

Disminución del apetito en niños pequeños

APPETITE SLUMP IN TODDLERS

VICTOR MANUEL MARTINEZ BRAVO¹

RESUMEN

Objetivo: proponer un acercamiento diagnóstico y terapéutico a los problemas de alimentación en la niñez temprana. **Introducción:** los problemas de alimentación se clasifican bajo anomalías estructurales, alteraciones en el neurodesarrollo y desórdenes del comportamiento, con interacción entre estas categorías. El acercamiento médico necesita una evaluación nutricional y de la dieta, además de conocer la interacción entre padres y niños. Se puede aliviar problemas leves y moderados tratando condiciones médicas o quirúrgicas de fondo, incrementando el aporte calórico y asesorando sobre la nutrición general. Los casos más complicados requieren manejo multidisciplinario. La terapia del comportamiento apunta a fomentar conductas adecuadas y a desalentar comportamientos mal adaptativos. **Conclusión:** los problemas de alimentación en la niñez temprana tienen a menudo causas multifactoriales y un componente subyacente del comportamiento. Los médicos de cabecera tienen un papel dominante en la detección de estos problemas, asesoría y manejo de los casos leves a moderados; refiriendo los casos más complicados para manejo multidisciplinario.

Palabras clave: alimentación en niños, problemas de alimentación, desórdenes de alimentación.

ABSTRACT

Objective: to propose a diagnostic and therapeutic approach to feeding problems in early childhood. **Introduction:** feeding problems are classified under structural abnormalities, neurodevelopmental disabilities, and behavioral disorders, with overlap between categories. A medical approach also needs an evaluation of diet and an assessment of the interaction between parents and children. Treating medical or surgical conditions, increasing caloric intake, and counseling about general nutrition can alleviate mild to moderate problems. More complicated cases require multidisciplinary management. Behavioral therapy aims to foster appropriate behaviour and discourage

maladaptive behavior. **Conclusion:** feeding problems in early childhood often have multifactorial causes and a substantial behavioral component. Family physicians have a key role in detecting problems, offering advice, managing mildly to moderately severe cases, and referring more complicated cases to multidisciplinary teams.

Key words: feeding in childhood, feeding problems, eating disorders.

INTRODUCCIÓN

Entre 25 y 40% de lactantes y niños pequeños tienen problemas de alimentación, tales como alimentación lenta, negación a comer, regurgitación y vómitos.

CLASIFICACIÓN DE LOS DESÓRDENES DE ALIMENTACIÓN

Los desórdenes de alimentación se pueden clasificar bajo tres categorías (Tabla 1), aunque hay a menudo interacción entre ellas. Las anomalías estructurales afectan tres áreas: la vía oro-naso-faríngea, la laringe y la tráquea, y el esófago. Las alteraciones en el neurodesarrollo que interrumpen el proceso de “aprender a comer” pueden dar como resultado una “hipersensibilidad oral” y disfunción oral motora. La tercera categoría es desórdenes del comportamiento de alimentación, según lo definido por el DSM-IV, la descripción de estos desórdenes, está más allá del alcance de esta revisión.

EVALUACIÓN DE LOS DESORDENES DE ALIMENTACIÓN EN NIÑOS PEQUEÑOS

Se deben considerar cinco elementos dominantes al momento de evaluar los desórdenes de alimentación:

¹ Pediatra Hospital Daniel Alcides Carrión Seguro Social de Salud Tacna- Perú.

Tabla 1. Clasificación de los desórdenes de alimentación ⁽⁵⁾.**Anormalidades estructurales**

1. Anormalidades en la nasofaringe: atresia de coanas, labio y paladar hendido, secuencia Pierre-Robin, macroglosia, anquiloglosia.
2. Anormalidades en la laringe y tráquea: fisura laríngea, quiste laríngeo estenosis subglótica, laringotraqueomalacia.
3. Anormalidades del esófago: fístula traqueoesofágica, atresia o estenosis congénita de esófago, estenosis esofágica, anillos vasculares.

Alteraciones en el neurodesarrollo

1. Parálisis cerebral.
2. Malformación de Arnold-Chiari.
3. Mielomeningocele.
4. Distonías familiares.
5. Miopatías y distrofias musculares.
6. Síndrome de Möebius.
7. Distrofia miotónica congénita.
8. Miastenia gravis.
9. Distrofias oculofaríngeas.

Desordenes del comportamiento alimentario

1. Desorden del estado alimentario (0 a 2 meses).
2. Desorden de reciprocidad alimentaria (2 a 6 meses).
3. Anorexia infantil (6 meses a 3 años).
4. Aversiones sensoriales al alimento.
5. Desorden de alimentación asociado a estados patológicos.
6. Desorden de alimentación después de traumatismos.

- ¿Cómo se manifiesta el problema?
- ¿El niño está enfermo?
- ¿Se han afectado el peso y el desarrollo del niño?
- ¿Cuál es el clima emocional durante las comidas del niño?
- ¿Hay grandes factores de tensión en la familia?

HISTORIA CLÍNICA

El historial médico debe incluir historia prenatal y perinatal, antecedentes familiares de atopia o problemas de alimentación, enfermedades y

hospitalizaciones anteriores, y manipulación alrededor de la orofaringe, tal como alimentación por sonda. Deben ser registrados la cronología de los problemas de alimentación, la dieta desde el nacimiento, los cambios de fórmulas, la introducción de sólidos, la dieta actual, las texturas, la vía y el tiempo de la alimentación. Debe documentarse las aversiones, la cantidad de comida, las rutinas asociadas, las estrategias usadas, el ambiente y el comportamiento al momento de ser alimentado.

Deben sospecharse anomalías anatómicas cuando los niños tienen problemas al deglutir. Una historia de neumonía recurrente debe alertar a los médicos sobre aspiración crónica (70 a 94% de episodios de aspiración son “silentes”). El estridor relacionado con la alimentación podría ser debido a las anomalías en la glotis o región subglótica. La coordinación de inspiración-deglución-expiración puede afectarse por la atresia de coanas. El vómito, la diarrea, el estreñimiento, y el dolor abdominal deben alertar a los médicos de la posibilidad del reflujo gastroesofágico (RGE), reacción adversa a los alimentos (alergia alimentaria, intolerancia), debido a que algunos síntomas son similares para ambas. Finalmente, los médicos deben explorar la tensión social, la dinámica familiar y problemas emocionales. Los ejemplos de las preguntas que pudieran obtener información sobre depresión materna se demuestran en la Tabla 2.

EXAMEN FÍSICO

El examen físico debe comenzar con las medidas antropométricas, incluyendo el perímetro cefálico. La curva del crecimiento se debe documentar desde el nacimiento.

Tabla 2. Preguntas que orientan a detectar depresión materna ⁽⁵⁾.

- ¿Encuentra el cuidado de su bebé fácil o difícil?
- ¿Como están yendo las cosas con su familia?
- ¿Durante el mes pasado tiene sensación de incomodidad, depresión o desesperación?
- ¿Durante el mes pasado se ha sentido incómoda por que tiene poco interés o placer al realizar las cosas?

Deben buscarse anormalidades craneofaciales, signos de enfermedad sistémica y atopía. Es obligatorio un examen neurológico completo, al igual que la evaluación del desarrollo psicomotor.

EXÁMENES AUXILIARES

No se indica ninguna investigación de laboratorio para los lactantes con examen físico normal, con curvas normales del crecimiento y resultados normales de desarrollo psicomotor.

En los niños con dolor abdominal y vómitos ocasionales, se debe sospechar alergia a la proteína de leche de vaca. La confirmación de este diagnóstico con prueba dérmica y test de radioalergoabsorción no está fácilmente disponible y estas pruebas no son totalmente confiables (nivel de evidencia I); considerar también el RGE. Los estudios contrastados gastrointestinales superiores no son ni sensibles ni específicos para RGE, permiten la observación de la coordinación y cómo se mueve el bolo a través del orofaringe y del esófago y así facilita la detección de anormalidades anatómicas, tales como mal rotación o hernias. La pH metría esofágica no es fácilmente disponible y debe ser reservada para los pacientes que no responden al tratamiento empírico con antisecretores gástricos ⁽¹⁾ (nivel de evidencia II).

Se debe investigar problemas de alimentación que impiden un normal crecimiento y desarrollo. Los exámenes de primera línea deben incluir un hemograma completo, velocidad de sedimentación globular, proteínas totales y fraccionadas (albúmina), fierro sérico, transferrina, determinar la función hepática y renal, así como una prueba de sudor para descartar enfermedad sistémica (fibrosis quística). Los anticuerpos de Antitransglutaminasa para la enfermedad celiaca están más extensamente disponibles. Si el diagnóstico de RGE es confuso, la esófago-gastro-duodenoscopia y biopsia de esófago puede determinar la presencia y severidad de una esofagitis y estenosis ⁽¹⁾ (nivel de evidencia II).

Si es posible se debe tomar una historia dietética detallada con la ayuda de un nutricionista. Se deben determinar la calidad y cantidad de

alimento ingerido para documentar déficit en calorías, vitaminas, y elementos traza, así como las aversiones a alimentos. Los médicos deben investigar sobre el excesivo consumo de leche o jugos de frutas.

Debe investigarse la interacción padre-niño durante la alimentación: las interacciones positivas, tales como el contacto visual, la vocalización, la alabanza y las caricias; y las interacciones negativas, tales como la alimentación forzada, el engaño, los gritos, la amenaza y el comportamiento de rechazo de los niños (moviendo la cabeza en forma negativa cuando no come o lanza el alimento) ⁽²⁾.

MANEJO DE LOS DESÓRDENES DE LA ALIMENTACIÓN

Cuando los lactantes están creciendo y desarrollándose normalmente, los médicos deben tranquilizar a los padres y explicar que no son necesarios exámenes de laboratorio en ese momento. En casos de dolor abdominal y vómitos ocasionales puede intentarse una prueba dietética: las madres que están dando de lactar deben tener una dieta libre de alimentos alergénicos, tales como productos lácteos, huevos, nueces, pescado, soya, trigo, en caso de recibir fórmulas éstas deben ser hipoalergénicas; lo que podría reducir los síntomas, principalmente en lactantes con antecedentes familiares positivos de atopía (nivel de evidencia I).

Si los vómitos y la irritabilidad persisten a pesar del uso de fórmulas hipoalergénicas se puede iniciar una prueba terapéutica de supresión ácida bajo la presunción de una asociación entre alergia a la leche de la vaca y RGE. Se pueden utilizar bloqueadores de receptores H₂, seguido por inhibidores de la bomba de protones ⁽¹⁾ (evidencia niveles II y III). La cisaprida, una droga restringida debido al riesgo de arritmias, no se debe utilizar antes de la confirmación de RGE por pH metría del esófago (nivel de evidencia I).

Si la ganancia ponderal de un niño se compromete, se debe incrementar el aporte calórico. La leche humana y fórmula se pueden fortificar con carbohidratos en polvo o grasas. La

fórmula infantil se puede concentrar hasta 3,4 a 4,2 cal/ml agregando los polímeros de glucosa o aceite vegetal. Los alimentos sólidos se pueden fortificar con mantequilla, aceite vegetal, polímeros de glucosa y leche en polvo (nivel de evidencia III).

Después de la corrección quirúrgica de anomalías anatómicas, los niños con función neurológica normal corrigen los síntomas.

Los niños con patología neurológica que impida la ingesta adecuada de calorías para su óptimo crecimiento o cuando el tiempo requerido para proporcionar la nutrición adecuada por vía oral demanda mucha atención de los padres, necesitan alimentarse por sonda nasogástrica o gastrostomía (nivel de evidencia III) ⁽¹⁾.

Los problemas médicos coexistentes deben ser tratados. El buen manejo médico no siempre alivia problemas de alimentación. Por ejemplo, los niños pequeños con fibrosis quística tienen a menudo un patrón de alimentación lento, dificultad para masticar, prefiriendo líquidos, rechazando sólidos e introducción de nuevos alimentos.

Un estudio retrospectivo de caso-control ha demostrado que a pesar de terapia médica y quirúrgica, los infantes con RGE tienen baja producción de energía de los alimentos ingeridos, tienen pocas habilidades de adaptación para los sólidos, son más propensos a rechazar el alimento y son más exigentes y difíciles a la hora de la comida (nivel de evidencia II). Bajo estas condiciones, se deben considerar las terapias de comportamiento ⁽¹⁾.

INTERVENCIONES EN EL COMPORTAMIENTO

Los padres deben saber primero las reglas básicas de la alimentación que se aplican a todo niño (Tabla 3); deben controlar cuándo y dónde se alimentan los niños. Los niños deben controlar cuánto comen para así aprender la regulación interna del comer de acuerdo con sus señales fisiológicas de hambre y de plenitud.

En el desorden de alimentación llamado “regulación del estado”, las madres deben ser ayudadas a modular la cantidad de estímulo

Tabla 3. Reglas de alimentación para niños ⁽⁵⁾.

1. Programación

- Promedio de tiempo regulares; solamente los bocados previstos.
- Promedio de tiempo no más de 30 minutos.
- No ofrecer nada entre comidas excepto el agua.

2. Ambiente

- Atmósfera neutral (no forzarlo a alimentarse).
- No jugar durante la hora de alimentación.
- No dar alimento como recompensa.

3. Procedimientos

- Porciones pequeñas.
- Sólidos primero, líquidos después.
- Que se alimente el mismo en lo posible.
- Retirar el alimento después de 15 min. Si el niño juega sin comer.
- Terminar la comida si el niño lanza el alimento con cólera.
- Limpiar la boca del niño solo si se termina la comida.

durante la alimentación (nivel de evidencia III). Los lactantes deben ser alimentados puntualmente, sin prolongar el tiempo (no más de 30 minutos) y no deben ser despertados innecesariamente. La ansiedad, la fatiga o depresión materna deben ser encaminadas ⁽³⁾.

En el desorden de alimentación llamado “reciprocidad”, el punto está en que los padres deben ser entrenados en el principio de sensibilidad y reciprocidad a la hora de la alimentación de los lactantes ⁽³⁾ (nivel de evidencia III).

Los casos complicados necesitan un acercamiento multidisciplinario donde los médicos de cabecera tienen el rol de coordinador entre las diferentes especialidades.

En casos de anorexia infantil, el binomio madre-niño llega a estar implicado en interacciones de conflicto, es una lucha por el control y el alimento es el campo de batalla. La terapia consiste en ayudar a los padres a entender los temperamentos especiales de sus niños, fijar límites, estructurar estrategias para facilitar la regulación interna del comer y deben aprender a controlarse cuando son contrariados. Debe haber reglas al momento de

alimentarse y el “ tiempo fuera de” se debe utilizar en respuesta al comportamiento inadecuado de los niños (nivel de evidencia II).

La prevención de las aversiones sensoriales del alimento comienza con la introducción sucesiva de ellos al inicio de la alimentación complementaria. Los alimentos nuevos se deben introducir solos y no durante enfermedades, tales como resfríos y diarrea; los padres deben perseverar y elaborar estrategias flexibles para presentar el nuevo alimento hasta que los niños comiencen a aceptarlo. Los niños aceptan más fácilmente un alimento nuevo si ven que sus padres lo comen. El retener el alimento favorito para conseguir que los niños coman el alimento “rechazado” parece tener un efecto negativo. El tratamiento de las aversiones alimentarias se basa en reforzar positivamente el comportamiento y disminuir el comportamiento maladaptativo por extinción (se quita lo que refuerza una respuesta negativa) y el “tiempo fuera de” ⁽²⁾ (nivel de evidencia II).

Los problemas de alimentación asociados a condiciones médicas concomitantes pueden resultar de una interacción entre la disfunción motora oral intrínseca, la hipersensibilidad oral, la odinofagia y el comportamiento aversivo aprendido. Se debe enseñar a los padres habilidades para el manejo de estos problemas, tales como fijar límites de tiempo para las comidas, no haciendo caso al comportamiento “no como”, el uso de estrategias (elogio activo- positivo) para motivar a niños para que el momento de la alimentación sea agradable ⁽⁴⁻⁶⁾ (nivel de evidencia I).

La alimentación enteral por sonda en los lactantes con desórdenes de alimentación por secuelas traumáticas, interfiere con la experiencia de hambre-alimentación y el desarrollo de la coordinación orofaríngea. El tratamiento se dirige al retiro de la sonda, hasta que se supere la resistencia a alimentarse si las condiciones lo permiten. Se usa cualquiera de las técnicas de extinción del comportamiento (nivel de evidencia I), o por la terapia de desensibilización gradual (nivel de evidencia II).

CONCLUSIONES

Los problemas de alimentación de los lactantes y de los niños pequeños tienen a menudo causas multifactoriales y un componente del comportamiento sustancial.

Durante los controles de niño sano, los médicos de cabecera están en una posición privilegiada para detectar problemas de inicio temprano, para hacer diagnóstico diferencial, dar consejos prácticos a los padres en lo referente a reglas al momento de la alimentación y aumento del aporte calórico si es necesario y para iniciar acercamientos terapéuticos.

Los casos más complicados deben ser manejados por un equipo multidisciplinario; los médicos encargados tienen la responsabilidad de establecer las coordinaciones con las otras especialidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rudolf C, Mazur L, Liptak G, Baker R, Boyle J, Colletti R, et al. Guidelines for evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001;32 Suppl 2: S1-31.
2. Babbitt R, Hoch T, Coe D, Cataldo M, Kelly K, Stackhouse C, et al. Behavioral assessment and treatment of pediatric feeding disorders. *J Dev Behav Pediatr* 1994;15:278-91.
3. Satter E. The feeding relationship: problems and interventions. *J Pediatr*. 1990;117:181-9.
4. Powers S, Jones J, Ferguson K, Piazza-Waggoner C, Daines C, Acton J, et al. Randomized clinical trial of behavioral and nutrition treatment to improve energy intake and growth in toddlers and preschoolers with cystic fibrosis. *Pediatrics*. 2005;116:1442-50.
5. Bernard-Bonnin A. Feeding problems of infants and toddlers. *Can Fam Physician*. 2006;52:1247-51.
6. Marín V, Castillo C. El niño que no quiere comer. *Rev chil pediatr*. 2000;71:139-41.

Correspondencia:

Dr. Víctor Manuel Martínez Bravo

Email: victormanuelmb@gmail.com