños. En poblaciones marginales, y en situaciones sociales en las que priman las dietas según los caprichos infantiles, se han detectado deficiencias. Cuando se sospeche de una situación de deficiencia se debe comprobar mediante la analítica adecuada y si es necesario utilizar suplementos farmacológicos. (Ver en los adolescentes)

Tabla resumen de las recomendaciones, en cantidades, de los macro y micronutrientes para la dieta de los escolares:

Recomendación	1-3 años	4-6 años	7-10 años
Vitaminas liposolubles	Ojo aquí o en perinatal		
Vitamina A		2500 RE	3300 RE
Vitamina D		400 microgramos	400 microgramos
Vitamina E		9 microgramos	10 microgramos
Vitaminas hidrosolubles		(mg)	
Ácido Fólico		300mg	400mg
Niacina		16mg	18mg
Riboflavina		1,2mg	1,5mg
Tiamina		1,2mg	1,4mg
Vitamina B6		1,2mg	1,6mg
Ácido Ascórbico		40mg	45mg
Minerales		(mg)	(mg)
Calcio		800	1200
Fósforo		800	1200
Yodo		110	130
Hierro		10	18
Magnesio		250	350
Zinc		10	15

2.2. Selección de los alimentos

La selección de alimentos se debe hacer con el objetivo de conseguir lo mejor para la salud y bienestar del niño.

Como siempre, la primera recomendación es elegir los alimentos para asegurar una **dieta equilibrada**:

El equilibrio de una dieta se consigue desde dos niveles: cualitativo y cuantitativo por lo que la selección de alimentos también debe tener carácter cuantitativo y cualitativo.

Selección cuantitativa

Es necesario ayudarse de tablas de composición de alimentos:

En las tablas se suele expresar la cantidad de energía y nutrientes contenida en 100g de alimento. Pero los niños no comen 100 g de esto o de lo otro, sino que es necesario aportar unas cantidades acordes con su edad, **raciones**, que aseguren el aporte que se establece en las recomendaciones dietéticas. Es decir teniendo en cuenta las cantidades recomendadas. En el apartado anterior, hay que calcular que cantidad de alimento las contienen.

Ejemplo:

Si para un niño de 4-6 años se debe aportar en la dieta diaria 800 mg de calcio, y 100 g (ml) de leche de vaca contienen 125 g de calcio, la relación que tenemos que conseguir es:

Es decir son necesarios 640 g de leche o 640 ml, algo más de medio litro diario

$$100 \quad \frac{800}{125} \quad ? \quad 640 \quad g$$

Así se debe hacer con todos los alimentos que se seleccionen para formar parte de la dieta de forma que aseguramos el aporte adecuado y nos orientamos acerca de la cantidad. Pero sería muy pesado, hacer todas estas cuentas cada vez que se va a servir un plato de comida al niño, y quedaría un poco raro llevar en la mano, además del cazo de servir, un peso en el que medir la cantidad de alimento que se ha de echar en el plato.

Para evitar obsesionarse con los cálculos, se suele recomendar el establecimiento de una selección cualitativo que se basa en el aporte de raciones adecuadas.

Selección cualitativa:

Seleccionar cualitativamente supone elegir los alimentos en las porciones adecuadas a cada comida, en número de veces suficiente para conseguir un aporte completo y de forma que estén representados todos los grupos de alimentos. Las raciones dietéticas aseguran la adecuada representación de todos los alimentos básicos, evitando los superfluos. Una ración es la cantidad o porción adecuada a “un plato normal” de comida. A veces son varias unidades de un alimento las que forman una ración.

Para que una dieta sea equilibrada cualitativamente, deben formar parte de ella todos los grupos de alimentos: **energéticos, plásticos o constructores y reguladores o protectores.**

Tabla de relación entre equilibrio nutricional y práctica alimentaria cotidiana, para cada grupo de alimentos:

Alimentos energéticos	Aportan:
» Grasas (aceites y mantecas)	Lípidos
» Frutos secos grasos (avellanas, cacahuetes).	Lípidos
» Cereales (arroz, pasta, pan)	Hidratos de carbono complejos + vitamina b
» Legumbres (garbanzos, judías, lentejas)	Hidratos de carbono complejos + vitamina b
» Azúcar, miel, chocolate, dulces	Hidratos de carbono solubles
Alimentos plásticos o constructores	Aportan:
» Leche, yogourt y quesos	Proteínas animales, calcio
» Carnes, pescados y huevos	Proteínas animales, calcio
» Legumbres, fruta, grasa y cereales	Proteínas vegetales
» Frutos secos	Calcio
» Huevos, vísceras, legumbres	Hierro
Alimentos reguladores o protectores	Aportan:
» Verduras y frutas frescas	Vitamina C
» Huevos, leche, quesos y mantequilla	Vitamina A y carotenos
» Frutas (coloreadas)	Magnesio
» Hígado, mantequilla	Vitamina D

2.3. Los comedores escolares

Debemos saber que el menú del “comedor escolar” debe aportar entre un 30 y un 35% de las necesidades energéticas diarias y debe ajustarse a las necesidades de micronutrientes esenciales.

La estructura básica debe corresponder a:

Primer plato	Segundo plato	Postre
Pasta ó arroz	Carne	Lácteo
Legumbre + verdura	Pescado	Y/o
Verdura + patatas	Huevos	Fruta
Legumbres + patatas	+ ensalada o verdura	

Hay que saber que los menús en los que se ofrece la posibilidad de elegir, la oferta debe estar coordinada para que la elección se ajuste siempre a la estructura básica. En estos casos, la educación nutricional de los escolares debe ser suficiente para que se corresponda con una buena selección.

Recomendaciones para padres y usuarios de comedores escolares:

- I. Conocer los alimentos que componen el menú, lo que permitirá hacer un menú compensador para la cena.
- II. El desayuno es una comida indispensable. Debe ser lo más equilibrada posible en composición y en cantidad, no deben faltar los alimentos lácteos, frutas y cereales. Aporta un 25% de la energía del día y debe ser suficiente para cubrir toda una mañana de trabajo.
- III. La merienda se debe aprovechar para incluir fruta y lácteos.
- IV. La cena es una comida de esquema similar al almuerzo pero con cantidades reducidas, sin olvidar el aporte lácteo.
- V. La alimentación debe ser variada.
- VI. Se deben utilizar lo menos posible los dulces y la bollería industrial. Se debe elegir que en el menú del comedor se mantenga el postre lácteo y/o la fruta fresca.
- VII. En cuanto a la Fibra, se debe cuidar que se cumpla el aporte de verduras, cereales y pan integrales.
- VIII. PROHIBICIÓN ESTRICTA DEL ALCOHOL
- IX. Se deben evitar salsas y fritos
- X. Se debe promover desde todos los estamentos la educación nutricional.

Además de estas recomendaciones, los padres se deben ocupar de que se cumplan:

- a) Las recomendaciones vinculantes en materia de alimentación por parte de las empresas:

- 1º. Cantidades mínimas por plato y según la edad
- 2º. Textura y forma de presentación
- 3º. Aportes grasos (deben ser de origen vegetal)
- 4º. Está prohibido el uso de mayonesas, cremas y productos de bollería.
- 5º. Se debe utilizar huevo pasteurizado y carnes magras.
- 6º. Cuidados en el transporte de los alimentos, temperatura etc.
- 7º. Notificar los cambios en el menú y guardar una muestra, adecuadamente refrigerada, de los platos servidos, durante tres días.

- b) Se debe hacer entrega a los alumnos de una guía de menús mensual.

Por último, se debe insistir en que el comedor escolar puede y debe ser un marco en el que día a día los niños adquieran unos mejores hábitos alimentarios y comprendan las normas para la buena práctica alimentaria durante toda la vida.

3. GUÍA PRACTICA

Una vez conocida la cantidad de cada alimento y los grupos de alimentos, según sus características nutricionales, es muy importante conocer las peculiaridades de la alimentación infantil, para conseguir unos buenos resultados dietéticos, nutricionales y sobre todo familiares.

De nada sirve que pongamos un plato bien lleno de acelgas con aceite de oliva, que es nutritivamente muy adecuado, si el niño lo va a rechazar. Todavía sirve menos cuando establecemos auténticas "batallas" para que el niño tome un trozo de pescado. La fuerza siempre aporta algo, pero la razón y el sentido común suelen aportar más.

Para comer mejor, es necesario gastar lo que se va acumulando y estar bien oxigenado. Por lo tanto es necesario jugar al aire libre, hacer deporte con asiduidad y comer bien, para compensar las pérdidas originadas por todas las actividades, incluida la de crecer y desarrollarse. Hay que evitar acumular en exceso.

Una situación emocional adecuada ayuda a disfrutar más de la comida. La comida con otros adultos y al mismo tiempo enseña no sólo las pautas comportamentales adecuadas, sino también a sentir placer por la comida.

3.1. Los hábitos alimentarios

Cambios en los hábitos alimentarios en los niños a partir del primer año

Los niños a partir del primer año cambian mucho su **comportamiento alimentario**. Hasta ese momento, los niños comen lo que se les da, aproximadamente a partir de los dos años empiezan a comer solos. Progresivamente empiezan a utilizar los cubiertos. Primero la cuchara, que normalmente está condicionado por el cambio de textura de los alimentos, sopas, purés etc. y poco a poco los demás. También dejan de utilizar el biberón y empiezan a beber en vaso.

Cambios en el número de alimentos

A medida que se van incluyendo diferentes alimentos en la dieta, se producen cambios en los sabores, se van mezclando sabores y texturas. Es conveniente ir incluyendo poco a poco frutas, verduras, pasta, cereales cocinados de diferente forma y con diferentes condimentos.

Cambios en el número de comidas diarias

Es importante distribuir las comidas en 4-5 tomas. Tres de ellas deben ser completas y equilibradas en cantidad y calidad, es decir deben contener todos los tipos de alimentos (plásticos, energéticos y reguladores) en las proporciones adecuadas. Las otras dos comidas intermedias, de sostén, ligeras pero no por ello menos nutritivas. No se deben utilizar para aportar alimentos superfluos. Son las más apropiadas para los alimentos lácteos y derivados.

Es importante acostumbrar a los niños a **comidas para días especiales**, incluso la posibilidad de “hacer algún exceso” en ellas, reservando los fritos, dulces etc. para estas situaciones, que se pueden asociar a fiestas familiares, infantiles o comidas fuera de casa.

Cambios en la forma de cocinar

Otro aspecto que se debe cuidar en las dietas infantiles es la técnica culinaria. Muchas comidas no son agradables por el olor o el sabor, a veces, también influye la textura. Puede ser imprudente y contraproducente introducir en la dieta infantil alimentos de sabor intenso, como los picantes, en salazón, en escabeche, ahumados etc. antes de los 7-8 años. En cuanto a la textura, se deben ir eliminando los purés como alimento diario y pasar al número de veces que lo toman los adultos de la casa. A partir de los 3 años, deben aprender a saborear diferentes verduras por separado, separar también la carne roja, el pescado y el pollo. Es decir se debe introducir la idea de 1-2 platos en cada comida importante o empezar por platos combinados que se componen de diferentes alimentos en diferentes porciones o unidades.

Se deben ir incluyendo a partir de los 3-4 años, las comidas en guisos, mezclar carne o pescado con verduras, patatas, pasta, o bien cereales con verdura pero no para servir en forma de purés sino en forma de comida conjunta. Este tipo de comida facilita la palatabilidad y desarrolla el gusto.

3.2. Factores psicosociales

Además de todos estos cambios, hay otros factores que pueden modificar para bien o para mal la alimentación infantil, por lo que desde la razón y el sentido común se deben modular, para conseguir los mejores objetivos.

Ambiente familiar

La familia influye en los niños de forma decisiva. Éstos aprenden imitando a sus mayores en todo. Así adquieren los buenos y los malos hábitos en todos los órdenes de la vida, incluida la alimentación.

En la mesa es necesario tener en cuenta que son los adultos los encargados de seleccionar la comida de los más pequeños pero no por ello las deben convertir en aburridas y monótonas. Tampoco hay que olvidar que “la hora de comer” debe ser lo más agradable y distendida posible. Comer toda la familia junta es importante. La separación “de los pequeños suele revertir en hábitos poco saludables”.

El trabajo de las mujeres

Actualmente encargadas del hogar y también trabajando fuera de casa, cada vez se tiene menor disponibilidad de tiempo para elaborar comidas, y obliga a hacer comidas fuera de casa. Esto revierte, a priori, en un menor control sobre la alimentación familiar. En este aspecto, una mejor educación nutricional de todos los miembros de la familia facilitará una mejor alimentación, no se debe caer en la tentación de dejar parte de estos quehaceres en manos de la fast-food (comida rápida, precocinada o similar), ni a los productos enlatados. Un poco de voluntad en la buena práctica alimentaría de todos puede hacer mucho por las comidas familiares.

Condiciones económicas

Si son de penuria económica condicionan la selección de comidas de peor calidad, sin hacer el esfuerzo de pensar en posibles combinaciones que no suponen una mayor carga económica. Este aspecto es muy dependiente de la educación nutricional, el conocimiento de las equivalencias alimentaría y algunos trucos culinarios.

Televisión

El número de horas de televisión que cada niño soporta en el periodo de su infancia es muy elevado. La influencia se ejerce a varios niveles:

- ▶ Los niños están sentados disminuyendo notablemente la actividad física y con ello el gasto energético. Esta situación supone corregir en cantidad energética la dieta habitual de los niños para evitar problemas derivados del elevado consumo y del poco gasto (obesidad).
- ▶ Los niños se dejan influenciar por los anuncios de diferentes alimentos que son los que eligen para su dieta, sin medida alguna de su calidad y aptitud. Los adultos a veces tienen que resolver este problema tras auténticas batallas.

Limitar el número de horas delante del televisor es lo recomendable.

La moda

Al igual que en todos los demás aspectos de la vida, la moda condiciona la alimentación en un momento determinado. Hay que tener en cuenta, que no todo lo que el mercado ofrece como novedoso es lo más adecuado ni aconsejable. Diferentes formas de yogourt, galletas, aperitivos, precocinados, son fruto del marketing y no de la razón nutricional. Con el tiempo se abandonan pero para entonces ya se han producido los efectos no deseables.

Los periodos de enfermedad

Los niños que enferman con frecuencia, o que pasan largos periodos de tiempo en cama, o después de un simple catarro, lo reflejan de forma drástica en sus hábitos alimentarios.

En este sentido, hay que saber que cuando el problema exige la modificación de la alimentación, no hay duda, hay que modificar la dieta. Pero cuando no es así, hay que intentar modificar los caprichos y no los alimentos pues a veces se puede hasta complicar el problema de partida.

Comidas fuera de casa

Actualmente, los cambios sociales han obligado a que los niños pasen gran parte del día fuera de casa, con lo que de 2 a 3 comidas las hacen fuera a tenor de lo que decidan los Servicios de comida o catering, o bien sirviéndose de bocadillos.

Este condicionante se debe tener muy en cuenta a la hora de elaborar las comidas que se realizan dentro de la casa, de forma que se compensen los déficit que se puedan producir.

En este sentido cobran especial importancia **los comedores escolares**.

3.3. ¿Cómo se prepara un buen menú a los escolares?

Con todos los conocimientos adquiridos en los apartados anteriores, se tiene ganado mucho en la difícil tarea de alimentar a los niños pero todavía faltan unas cuestiones prácticas.

El número de comidas

Al menos deben ser cinco las que se realicen cada día. De ellas tres deben ser más fuertes y soportar la mayor parte de la energía y nutrientes. En nuestra sociedad se reconocen así el desayuno, la comida de mediodía y la cena. Las otras dos comidas son de sostén y más ligeras. Esta característica no debe propiciar el aporte de alimentos superfluos, deben ser comidas complementarias y en ellas se pueden aportar aquellos alimentos que requieren un mayor número de raciones diarias como son la leche, la fruta y los cereales.

Los alimentos que debe incluir cada comida

En cada comida de las que hemos llamado importantes (desayuno, almuerzo y cena) se deben incluir la mayor parte de los alimentos energéticos, plásticos y reguladores. La estructura de estas comidas ya ha sido repasada en la parte de comedores escolares.

Hay que tener en cuenta que:

- Se debe aportar al menos medio litro de leche diario.
- Se deben evitar las grasas animales, sobre todo evitar los dulces industriales.
- Se debe incluir diariamente alimentos ricos en fibra.
- Se deben excluir en lo posible colorantes y conservantes.
- No se debe sustituir la fruta fresca por zumos. Son alimentos complementarios.
- Se deben dejar los fritos y precocinados para situaciones especiales no como alimento habitual.
- Las tartas y dulces si pueden ser caseros, mejor. En cualquier caso tampoco deben formar parte de la dieta habitual.

3.4. Las raciones más adecuadas

Para los niños en edad escolar se recomienda el siguiente número de raciones diarias

Lácteos	4-5 raciones diarias
Farináceos	5 raciones diarias
Verduras	3 raciones
Frutas	5 raciones
Cárnicos	2 raciones
Grasa	40 g (aceite oliva)

Cada una de las raciones debe tener un peso aproximado de:

Alimento	2-4 años	5-10 años
Lácteos		
Leche o yogourt	150 ml	200 ml
Requesón y queso fresco	40 g	50 g
Queso semi	40 g	50 g
Carnes y equivalentes		
Carnes	100g	120g
Pescados	120 g	150 g
Jamón cocido	50-100g	100g
Huevos	1 unidad	1 unidad
Pollo	mitad de cuarto	cuarto
Farináceos		
Pan	50 g	80 g
Arroz o pasta	50 g	100 g
Patatas	180 g	200 g
Legumbres	50 g	100 g

Frutas		
En general	150g	150g
Verduras		
En general	150g	200g

Tabla de distribución aproximada de calorías por comida:

Edad	Desayuno	Comida	Merienda	Cena	Recena
3-6	550 kcal	600 kcal	250kcal	400kcal	50kcal
7-10	600 kcal	650 kcal	300 kcal	450kcal	50kcal

3.5. Menú-dieta tipo

Conocidos los alimentos, el número de veces que se debe aportar cada uno y la distribución a lo largo del día, sólo queda elaborar un menú dieta que sirva como ejemplo o guía y que está abierto a todas las adaptaciones familiares, personales etc...

Comida	Alimentos
Desayuno	Leche Fruta Cereales
Media mañana	Pan Jamón Fruta
Almuerzo	Pasta /arroz/verdura Pollo/huevos/pescado/carne roja Fruta Pan Ensalada
Merienda	Leche o similar Fruta Pan
Cena	Similar al almuerzo, sin repetir alimentos y compensando.

3.6. Recomendación final

Para comer mejor, es necesario gastar lo que se va acumulando y estar bien oxigenado. Por lo tanto es necesario jugar al aire libre, hacer deporte con asiduidad y comer bien, para compensar las pérdidas originadas por todas las actividades, incluida la de crecer y desarrollarse. Hay que evitar acumular en exceso.

Una situación emocional adecuada ayuda a disfrutar más de la comida. La comida con otros adultos y al mismo tiempo enseña no sólo las pautas de comportamiento adecuadas, sino también a sentir placer por la comida.

4. ALIMENTACIÓN DEL NIÑO EN SITUACIONES PATOLÓGICAS

4.1. OBESIDAD INFANTIL

La elevada prevalencia de la obesidad infantil en nuestro medio, su influencia negativa en el desarrollo psicosocial del niño, el riesgo de perpetuarse en la edad adulta y sus nefastas consecuencias, hacen obligado un repaso por esta patología que está íntimamente relacionada con la nutrición, tanto en su origen como en su curación.

Son muchos los factores que intervienen en el desarrollo de la obesidad en la sociedad actual:

- ▶▶ Idea del niño sano=gordo
- ▶▶ Comidas excesivamente ricas en grasas animales
- ▶▶ Excesivo número de horas de televisión
- ▶▶ Disminución del ejercicio físico
- ▶▶ Causas genéticas

Tratamiento: El tratamiento de esta patología se realiza teniendo en cuenta la edad, grado de obesidad, motivación y entorno familiar y social.

En casos de poca severidad se recomienda:

- ▶▶ Mantener el peso
- ▶▶ Reorganizar la dieta
- ▶▶ Seguir el crecimiento del niño,.
- ▶▶ En estos casos no se recomiendan las dietas restrictivas.

En los casos de mayor severidad:

- ▶▶ Se recomienda una restricción energética que no comporta riesgos.
- ▶▶ Se debe conseguir una lenta disminución del peso y buen control de la función del riñón.

DIEZ puntos a tener en cuenta en el SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO de la obesidad infantil severa:

- 1º. Captación: desde cualquier consulta o centro de salud
- 2º. Diagnóstico: evaluación del IMC (índice de masa corporal) $P/T2 > P90$ CURVAS DE PERCENTILES o con un sobrepeso de 20-30% que indica obesidad ligera, 30-40% moderada y por encima del 40% severa.
- 3º. Recogida de datos: información sobre la dieta, familia, hábitos, aspectos psicológicos del niño, encuesta nutricional de 3 días con uno festivo, encuesta de actividad.
- 4º. Exploración física: es necesario descartar patologías ortopédicas, endocrinológicas, HTA, carencias y otros.
- 5º. Establecimiento de controles/visitas periódicas
- 6º. Valoración de parámetros bioquímicos y antropométricos
- 7º. Confección de la dieta: teniendo en cuenta:
 - ▶▶ Necesidades nutricionales
 - ▶▶ Proporciones entre los distintos principios inmediatos
 - Se recomienda una distribución de:
 - ▶▶ hidratos de carbono 50%
 - ▶▶ grasas 30%
 - ▶▶ proteínas 20%
 - Con un aporte de energía de:
 - ▶▶ kcal/kg/día para niños de 3-5 años
 - ▶▶ 80 kcal/kg/día para niños de 6-10 años
 - ▶▶ Gustos del niño

- ▶▶ Grado necesario de restricción. Se debe tender a dietas ligeramente hiperproteicas. Se suelen disminuir las grasas hasta un 20% inicialmente (durante los tres primeros meses aproximadamente), se calculan 1500-1800 kcal.
- ▶▶ Se deben evitar los alimentos innecesarios

8º. Educación sanitaria:

- ▶▶ Información sobre el valor calórico de los alimentos.

Uno de los métodos más utilizados para que los niños aprendan el valor nutritivo de los alimentos es la asignación de éstos a uno de los colores de los semáforos:

Alimentos verdes: menos de 40 kcal/100g SE PUEDEN COMER LIBREMENTE

Acelgas, alcachofas, calabacín, puerro, col, coliflor, champiñón, espárragos, espinacas, judías verdes, lechuga, tomates, zanahorias, sandía, melón, mandarina, naranja, melocotón, fresa, albaricoque, leche desnatada.

Alimentos amarillos: tienen menos de 300 kcal/100g. COMER SÓLO LO INDICADO EN LA DIETA.

Pan blanco o integral, leche entera, queso de Burgos, yogourt, huevos, carne magra de cerdo, vaca o pollo, jamón serrano, todos los pescados y mariscos, guisantes, patatas, tomate frito, cerezas, ciruelas, chirimoyas, zumos de fruta.

Alimentos rojos: tienen más de 300 kcal/100 g. PROHIBIDOS

Arroz, bollos, galletas, pastas, leche condensada, nata, quesos, azúcar, miel, fritos, mantequilla, margarina, todos los frutos secos, alimentos muy grasos (derivados o no del cerdo), todos los embutidos, chocolates, bombones, cacao, helados, salsas y mayonesas, fritos industriales.

MÁXIMO 4/SEMANA: garbanzos, judías, lentejas

- ▶▶ Fomentar la actividad física de manera pactada
- ▶▶ Anotar de alguna forma todo lo que se come

9º. Modificación de la conducta: ejercicio físico aumentado, disminución de horas de televisión, aumento del número de comidas por día, cantidad, tipo y frecuencia. Hay que establecer objetivos de acuerdo con la edad y situación familiar del niño, los premios o puntos que se ganan también deben ser acordes con la edad.

10º. Apoyo psicológico a la familia y al niño

4.2. DELGADEZ

La pérdida de peso puede obedecer a múltiples circunstancias por lo que se debe diagnosticar cuidadosamente. Suele obedecer a

- ▶▶ Enfermedad crónica
- ▶▶ Dietas restrictivas
- ▶▶ Disminución del apetito
- ▶▶ Deficiencias de zinc
- ▶▶ Costumbres alimentarias

TRATAMIENTO:

- Se deben corregir las posibles carencias
- Se debe proveer adecuadamente de nutrientes
- Se debe insistir en la educación nutricional que lleve a una dieta sana y equilibrada.

4.3. DEFICIENCIAS DE HIERRO

Es una de las más comunes entre los niños de 1-3 años. Pueden ser derivadas del periodo de lactancia debido a la dieta limitada, además los niños en esta edad no aceptan de buen grado las carnes rojas prefiriendo alimentos bajos en contenido en hierro. Cuidando la alimentación se corrigen estas deficiencias.

4.4. CARIES DENTAL

A diferencia de otras patologías, esta suele tener su origen en una dieta mal organizada:

- Comidas ricas en azúcar
- Bebidas ricas en lácteos/azúcar antes de dormir y sin la limpieza adecuada.
- Falta de higiene buco-dental.
- Comidas fuera de hora, sin posterior limpieza.

TRATAMIENTO:

- Limpieza de la boca después de cada comida.
- Enseñar a los niños a limpiarse bien
- Visitar al dentista con la pauta que establezca el pediatra.

4.5. ALERGIAS E INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS

Las alergias son las reacciones adversas del organismo a la ingesta de un componente de la dieta. En unos casos pueden ser reacciones de hipersensibilidad mediadas por anticuerpos (RAA), mientras en otros no existe un mecanismo inmunológico comprobado (RIA).

Los alimentos implicados son múltiples pero en esta etapa de la vida los que con más frecuencia se ven implicados son la leche de vaca, huevos y pescado. La mayor parte de estas alergias suelen ser transitorias y desaparecen con la edad.

Las manifestaciones clínicas pueden ser muy variadas siendo las más frecuentes las alteraciones del aparato digestivo, piel y sistema respiratorio.

Alteraciones	Manifestaciones
Aparato digestivo	Dolor abdominal, vómitos, cólico del lactante, diarrea, estreñimiento, esteatorrea, enteropatía, enterocolitis, colitis, hemorragia intestinal, estomatitis, aftas, edema de labios, granulomatosis oral.
Aparato respiratorio	Rinitis, tos crónica, bronquitis, asma, neumonía, hem siderosis pulmonar, otitis media serosa.
Piel	Urticaria, angioedema, rash, dermatitis atópica, púrpura, dermatitis herpetiforme, alopecia.
Renales	Enuresis, cistitis, albuminuria, síndrome nefrótico.
Hematológicas	Anemia hipocroma, trombocitopenia, púrpura, eosinofilia.
Cardiovasculares	Vasculitis, coronariopatías, arritmias, shock anafiláctico.
Sistema nervioso	Dolor de cabeza, síndrome tensión-fatiga, síndrome hiperquinético neurosis, esquizofrenia, insomnio.
Otras	Infecciones recurrentes, síndrome de muerte súbita, hiperostosis cortical infantil, falta de medro, astralgias, artritis.

Diagnóstico:

El alergólogo hace su diagnóstico en función de la historia clínica y de pruebas de provocación. Estas pruebas consisten en la aplicación de una cantidad de diferentes agentes sospechosos de producir la reacción y esperar a que el organismo reaccione. De esta forma se puede conocer, con mucha seguridad, el agente causante. A veces ocurre que la cantidad que se aplica no es suficiente para provocar la reacción, por lo que es necesario seguir haciendo pruebas con diferentes cantidades.

También es necesario analizar las circunstancias que rodean al episodio. También se deben estudiar otras posibilidades. Además de confirmar el diagnóstico de reacción adversa se debe intentar filiar su tipo, generalmente mediante datos de laboratorio y en concreto las reacciones anafilácticas mediante la determinación de la IgE (inmunoglobulina E) específica.

Frecuencia de estos procesos:

En el estudio realizado por Crespo et al, datos... se evaluó la prevalencia y características de los principales alimentos implicados en el proceso de alergia alimentaria de 355 niños diagnosticados.

Los resultados presentaron que los principales alimentos implicados son leche de vaca, pescado y huevos. A estos alimentos les siguen las frutas y otros vegetales. Las legumbres parecen estar implicadas en la mayor parte de reacciones cruzadas.

Por otro lado, se comprobó que el 86,7 % de los pacientes son alérgicos a uno o dos alimentos. El 13,3 % reacciona a tres alimentos de estos últimos casi todos reaccionan a legumbre o verduras de algún tipo.

También se encontró en este grupo de pacientes que la alergia se inicia en un 48,8% de los casos en el primer año de vida. A partir del segundo la desarrollan un 20,4%, y suele ser predominante la alergia a las proteínas de la leche de vaca, huevos y pescado. La alergia a frutas verduras y otros vegetales suele aparecer a partir del segundo año de vida.

Tratamiento:

En la intolerancia o alergia, el tratamiento más eficaz es la retirada del alimento de la dieta.

En el caso de lactantes con alergia a proteínas de la leche de vaca, la “dieta de exclusión” lleva a la utilización de fórmulas alternativas: las de soja o hidrolizado de proteínas. Pero también hay que tener cuidado puesto que se han descrito casos de sensibilidad tanto a los hidrolizados de proteínas como a la soja.

4.6. DIARREA AGUDA

Es muy frecuente en niños, y se manifiesta con un aumento en el número de deposiciones de carácter líquido.

El origen suele ser por infección gastro-entérica. Se acompaña de vómitos, fiebre etc. Se pueden clasificar en dos grandes grupos:

- » **Diarreas por malabsorción:** aquellas en las que las bacterias o virus que las producen provocan inflamación de la pared intestinal lo que conduce a la malabsorción de agua y electrolitos que son eliminados.
- » **Diarreas secretoras:** las bacterias implicadas elaboran toxinas que inducen la secreción activa de agua y electrolitos.

Las complicaciones que pueden aparecer, y que son las que con el tratamiento se deben corregir, son:

Deshidratación: pérdida excesiva de agua y electrolitos.

Intolerancia a disacáridos: Suele afectar sólo a la incapacidad de metabolizar la lactosa, debido a que la alteración de la pared intestinal lleva consigo la destrucción de enzimas que la hidrolizan. A veces también afecta a otros compuestos. Este es el motivo por el que se debe iniciar la alimentación oral lo antes posible.

Intolerancia secundaria a proteínas y vacunas: El exceso de proteínas suele afectar el intestino de los lactantes.

Fracaso de la función intestinal: Se suele dar en lactantes desnutridos especialmente si la situación se repite y si la realimentación no se hace adecuadamente.

Tratamiento:Reposición de agua y electrolitos:

Se hace mediante una solución de suero salino, que suele presentarse ya dispuesta par su uso como preparado farmacéutico, si no es así se puede preparar la “limonada salina casera”.

Receta: para un litro de agua se pone el zumo de dos limones, dos cucharadas soperas de azúcar, una punta de un cuchillo de bicarbonato sódico y lo mismo de sal común.

Se inicia la administración continuada, en sorbos pequeños durante 4-6 horas. Pasado este tiempo se observa al niño, si la rehidratación no es completa (tendrá que ser valorado por el médico, enfermera o similar), se continua de la misma forma, si se ha conseguido la rehidratación, se continua con la administración de la solución intercalando la toma de agua limpia normal.

Mantenimiento del estado nutricional:

Debe comenzarse la realimentación tan pronto como se ha conseguido la rehidratación. Las normas más actuales proponen y recomiendan una nutrición variada, sin ningún tipo de restricción. A demanda del niño, sólo cuidar los alimentos ricos en fibras, que deben restringirse en los primeros días. Incluso para lactantes no se recomienda el uso de fórmulas especiales, dado que las fórmulas adaptadas tienen una composición mas adecuada.

Mantener el ayuno no sólo no favorece la eliminación de la diarrea sino que incluso puede alargarla y consecuentemente empeorar el estado general favoreciendo así el establecimiento de procesos patológicos secundarios.

El tratamiento con fármacos: se debe recurrir a él en caso de diarrea invasiva en lactantes muy pequeños, desnutridos y/o inmunodeficientes para evitar sepsis de origen intestinal. No tiene indicación la utilización de antidiarreicos en niños.

4.7. EL ESTREÑIMIENTO

Supone otro de los problemas con los que habitualmente se enfrenta la población infantil. Aunque las causas orgánicas de este trastorno son múltiples, lo más frecuente es que sea una alteración de carácter funcional. Frecuentemente, dietas pobres en fibra, insuficiente aporte de nutrientes o factores sociales como el estrés, condiciones familiares etc. son los desencadenante. La pérdida del reflejo de la evacuación supone la retención de las heces, endurecimiento de las mismas por reabsorción del agua en el intestino, formado un círculo vicioso, que puede acabar con oclusión intestinal.

El tratamiento:

Consiste en eliminar el obstáculo mecánico mediante dieta rica en fibra, administración de enemas de limpieza. La administración de laxantes, supositorios de glicerina, también puede ayudar, pero hay que tener cuidado de no alterar la absorción de determinados componentes de la dieta como pueden ser las vitaminas liposolubles. La duración de este tratamiento debe ser unas 2 semanas.

La prevención:

Es la mejor forma de tratamiento. Se basa en la instauración de una dieta adecuada rica en fibra en forma de fruta, verdura y cereales con cáscara, que garanticen la ingesta diaria de aproximadamente 10 g de fibra y también debe ser abundante la ingesta de líquidos aproximadamente 1,5 litros al día.

En cuanto a la fibra, merece la pena pararse un poco para, aunque sólo de forma esquemática, hacer un repaso que permita tener claro que tipos de alimentos contienen el tipo de fibra que es beneficioso para el estreñimiento.

Es más adecuado hablar de “fibras” que de fibra, ya según su procedencia tienen composición y propiedades fisicoquímicas diferentes.

Fibra soluble: son de este tipo las gomas, mucílagos y sustancias pécticas. Están muy representadas en la fruta, las legumbres y los cereales. La mayor parte de ellas son fermentadas y no poseen apenas efectos sobre el peso fecal.

Fibras insolubles: son la celulosa y la lignina principalmente. Los cereales integrales, el centeno y los productos derivados del arroz son sus fuentes principales. Este tipo de fibras si aumentan la motilidad intestinal e influyen en la velocidad del vaciamiento gástrico.

Medidas de reeducación intestinal:

Enseñar al niño a no “aguantar” y obedecer rápidamente el deseo de defecar.

Intentar conseguir la evacuación diaria. Establecer un momento en el día procurando ser la misma hora todos los días, que el niño esté relajado, sino se consigue, se administrará un enema de limpieza.

Desayunar adecuadamente para iniciar el reflejo gastrocólico.

Se aconseja realizar ejercicio físico diario.

4.8. ALIMENTACIÓN EN EL NIÑO INSULIN-DEPENDIENTE

La diabetes es una enfermedad que cursa con un aumento de la concentración de la glucosa en sangre. Este aumento es debido a que la cantidad o calidad de la insulina, procedente del páncreas, no es válida para la degradación de la glucosa. El origen de esta alteración suele ser genético y no es muy bien conocido. El tratamiento más actual se basa en tres pilares:

- Insulina
- Ejercicio físico
- Dieta

Los objetivos del tratamiento dietético de la diabetes infantil son:

- Dieta adecuada en nutrientes para el crecimiento y desarrollo del niño.
- Evitar variaciones glucémicas, consiguiendo un equilibrio entre dieta, insulina y ejercicio.
- Dieta con alto contenido en hidratos de carbono complejos.
- Rica en fibra.
- Baja en azúcares refinados.
- Bajo aporte graso procedente de grasas saturadas y colesterol.
- Aporte proteico suficiente y adecuado a los requerimientos del niño.
- Distribución planificada y regular de la comida a lo largo de día.
- Educación dietética familiar.
- Fomento del uso de alimentos naturales.

Diseño de una dieta para niños insulín dependientes:

Debido a la dificultad que supone para los niños seguir una dieta, es importante hacer un diseño de la misma teniendo en cuenta los gustos del niño, y hacer un seguimiento y evaluación cada 3-6 meses, modificándola en función de los nuevos gustos y variaciones de actividad.

Según la edad se debe tener en cuenta:

Menores de dos años: dieta semejante a los niños de su edad, aconsejando lactancia materna, diversificación a partir del 4-5 mes y aportar suplementos vitamínicos.

Desde los 2 a los 5 años: dieta con carbohidratos naturales no refinados, relativamente baja en grasas. Se aconseja leche semidesnatada.

Niños escolares: Dieta rica en carbohidratos no refinados, ricos en fibra. Se debe evitar el consumo excesivo de proteínas. Se debe reducir la grasa saturada (sobre todo evitar el consumo de productos tipo bollería industrial). Se debe potenciar el ejercicio físico regular. No son necesarios suplementos vitamínicos.

Según los macronutrientes se debe tener en cuenta:

- 1. Aporte calórico:** semejante al de los niños de similar edad, peso y actividad

- Recién nacidos: 120kcal/kg
- Lactante: 80-100kcal/kg
- >1año 1000 kcal+(años * 100)kcal hasta 10-12 años

El aporte calórico debe distribuirse:

- Carbohidratos 50-60% de las calorías
- Fibra: 30-40 g/día
- Proteínas: 12-20% de las calorías
- Grasas: 25-30% de las calorías. Colesterol <300 mg/día

2. Hidratos de carbono:

Más de la mitad de los hidratos de carbono aportados deben ser complejos: pan, legumbres y cereales. La otra parte debe ser mezcla de mono y disacáridos: lactosa, fructosa de las frutas y algunos vegetales y la sacarosa procedente de la ingesta muy limitada de dulces (siempre caseros).

Se puede establecer los siguientes grupos respecto de los alimentos según su contenido en hidratos de carbono:

- Alimentos prohibidos: contienen mas del 20% de carbohidratos.
- Alimentos permitidos libremente: contienen menos del 5% de hidratos de carbono: vegetales, carne, queso, refrescos sin edulcorantes.
- Alimentos racionados: son permitidos en cantidades regulares. Una ración equivale a 10 gr de carbohidratos. (VER TABLAS DE EQUIVALENCIAS)

Alimentos permitidos libremente:

Son todos los que contienen menos del 5% de hidratos de carbono. Entre ellos cabe destacar la mayor parte de los vegetales, la carne y el queso.

Alimentos que no deben ingerirse:

- (a) Alimentos que contienen alto porcentaje en azúcares:
 - Zumos de frutas envasados
 - Leche condensada
 - Leche de almendras
 - Miel
 - Mermeladas
 - Bebidas azucaradas
 - Yogourt de frutas
 - Flan
 - Pasteles, tartas, chocolates
 - (b) Frutas que tienen más del 20% en azúcares simples
 - Uvas
 - Plátanos muy maduros
 - Dátiles
 - Higos secos
 - Zumos de fruta natural
-

Alimentos que se deben racionar

(a) Féculas	Raciones (gramos en seco)
➤➤ Arroz blanco	15
➤➤ Arroz paella	15
➤➤ Garbanzos	20
➤➤ Guisantes frescos	60
➤➤ Guisantes congelados	80
➤➤ Habas	20
➤➤ Judías blancas	20
➤➤ Lentejas	20
➤➤ Patatas	50
➤➤ Pan de trigo blanco	20
➤➤ Pan de trigo integral	20
➤➤ Pasta	15
➤➤ Biscotes	15
➤➤ Bollo suizo	15
➤➤ Ensaimada	15
(b) Hortalizas	
➤➤ Coles de Bruselas	120
➤➤ Judías verdes	200
➤➤ Puerros	200
➤➤ Tomate	250
➤➤ Zanahoria	115
(c) Frutas	(peladas)
➤➤ Albaricoque	100
➤➤ Fresa	120
➤➤ Fresón	200
➤➤ Mandarina	105
➤➤ Manzana	70
➤➤ Melocotón	100
➤➤ Melón	200
➤➤ Naranja	100
➤➤ Pera	65
➤➤ Sandía	200
(d) Productos lácteos	
➤➤ Leche de vaca	200
➤➤ Yogourt	200
➤➤ Queso fresco	250
➤➤ Nata fresca	320

3. Control de edulcorantes artificiales:

- Fructosa y sorbitol pueden ser empleados en cantidades limitadas.
- Sacarina: no aporta calorías.
- Ciclamatos: no deben emplearse.
- Aspartamo. Según la Academia Americana de Pediatría, es el edulcorante de elección. Aunque está contraindicado en embarazadas y en casos de fenilcetonuria. Es de los considerados no calóricos.

4. Educación dietética. fundamental para el paciente y la familia.

5. Dieta en estado de cetosis (disminución de la concentración de hidratos de carbono en sangre, hipoglucemia):

- Exenta de grasas.
- Restrictiva en proteínas.
- Rica en carbohidratos.
- Normo o discretamente hipocalórica.
- Muy fraccionada.
- Abundante aporte de líquidos.
- Debe estar compuesta por caldos vegetales, leche descremada, galletas, zumos de frutas y paulatinamente se pasará a dieta habitual.

4.9. ALIMENTACIÓN EN NIÑOS CON HIPERLIPEMIA

Según la Sociedad Europea de Arteriosclerosis, las cifras de colesterol total no deben ser superiores a 170 mg/dl para edades comprendidas entre 2-19 años pues supone riesgo “moderado” de patología coronaria.

La hipercolesterolemia infantil es una patología en la que la dieta influye de forma determinante. En la mayor parte de los casos, la dieta suele ser el origen de la enfermedad y también la solución.

Es de todos conocido el efecto hiperlipemizante (aumento de los niveles de colesterol) de determinados alimentos que forman parte de la dieta de los niños: bollos, chucherías, fritos de bolsa, cremas de chocolate etc. Son muchos los que están de acuerdo en que son los culpables de la mayor parte de las hiperlipemias infantiles. Tanto es así que normalmente con la limitación dietética de estos productos acompañada de aumento de actividad física, se corrige el problema.

Existe acuerdo en no modificar la dieta de niños menores de dos años a fin de no interferir con el crecimiento y desarrollo. Ante una cifra elevada de colesterol total o de triglicéridos es conveniente hacer un contraanálisis o lo que es lo mismo, asegurarse con un nuevo análisis.

Si se han asegurado las elevadas cifras de colesterol, se debe realizar un estudio lipídico.

Hay que comprobar que existe historia familiar de enfermedades cardiovasculares a edades tempranas.

Que también existe historia familiar de hiperlipemia positiva.

Hay que comprobar la presencia de xantomas y xantelasmas en familiares de primer grado y en el niño.

Objetivos básicos de la dieta

- Reducir el consumo total de grasa
- Reducir el consumo de ácidos grasos saturados
- Aumentar el consumo de hidratos de carbono complejos, fibra.
- En los casos de sobrepeso, bajar el peso hasta conseguir el normal adecuado a la edad y estatura.
- Conseguir aportar todos los nutrientes esenciales para el crecimiento según las recomendaciones.

Alimentos a elegir con más frecuencia:

- Hidratos de carbono complejos: verduras, judías, legumbres, pan, cereales, arroz, patatas y pasta.
- Carne magra.
- Pescados, a poder ser de alta mar.
- Aceites vegetales

Preparación de los alimentos:

Se deben elegir la fórmula de hervidos, a la plancha y cocidos. Hay que olvidarse de los fritos y aquellas preparaciones culinarias que requieran gran cantidad de grasa añadida.

Control y seguimiento:

La dieta se debe seguir durante, al menos, 12 meses. Los fármacos (según diversos autores), no se recomiendan antes de los 5 años por lo que el control de la hiperlipemia infantil se debe hacer casi exclusivamente desde la dieta. Pero la dieta se puede convertir en una “pesada carga”, sobre todo para los niños que siempre quieren comer lo que no deben. Por eso, en la dieta de los niños se debe ser flexible y permitir pequeños excesos, que se pueden establecer como premios por seguir la dieta, durante un periodo de tiempo preestablecido. Esto se hace para evitar que la dieta se abandone. Además se debe enseñar al niño “nuevos hábitos alimentarios” y convencerle de la necesidad de realizar ejercicio físico asiduamente. Es muy importante la educación nutricional y alimentaria del niño. Será más fácil que el niño entienda “lo que puede y no puede comer” si conoce la composición de los alimentos y cómo se relacionan éstos con su problema.

4.10. ENFERMEDAD CELÍACA

Esta enfermedad está producida por la intolerancia al gluten, fracción proteica contenida en el trigo, cebada, avena y centeno. Como consecuencia de la ingesta de gluten, en estos niños se produce atrofia de las vellosidades del intestino delgado. Es decir, el intestino pierde capacidad para absorber nutrientes (malabsorción intestinal) y aparecen los síntomas de la enfermedad: diarrea, desnutrición, irritabilidad etc.

El tratamiento consiste en eliminar los alimentos con gluten de la dieta. Esta tarea suele ser muy complicada debido a la gran cantidad de alimentos que llevan esta proteína, no sólo los derivados de los cereales antes mencionados sino que gran cantidad de productos manufacturados la llevan: conservas, alimentos empanados, productos de charcutería, algunos yogures etc.

No obstante y debido a la mayor demanda de alimentos de este tipo, existen en el mercado productos de todo tipo específicamente marcado con el distintivo de “sin gluten”.

Al ser una intolerancia permanente, la dieta debe mantenerse de por vida.

4.11. EL NIÑO QUE NO COME

Por este término se entiende al niño cuyo único síntoma es la falta de apetito, sin enfermedad somática o mental que lo condicione. La mayor parte de las veces, este trastorno obedece a un apetito caprichoso derivado de unos hábitos alimentarios mal ordenados.

Una mala estimación por parte de los padres de las necesidades nutritivas del niño, acaba por condicionar un ambiente de ansiedad en el entorno del niño que revierte en forzar al niño a comer y permitirle ciertos caprichos. Con todo esto, el acto de comer se convierte en desagradable para toda la familia.

El tratamiento:

Las pautas a seguir en líneas generales no son clínicas ni de modificación de los alimentos. Se suelen reducir a cambios en las normas y costumbres así como en la actitud:

1. El niño debe comer en la mesa con todos los demás miembros de la familia.
2. No se debe insistir en que coma.
3. No felicitarle por que coma bien.
4. No cambiar unos platos por otros.
5. Cuando el niño no come no recriminarle por ello.

En definitiva, se trata de hacer comprender al niño, y a veces a los padres, que comer es un acto necesario para vivir y sentirse bien. Para lo que a veces no es necesario comer tanto como uno puede pensar. Bien es verdad que se debe hacer una correcta vigilancia de estos niños, en aras de controlar la buena salud.

4.12. EPILEPSIA

Este es un caso de patología no originada por la alimentación pero en cuyo tratamiento si está implicada. Esta enfermedad, en cuya descripción no vamos a entrar, se caracteriza por la aparición de crisis convulsivas incontroladas. Generalmente un buen tratamiento farmacológico la corrige y/o controla, pero en algunos casos no es eficaz.

En los casos de epilepsias infantiles generalizadas secundarias y mioclónicas, en las que el tratamiento farmacológico no ha sido efectivo, se ha comprobado la capacidad anticonvulsivante de una “cetosis mantenida” (estado en el que

está aumentado el nivel en sangre de acetona o cuerpos cetónicos) conseguido con la administración de una dieta cetogénica (rica en determinados ácidos grasos).

Este planteamiento ha llevado a diversos autores a preparar dietas que, aunque dietéticamente desequilibradas, resultan efectivas clínicamente. La efectividad está estrechamente relacionada con la edad, y parece que se debe a un cambio forzado en el metabolismo neuronal.

Los cuerpos cetónicos actúan sobre determinados neurotransmisores, neuroinhibidores y parámetros neurofisiológicos cerebrales relacionados con la excitabilidad nerviosa, de forma que podrían modificar el umbral convulsivo.

Son tres los modelos propuestos para la elaboración de dietas de estas características:

1. DIETA CETOGÉNICA TRADICIONAL: el principal aporte energético se da a partir de grasas saturadas.
2. DIETA CETOGÉNICA CON MCT: se emplean como grasas los triglicéridos de cadena media.
3. DIETA CETOGÉNICA MCT MODIFICADA O JHON RADCLIFFE II: en la que disminuye la cantidad de grasa utilizada y aumenta el aporte de hidratos de carbono, permitiendo una mayor palatabilidad que es uno de los principales problemas con los que cuenta esta dieta.

Se ha comprobado también que el consumo de este tipo de dietas, no aumenta significativamente los niveles de colesterol, lipoproteínas y proteínas sanguíneas. El desarrollo ponderoestatural (relación talla/peso proporcional al de los niños de su edad) del niño sometido a esta dieta, se ha comprobado que es normal en la mayoría de los casos estudiados. Lo que todavía se desconoce es la repercusión a largo plazo.

DIRECCIÓN PARA CONSULTAR MÁS.