

El niño pequeño poco comedor. Aspectos prácticos

I. Vitoria Miñana^a, J. Dalmau Serra^b

^aSección de Nutrición Infantil, Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva, Valencia.

^bUnidad de Nutrición y Metabolopatías, Hospital La Fe, Valencia.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8 Supl 1:S27-36

Isidro Vitoria Miñana, isivitoria@ya.com

Resumen

La anorexia de causa no orgánica de tipo conductual en el niño es un motivo de consulta frecuente en pediatría. Su origen multicausal (ansiedad de los padres, presiones familiares, falta de coordinación y estrés) provoca una falta de respeto al desarrollo y maduración normal de los hábitos alimentarios infantiles, lo que condiciona la adquisición y el mantenimiento de métodos incorrectos de alimentación (amenaza, chantaje...). El abordaje terapéutico suele ser difícil (tratamiento dietético, reeducación de la conducta alimentaria y tratamiento de las deficiencias nutricionales) mientras que su prevención mediante una adecuada educación sanitaria puede ser más eficiente. Las causas de anorexia orgánica pueden ser múltiples. Suele haber un rechazo global a todos los alimentos y afectación del crecimiento físico.

Palabras clave: Anorexia.

Abstract

The behavioural non organic anorexia in childhood is a frequent reason of consulting. Its multicausal origin (parents' anxiety, family pressures, stress and lack of coordination) causes a lack of respect to the development and maturity of eating habits in children. This determines the acquisition and maintenance of improper eating habits (threat, bribery...). The therapeutical attack is usually difficult (dietetic treatment, reeducation of the eating habits and treatment of the nutritional deficiency) meanwhile its prevention by a proper sanitary education can be more efficient. The causes of organic anorexia can be multiple. There is usually a global rejection to every food and affect the physical growth.

Key words: Anorexia.

Introducción

La anorexia del niño pequeño es un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria. La causa de una negación frente a la comida puede indicar una patología de base o ser un problema con-

ductual y puede expresarse por una falta de medro o no tener repercusiones clínicas.

El término "apetito" expresa el deseo selectivo de comer determinados alimentos. En el apetito intervienen facto-

res fisiológicos tales como la motilidad gástrica o la influencia hipotalámica así como culturales y psicológicos (el miedo, la ansiedad...). Por otro lado, el hambre se refiere a la necesidad fisiológica de comer. Desde la mucosa gástrica parten estímulos aferentes que estimulan los centros parasimpáticos del tronco encefálico, a partir del cual se produce una respuesta eferente que produce el hiperperistaltismo. Éste cesará cuando la llegada de alimentos al duodeno libere unas sustancias que inhiben las contracciones gástricas. Finalmente, la palabra saciedad hace referencia a la sensación antagónica al hambre por la que no se desea seguir ingiriendo alimentos. El equilibrio hambre-saciedad parece estar condicionado por factores fisiológicos (hipotalámicos) y psicológicos.

La anorexia se puede definir como el rechazo de alimentos.

La anorexia orgánica suele ocasionar un rechazo uniforme a toda clase de comida, mientras que si la causa es ambiental o conductual, el rechazo alimentario suele ser selectivo. En general, la anorexia orgánica sería la ausencia de hambre (de toda clase de alimentos) mientras la anorexia conductual sería la ausencia de apetito (de algún tipo de alimentos).

Causas de la anorexia

Anorexia no orgánica

Anorexia conductual

La anorexia de causa conductual o anorexia simple es probablemente la causa más prevalente en los países desarrollados. Es un proceso multicausal en el que pueden influir la ansiedad excesiva de los padres en torno al peso del niño (sobre todo en el niño de 6 meses a 2 años en el que las necesidades calóricas disminuyen por la deceleración de la velocidad de crecimiento así como en los niños cuya necesidad de ingesta es menor por tratarse de una característica familiar), las presiones de los padres (una excesiva presión suele conducir a un rechazo alimentario), una falta de coordinación de los padres en la manera de educar al niño (mientras un padre interpreta que el niño es anoréxico, quizás el otro evita que coma más) o estrés en el seno de la familia (el miedo, el enfado, la timidez o la depresión pueden ser expresados por el niño como anorexia).

En la mayoría de estos casos hay una falta de respeto al desarrollo de los hábitos alimentarios del niño que conduce al uso continuado de algunos métodos equivocados de alimentación. En este sentido, se puede interpretar como un

trastorno de aprendizaje de los hábitos alimentarios.

En este mismo tipo de anorexia habría que incluir la producida por ingesta insuficiente por mala técnica alimentaria o por creencias erróneas de los padres o cuidadores.

Anorexia psicossocial

En este tipo de anorexia se incluye la anorexia por pobreza y la anorexia por privación psicossocial.

Anorexia orgánica

El diagnóstico diferencial de la anorexia orgánica es muy difícil de hacer dado el gran número de procesos que pueden producirla. El siguiente esquema pretende ser una aproximación descriptiva.

Infección o infestación

Las infecciones agudas (bacterianas, víricas o de otro tipo) son la causa más frecuente de anorexia transitoria en el niño. La infección crónica puede asociarse con anorexia prolongada en el tiempo aunque suele acompañarse de pérdida de peso y astenia. En nuestro medio los procesos más frecuentes en niños son las infecciones respiratorias crónicas y la infestación por *Giardia lamblia*.

Enfermedades sistémicas

- Endocrino-metabólicas. Entre las enfermedades endocrino-metabólicas que pueden cursar con anorexia destacan el hipotiroidismo y la diabetes insípida.
- Enfermedades gastrointestinales. Pueden cursar con anorexia todos los trastornos asociados con diarrea (aguda o crónica; en este sentido hay que recordar que en algunos casos la celiaquía es paucisintomática), estreñimiento y enfermedad inflamatoria intestinal.
- Deficiencias nutricionales. Los déficits nutricionales que sobre todo cursan con anorexia son la ferropenia (que habitualmente se asocia a irritabilidad y astenia) y el déficit de zinc.
- Otras situaciones. Tanto las enfermedades cardiopulmonares crónicas e inflamatorias (artritis reumatoide juvenil, lupus eritematoso sistémico y fiebre reumática entre otras), como algunos medicamentos pueden causar anorexia. Asimismo, ciertas enfermedades metabólicas pueden cursar con anorexia y con rechazo a un determinado tipo de alimentos, como ocurre con los trastornos del ciclo de la urea de presentación tardía.

No siempre se puede clasificar tan estrictamente el tipo de anorexia como orgánica o no orgánica. En algunos casos es mixta. Así, el niño con una enfermedad crónica puede tener problemas familiares que agraven su situación o el niño con una mala adaptación familiar se complicará ante la presencia simultánea de enfermedades crónicas como las infecciones respiratorias de repetición.

Errores en los métodos de alimentación

Siguiendo la descripción de Illingworth, se pueden recordar los más importantes errores cometidos con la alimentación del niño:

- Método de distracción: consiste en distraer con la televisión, un hermano que baila, un sonajero que se agita, la imitación de sonidos de animales o la lectura de un cuento para que el niño coma. El nivel más elevado de este método puede ser correr tras el niño (perseguirlo) por la casa dándole la comida.
- Método de la persuasión: se trata de persuadir al niño para que coma porque los alimentos le reportarán beneficios (que el niño no entiende) o porque así se cumplirá algún deseo (vendrá el padre, los Reyes Ma-

gos se alegrarán...) que a veces son difíciles de comprobar.

- Método del chantaje: si el niño come, se le permiten determinadas cosas (juguetes, dulces...) o tiempo libre (se le dejará despierto más tiempo...).
- Amenazas: muchos padres han amenazado a sus hijos con promesas que nunca han cumplido ("si no comes, te abandonaré...", "vendrá el coco...", "no crecerás..."), por lo que suelen tener escasa repercusión.
- Comer a la fuerza: la fuerza física (cerrarle la nariz al niño, abrirle la boca...) de los padres suele acabar contrarrestada con un vómito del niño o una cuchara por el aire.
- Comer a la carta: algunos padres permiten que sus hijos "malos comedores" elijan entre un menú de posibilidades, lo que algunas veces ha desembocado en comer siempre lo mismo.
- Comer entre comidas: ya que el niño es poco comedor, se le permite "picar" entre comidas (leche, bollos...) con lo que obviamente no querrá comer después.

En la mayoría de estos casos parece que el comer deja de ser la satisfacción de un deseo y se convierte en un trabajo forzado.

Desmedro. Concepto

Cualquiera que sea la causa de la anorexia puede conducir a una situación de desmedro. Este término se aplica según Fomon y Nelson para referirse a lactantes y niños menores de 3 años que cumplen las siguientes dos condiciones:

- Incremento de peso menor de 2 desviaciones estándar durante un intervalo de 2 o más meses para lactantes menores de 6 meses o de 3 o más meses para los mayores de dicha edad.
- Una relación peso/talla inferior al percentil 3.

El desmedro o falta de medro implica demostrar la existencia de un crecimiento inadecuado antes de que aparezcan signos evidentes de malnutrición. Así pues, para hablar de desmedro se tiene que haber pesado y medido al niño al menos en dos ocasiones separadas por un intervalo mínimo de tiempo, lo que es de vital importancia en Atención Primaria.

Historia clínica

Si nos encontramos ante la historia clínica de un niño de 6 meses a 3 años (edades más frecuentes de consulta) que come poca cantidad de alimentos, según el criterio de los padres, presenta

una conducta anómala en las comidas (come lentamente, poco, se distrae con frecuencia, juega con los utensilios...) y aumenta poco de peso, debe realizarse una cuidadosa anamnesis y exploración física.

Debe recogerse información sobre la ingesta dietética diaria. Se anotará la cantidad y calidad de los alimentos ingeridos. El método ideal es el "recuento de 24 horas" referido a tres días, lo que es difícil en la práctica de realizar. Por ello, el pediatra puede recurrir a plantear preguntas dirigidas, sin olvidar la ingestión de calorías huecas y el picoteo.

Debemos preguntar acerca de la actitud del niño ante las comidas. Si come solo o acompañado, si come mejor en la guardería que en su casa, si come lentamente, si come siempre con la misma persona, etc. Esto nos servirá para conocer si se trata de una anorexia conductual.

Preguntaremos acerca de la presencia de vómitos y regurgitaciones frecuentes así como sobre el número y las características de las deposiciones para descartar el factor etiológico orgánico más frecuente, como son los procesos gastrointestinales (reflujo gastroesofágico, síndrome de malabsorción...).

El registro de la curva pondoestatural ha de ser lo más completa posible. Entre

los antecedentes personales debe referirse la historia perinatal, la talla de los padres y los antecedentes familiares de problemas de alimentación.

Exploración física

Debemos pesar y medir al niño: se determinará el peso, la longitud o talla y el perímetro cefálico. Asimismo, es recomendable la medición de los pliegues cutáneos tricipital y subescapular. Las gráficas de crecimiento deben incluir las de velocidad de crecimiento.

Debe constatar el hábito constitucional del niño, es decir, asténico, pícnico o atlético. Hay que recordar que el niño asténico no es desnutrido sino normal desde el punto de vista nutricional. Los parámetros nutricionales clásicos son el turgor cutáneo (que mide la elasticidad de la piel y su grado de hidratación), la distribución del panículo adiposo subcutáneo (en brazos-tronco, muslos y cara, puesto que en la malnutrición el panículo adiposo disminuye siguiendo este orden) y el tono muscular.

Estudios complementarios

No hay un único parámetro o conjunto de parámetros totalmente satisfactorio para la valoración nutricional de un paciente con anorexia y/o con desmedro. Inicialmente, de todos modos, se

puede recomendar realizar un hemograma completo, con ferritina, sideremia e índice de saturación de transferrina, parásitos en heces y análisis de orina (sedimento y urinocultivo, pH y densidad). Si por la exploración física se sospecha una determinada deficiencia nutricional, deben ser dirigidos los análisis en ese sentido. Si el problema persiste y el estudio analítico basal es normal, se debe valorar la petición de anticuerpos antigliadina.

Valoración diagnóstica

Cuando ya se ha objetivado el desmedro mediante la somatometría seriada y se ha realizado su evaluación con la historia clínica, la exploración y los estudios complementarios, el enfoque diagnóstico debe estar dirigido a procesos que afecten primordialmente al peso o procesos que afecten a la talla.

- Afectación del peso. Estos niños suelen comer dietas caprichosas y desequilibradas que producen con frecuencia ferropenia, la cual produce a su vez anorexia y cierra el círculo vicioso. En los infrecuentes casos de desmedro comprobado en los que los datos sobre la historia dietética, los hábitos familiares o conductuales son inespecíficos, debe valorarse el ingreso hospitalario para determinar

en 7-14 días si la administración de la dieta es adecuada a la edad del paciente, si la ingesta es correcta o no, la actitud durante las comidas, la existencia de pérdidas aumentadas (vómitos, diarrea, etc.). Un inconveniente de la hospitalización es la tendencia a efectuar numerosas pruebas complementarias que pueden interferir con la alimentación normal.

- Afectación de la talla. En niños poco comedores mayores de 2-3 años el motivo de consulta puede ser un crecimiento inadecuado que afecta sobre todo a la talla. Una desaceleración del crecimiento longitudinal en estos primeros años de vida debida a influencias genéticas puede ser fisiológica y no debe interpretarse como desmedro. Algunos niños con talla baja intrínseca pueden tener el perímetro cefálico inferior al percentil 3 (algunos síndromes genéticos, infecciones o tóxicos intrauterinos), mientras que en los que presentan retraso del crecimiento dicho perímetro es normal. El desmedro no orgánico con afectación de la talla suele tener un patrón de crecimiento encuadrado en este segundo grupo, pero formas graves de retraso de crecimiento por causas no orgánicas (privación psi-

cosocial) podrían confundirse con una deficiencia de hormona de crecimiento en niños pequeños, por lo que en algunos casos puede estar indicado el estudio endocrinológico.

Evolución

La evolución del desmedro depende de su etiología. En los casos en que existe una enfermedad de base, la evolución y el pronóstico dependen de dicha enfermedad. Si ésta se diagnostica precozmente y se establece un tratamiento eficaz, la evolución es favorable. En los pacientes con desmedro de etiología no orgánica o mixta, en los que se hallan involucrados aspectos psicológicos, familiares y ambientales, la evolución depende de la posibilidad de modificar estos factores, lo cual no siempre es posible. Los niños con desmedro de etiología no orgánica tienen buen pronóstico a medio plazo con respecto a su crecimiento y estado de salud, pero los aspectos de conducta permanecerán alterados o no dependiendo de que se hayan modificado los factores familiares y sociales.

Tratamiento

El tratamiento del niño poco comedor es difícil. Las condiciones de trabajo en centros de Atención Primaria suelen requerir que el pediatra asuma todas las

funciones de un posible equipo multidisciplinario.

Éstos son los aspectos más importantes del tratamiento:

Tratamiento dietético

Lo más frecuente es la constatación de dietas incorrectas. Su corrección exige unos conocimientos de dietética por parte del médico. Las recomendaciones deben hacerse conociendo los hábitos dietéticos de la población y de la familia así como los gustos del niño. Si éste manifiesta una preferencia por un alimento, hay que utilizar dicho alimento como base para confeccionar diferentes comidas. Esto exige que los padres dispongan de tiempo suficiente para cocinar y de asesoramiento dietético. En general, más que dar dietas estrictas a los padres, hay que explicar las características de una dieta equilibrada, ofrecerles ideas y trucos para que preparen platos con alimentos nutritivos, que le “entren a los niños por los ojos”.

Establecer unas normas de conducta alimentaria

El ambiente en el que se le da de comer al niño debe ser relajado y sin prisas. Para los niños, sobre todo los más pequeños, la comida es un juego y una forma de relacionarse con los padres, her-

manos u otros niños. Por ello hay que presentarles los platos de manera atractiva (por ejemplo, con salsas que den colores a los alimentos). Además, los niños deben comer junto con todos los miembros de la familia. A veces puede ser útil que coman en guarderías o colegios para relacionarse con compañeros y evitar ambientes familiares tensos.

Tratamiento de los déficits nutricionales secundarios

La deficiencia nutricional más frecuente en niños anoréxicos o que reciben dietas desequilibradas es la ferropenia. Por tanto, si se demuestra analíticamente, hay que administrar hierro de manera correcta. El sulfato ferroso debe ingerirse en ayunas. Su absorción aumenta si se administra junto con alimentos ricos en vitamina C; sin embargo, a veces no es bien tolerado. Los preparados que pueden darse junto con las comidas, como la ferritina, aunque son bien tolerados, son más caros. El hígado de ave aporta hierro con un porcentaje de absorción bueno, por lo que se puede recomendar su ingesta. Los suplementos vitamínicos no están indicados, excepto si se demuestra analíticamente su deficiencia.

Fármacos

Hay que restringir el uso de antiano-

réxicos puesto que no hay trabajos que demuestren su eficacia. Sólo se dispone de algunos datos sobre la eficacia de la ciproheptadina, por un mecanismo de acción no bien conocido y con la posibilidad de provocar efectos secundarios a medio y largo plazo (alteraciones psicológicas, disminución del crecimiento al suspender el tratamiento, etc.); por esta razón, autores como Fomon justificaban su uso en casos excepcionales, tratamiento que el mismo autor actualmente ya no recomienda.

Tratamiento psicológico

De forma esquemática, el tratamiento debe incluir tres componentes: a) explicar a los padres qué le pasa al niño para que puedan comprender la conducta de éste en las comidas; b) enseñarles unas normas sobre cómo comportarse con su hijo, y c) crear un ambiente acogedor en las comidas para que el niño aprenda que el acto de comer y el tiempo dedicado a ello pueden ser agradables e, incluso, divertidos. Por otro lado, y si la familia tiene problemas socioeconómicos, puede ser necesaria la ayuda de un asistente social.

Hospitalización

Aunque no es frecuente, algunos pacientes pueden precisar hospitalización. Esto ocurre en los casos de desmedro or-

gánico, para estudio o tratamiento de la enfermedad de base, y en los casos no orgánicos con el objetivo de romper el círculo vicioso tensión familiar-rechazo de la alimentación-aumento de la tensión familiar. Las posibles indicaciones de ingreso son: a) desmedro de etiología no conocida que haya evolucionado a malnutrición; b) complicaciones asociadas al desmedro (diarrea, infecciones, etc.), y c) problema psicosocial no controlable.

Prevención de la anorexia conductual

Puede ser más exitosa la prevención que el tratamiento, quizá porque continúan presentes las causas complementarias desencadenantes, las cuales son difíciles de cambiar. Las principales actividades preventivas del círculo vicioso del niño poco comedor son:

- Respetar el menor apetito del niño de 18 a 24 meses, asociado a un menor requerimiento energético.
- Establecer mediante la educación los hábitos alimentarios.
- Respetar las inapetencias transitorias que el niño tiene cuando tiene una enfermedad banal.
- Realizar un papel activo en educación sanitaria de los padres con el objeto de que se comprenda que:
 - a. El peso normal (entre percentil 3 y percentil 97) no es lo mis-

- mo que el peso medio (percentil 50).
- b. El peso es una medida antropométrica relativa a la talla. La interpretación del peso no debe hacerse sin considerar la talla.
 - c. La velocidad de crecimiento en los primeros 24 meses cambia sustancialmente a partir, sobre todo, del sexto mes.
 - d. Cuando el lactante empieza a comer solo, hay que advertir que el hecho de que se juegue con la comida no es sinónimo de anorexia.
 - e. No todos los niños sanos tienen el mismo apetito.
-

Bibliografía

1. Castells P. La anorexia del niño En: Tojo R, ed. Tratado de Nutrición Pediátrica. Barcelona: Sorpama; 2000. p. 941-950.
2. Ewerbeck H. Low Body Weigth. In: Ewerbeck H, ed. Differential diagnosis in Pediatrics. New York: Springer-Verlag; 1980. p. 317-319.
3. Gassier Ch, Georjin MJ. Anorexie. In: Gassier C, Georjin MJ, eds. Guide de puériculture. Paris: Masson; 1988. p. 315-316.
4. Illingworth RS. Apetito. En: Illingworth RS, ed. El niño normal. 3 edición. México: Manual Moderno; 1989. p. 313-325.
5. Vitoria I, Dalmau J. El niño que no come. Etiopatogenia y manejo. *Pediatr Integral*. 2003; 5:331-339.
6. Zenel JA. Failure to thrive: a general paediatrician perspective. *Pediatr Rev*. 1997;18: 371-382.

