

En esta sección, expertos responden consultas de los lectores sobre materias relativas a la práctica pediátrica general. Si desea hacer alguna, escriba a la Sección "Preguntas al Experto", Revista Chilena de Pediatría, Casilla 16257, Santiago 9, Santiago, Chile. Correo electrónico: sochipe@reuna.cl.

El niño que no quiere comer

Verónica Marín B.^{1, 2}; Carlos Castillo D.^{1, 3}

Pregunta: ¿Cómo enfrenta el pediatra a un niño que no quiere comer?

Respuesta. Al evaluar un niño que no quiere comer, en ausencia de enfermedad orgánica evidente, es necesario aclarar si el niño no come cantidades adecuadas en relación a las recomendaciones para edad, sexo y actividad física, o no come "todo lo que la madre o persona al cuidado del niño quiere que coma", o si es un rechazo selectivo, si está asociado a retraso de crecimiento o a signos de desnutrición. En el caso del menor de 6 meses se debe pensar primero en patología orgánica por la corta edad.

Como segundo paso debe evaluarse las causas que llevaron a un trastorno de la conducta alimentaria, las que son complejas y pueden estar relacionadas con numerosos estímulos tanto internos como externos, siendo estos últimos generalmente los más relevantes.

Hay en primer lugar un factor cultural en juego: la madre es considerada exitosa en cuanto tiene un hijo que desarrolla al máximo sus potencialidades, incluyendo el crecimiento, mediado esto por una autoexigencia materna y del ambiente. Además, ante toda una historia de riesgos de desnutrición y enfermedad, el ambiente social y familiar exige que el niño esté lo más "gordo posible". De modo que la necesidad de la madre de res-

ponder a estas expectativas producen un estado de ansiedad que puede determinar una relación madre-hijo inadecuada.

Los desórdenes en el comer son además un lenguaje alternativo del niño, de expresar lo que siente. Cuando los niños son pequeños, los padres ayudan a aprender cómo expresar sus emociones, pero con mucha frecuencia esto no ocurre, y más aún, hay padres que expresan sus propias emociones por medio de la alimentación, usándolas para premiar o castigar a sus hijos, los cuales a su vez aprenden esta conducta y la usan para manejar a sus padres.

Entre los problemas orgánicos que pueden llevar a un trastorno de la conducta alimentaria hay muchos que presentan una evidente relación causa-efecto, como daño neurológico, labio leporino, malformaciones congénitas cardíacas acompañadas de insuficiencia cardíaca, etc.; sin embargo, hay otras en que esta relación no está tan clara, como el reflujo gastroesofágico, donde la esofagitis secundaria puede llevar a rechazo alimentario con manifestaciones de dolor; con todo, la mayoría de los reflujo no presentan esofagitis marcada y no todos los casos de reflujo con esofagitis se acompañan de rechazo alimentario. Pero si al trastorno alimentario se suman otros síntomas o signos sugerentes de patología, esta se debe descartar.

Por otro lado tenemos cambios fisiopatológicos relacionados con la respuesta de estrés frente a enfermedades que estimulan la producción de citoquinas y respuesta neuroendocrina, siendo la anorexia uno de los efectos clásicos, por lo que es esperable que el niño no coma durante la enfermedad.

1. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Universidad de Chile.
2. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Campus Occidente.
3. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Campus Centro.

El rol de la madre en el desarrollo de una conducta alimentaria adecuada es muy importante, el cual puede ser compartido por otras personas como abuelos, hermanos, servicio doméstico y personal de jardines infantiles. Por lo tanto, al evaluar posibles alteraciones de la relación madre-hijo, esta debe efectuarse en toda esta dimensión. Los trastornos alimentarios pueden ser secundarios a un manejo inadecuado por parte de ella, a veces desde la época de lactancia, pero más frecuentemente se da durante las etapas psicológicas del niño de separación o individualización, desde los 6 meses a los 3 años de edad. En esta etapa el niño debe ir adquiriendo una progresiva independencia en su alimentación, proceso que a veces la madre no está muy dispuesta a aceptar, generando con ello tensiones con el niño y rechazo alimentario. En la evaluación del rol materno es necesario indagar si hay trastornos serios de la personalidad (depresiones, personalidades caóticas) o familiares (violencia intrafamiliar, dificultades conyugales).

Si se concluye que se trata de un trastorno de la conducta alimentaria sin causa orgánica y sin compromiso nutricional severo, se sugieren como primeras medidas tranquilizar y educar a la madre y entorno familiar, aclarando que el niño no está desnutrido y el manejo debe ser enfocado fundamentalmente a reeducar hábitos de alimentación que se han alterado, para lo cual se debe, de acuerdo con la edad del paciente, ordenar horarios de alimentación y evitar colaciones, separar comidas entre 4 a 6 horas, de manera que permitan que el niño sienta deseos de comer antes de la próxima comida. Se debe igualmente separar el juego de la comida, ya que si para que el niño coma se "hace una fiesta" y esta es mejor mientras peor come el niño, se reforzará positivamente el no comer. La alimentación se debe ofrecer en un ambiente relajado, sin otros estímulos, permitiendo que el niño coma la cantidad deseada. El control antropométrico y de refuerzo de indicaciones debe ser periódico.

Uno de los enfoques más frecuentes frente a un niño que no come es solicitar exámenes de laboratorio, entre los que se incluye frecuentemente hemograma, examen de orina y parasitológico seriado de deposiciones.

En ausencia de elementos anamnésticos o del examen físico orientadores de enfermedad es de muy poco valor el hemograma. La deficiencia de hierro no se conoce que tenga relación con alteración del apetito. Los parásitos podrían tener asociación con anorexia asociado a pérdidas de nutrientes que son plenamente detectables clínicamente (diarrea aguda o crónica) y que en forma concomitante llevan a un compromiso del estado nutritivo. Los parásitos más frecuentemente encontrados en la población pediátrica chilena, la *Giardia lamblia*, los *oxyuros*, los *áscaris* y las *amebas*, son agentes poco probables causantes de anorexia, en ausencia de diarrea o compromiso sistémico. Por lo tanto no existen exámenes de laboratorio de rutina y solo se solicitarán si de la evaluación epidemiológica local, edad del paciente, o de la clínica (anamnesis o examen físico) se sospecha patología de base del niño, o si en la encuesta nutricional se presume deficiencia de nutrientes específicos.

En relación al tratamiento con medicamentos, en términos generales no deben indicarse. Su uso tiene poco fundamento y podrían tener justificación como una última herramienta, con efecto placebo no bien evaluado hasta ahora. Los más usados en nuestro país son la ciproheptadina, de estructura semejante a los antagonistas fenotiazínicos H1; tiene acciones anticolinérgicas y depresoras del sistema nervioso central leves, y un efecto no uniforme sobre el crecimiento y la ganancia de peso. Muchos estudios no han mostrado los efectos deseados.

El dihexazin es otro fármaco usado como estimulante del apetito, a veces con efectos favorables, pero hay escasa información farmacológica sobre sus mecanismos de acción y potenciales efectos adversos.

La carnitina es parte de diversos preparados medicamentosos estimulantes del apetito. Este aminoácido normalmente no es indispensable para el ser humano, pues es sintetizado por el organismo, a lo que se suman los aportes dietarios proporcionados por la ingestión de proteínas de origen animal. Se ha descrito una deficiencia primaria de carnitina de causa genética que lleva desde los primeros meses de vida a una miocardiopatía dilatada, además de otros signos sistémicos. También puede haber deficiencias secundarias de carnitina asocia-

das a alimentaciones parenterales prolongadas, alimentación con fórmulas de soya o hidrolizadas de caseína no fortificadas, enfermedades renales (p.e.: síndrome de Fanconi), en algunas aminoacidopatías, enfermedad renal crónica sometida a hemodiálisis. No hay causas aisladas de deficiencia de carnitina que no estén asociadas a estos mecanismos y que justifiquen así su uso como estimulante del apetito. Tradicionalmente se ha usado vitaminas como estimulantes del apetito, basados en percepciones de los tiempos en que la desnutrición grave era de gran prevalencia y en que sumado al mayor aporte de macronutrientes para la recuperación nutricional, se aportaban vitaminas y minerales. Se ha estudiado el efecto de la mayoría de las vitaminas sobre el apetito. No hay evidencias de un efecto favorable sobre él de las vitaminas A, D, K, E, C, folato, riboflavina, B₆, B₁₂; existe una asociación con desnutrición del déficit severo de piridoxina (beri-beri) y también una asociación con anorexia del déficit severo de ácido nicotínico pelagra).

Nuestra realidad actual es de un mínimo riesgo de deficiencia nutricional de vitaminas, a menos que se trate de enfermedades con malabsorción, pérdidas aumentadas de vitaminas (p.e.: síndromes de malabsorción), o requerimientos aumentados (p.e.: prematuridad).

Los preparados comerciales con atribuciones de tener efecto sobre el apetito, frecuentemente contienen también minerales. No hay tampoco evidencias sobre un efecto del calcio, fósforo o magnesio en la conducta alimentaria. De los oligoelementos, en los innumerables estudios efectuados sobre nutrición de hierro y sus efectos clínicos, no se ha podido demostrar una relación con crecimiento o con estímulo del apetito. Respecto del cobre, existe una relación con estímulo del crecimiento al suplementar con este a lactantes pequeños y desnutridos, con déficit nutricional de cobre. El zinc es uno de los pocos nutrientes específicos respecto del cual hay antecedentes suficientes para relacionarlo con alteración de la conducta alimentaria. No obstante, ese efecto está asociado a deficiencia de zinc, sin haberse

demostrado que haya un efecto en personas con buen estado nutricional de zinc. En nuestra práctica clínica actual, la deficiencia de zinc es de tipo leve, observándose en estratos socioeconómicos pobres, asociado a una alimentación basada en leche de vaca entera y alimentos sólidos con bajo contenido (y mala calidad) de carnes, pescados, mariscos y semillas (almendras, avellanas, nueces). También es posible sospechar deficiencia de zinc asociado a enfermedades con aumento de su excreción: cuadros malabsortivos y diálisis crónica.

En resumen, el trastorno de la conducta alimentaria es un motivo de consulta médica frecuente, que si no se acompaña de signos clínicos de enfermedad, la mayoría tiene su causa en dificultades en la relación madre-hijo. Ofrecer pautas de manejo individualizadas, que permitan reeducar tanto a la familia como al niño, en relación a la conducta frente a la alimentación, debe ser la primera medida a efectuar por el pediatra. Si este manejo no da resultados positivos, se debe pedir la intervención de un psicólogo o psiquiatra, según corresponda. En ausencia de signos clínicos de enfermedad, los exámenes de laboratorio en general no aportan mayor claridad en el manejo de este problema.

REFERENCIAS

1. Castillo CD, Acharán X, Alvarez P, Bustos PM: Apetito y nutrición. *Rev Chil Pediatr* 1990; 61: 346-53.
2. Black MM, Dubowitz H, Hutcheson J, Berenson-Howard J, Starr RH Jr: A randomized clinical trial of home intervention for children with failure to thrive. *Pediatrics* 1995; 95: 807-14.
3. Ramsay M, Gisel EG, Boutry M: Non-organic failure to thrive: Growth failure secondary to feeding-skills disorder. *Develop Med Child Neurol* 1993; 35: 285-97.
4. Chatoor I, Schaeffer S, Dickson L, Egan J, Connors K, Leong N: Pediatric assessment of non-organic failure to thrive. *Pediatr Ann* 1984; 13: 844-8.
5. Stiel JN, Little GW, Lacy WW: Studies in the mechanism of cyproheptadine-induced weight gain in human subjects. *Metabolism* 1970; 19: 1041-2.
6. Burrows R, Muzzo S: Efecto de la estimulación del apetito en la recuperación ponderal de niños con desnutrición calórico-proteica. *Rev Chil Pediatr* 1981; 52: 187-93.