

EL NIÑO QUE NO PROGRESA DE PESO

EDUARDO HEBEL, M.D.¹

RESUMEN

Entre el 8 y 10% de los niños atendidos en atención primaria, presentan una falta de progreso en el peso. El diagnóstico diferencial incluye ingesta calórica inadecuada, inadecuada absorción y metabolismo aumentado. Se reconoce a un niño que no sube de peso por su historia alimentaria, historia médica, historia social, historia familiar y evaluación del apetito. Entre las diferentes causas de falla para crecer están baja talla constitucional, abuso sexual, maltrato infantil, depresión postparto, enfermedad celiaca y esofagitis eosinofílica, entre otros. Entre los pilares en el manejo del niño que no progresa de peso están enfoque terapéutico, apoyo nutricional, hábitos dietéticos y manejo especializado.

Palabras claves: *Bajo peso, Falla para crecer, Niños*

INTRODUCCIÓN

El 8-10% de los niños de la atención primaria no progresan de peso y/o talla; los niños más afectados son los menores de 2 años; la etiología más frecuente es la no orgánica; el diagnóstico se realiza principalmente con una buena anamnesis y examen físico; en el enfoque terapéutico es importante involucrar a los padres y el manejo multidisciplinario, y según la literatura, aparece positivo el manejo de estos niños en un régimen de control domiciliario.

DEFINICIÓN

Lactante menor de 2 años que presente en más de una ocasión un peso para la edad por debajo del percentil 3% o 5%; o cuyo peso descienda en 2 percentiles dentro de la curva de crecimiento, o que tenga un peso menor del 80%. En nuestra experiencia, desde el punto de vista epidemiológico, el 8–10% de los niños atendidos en atención primaria, presentan una falta de progreso en el

¹Pediatra. Gastroenterólogo. Decano. Facultad de Salud. Universidad de Temuco. Temuco, Chile

Recibido para publicación: enero 15, 2012
Aceptado para publicación: julio 15, 2012

SUMMARY

Between 8 and 10% of children seen in primary care, have a lack of progress in weight. The differential diagnosis includes inadequate caloric intake, inadequate absorption and increased metabolism. It is recognized that a child does not gain weight by diet history, medical history, social history, family history and evaluation of appetite. Among the various causes of failure to thrive are constitutional short stature, sexual abuse, child abuse, postpartum depression, celiac disease and eosinophilic esophagitis, among others. Among the mainstays in the management of child weight are not progressing therapeutic approach, nutritional support, dietary habits and specialized management.

Key words: *Low weight, failure to thrive, Children*

peso, es decir, esta ésta fue su inicial causa de consulta. Por lo general consultan por compromiso ponderal; el compromiso en la talla, la circunferencia craneana y en el retraso del desarrollo sicomotor, son infrecuentes.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ingesta calórica inadecuada: formula infantil inadecuada, hábitos alimentarios inadecuados, pobreza, abandono, disfunción familiar y dificultades en la deglución.

Inadecuada absorción: enfermedad celiaca, fibrosis quística, alergia alimentaria, enfermedades hepáticas y síndrome de intestino corto.

Metabolismo aumentado: hipertiroidismo, infecciones crónicas e hipoxia crónica.

Otras causas: enfermedades genéticas como trisomía 21, 28 y 13; infecciones congénitas y alteraciones del metabolismo.

¿CÓMO RECONOCER AL NIÑO QUE NO SUBE DE PESO?

Se requiere la evaluación periódica de los valores antropométricos, frente a cualquier consulta. De la

historia clínica se requiere la historia alimentaria, médica, social, familiar y evaluar el apetito del niño.

Historia alimentaria: Es necesario indagar sobre una historia alimentaria lo mas específica posible en cuanto se refiere a cantidad y calidad de los alimentos y/o fórmula infantil; edad de incorporación de alimentos; tipo de alimentos y cuándo disminuyó el apetito y bajo qué circunstancias ocurrió.

Historia médica: Son datos importantes a conocer antecedentes sobre el embarazo y el parto; sobre prematuridad o recién nacido de bajo peso para la edad gestacional; presencia de infecciones agudas o enfermedades crónicas y signos y síntomas como vómito, estreñimiento o reflujo.

Historia social: Aquí es interesante conocer datos como ¿quién vive en casa?; ¿quién cuida al niño?; ¿quién ayuda en las labores de la casa?; ¿cuáles son las condiciones socioeconómicas?; si alguien en casa consume alcohol o drogas; y presencia de abuso, abandono o negligencia.

Historia familiar: Hay que averiguar sobre enfermedades familiares, antecedentes de familiares con talla baja, presencia de enfermedades mentales o violencia y maltrato intrafamiliar.

Evaluación del apetito: Identificar si está conservado o es selectivo, así como la presencia de inapetencia (reciente versus larga data) y forma de alimentación.

CASOS CLÍNICOS

Baja talla constitucional. Se trata de una lactante del género femenino de 6 meses edad, quien consulta por escaso incremento de talla. Antecedente de padres asiáticos, con tallas que fluctúan entre el primer y tercer percentil. Peso al nacer de 2900 gramos y talla 46 cm. Fue alimentada con leche materna hasta los 3 meses, y posteriormente con leche de vaca. Examen físico y paraclínicos dentro de límites normales. A los 6 meses de edad, peso = 6200 gramos y talla = 60 cm (p3%). Se realiza una impresión diagnóstica de talla baja constitucional.

Abuso sexual, maltrato infantil. Se trata de un lactante menor de 11 meses de edad, del género masculino, con parto normal, peso al nacer de 3280 gramos, talla de 48 cm, perímetro cefálico de 34 cm y apgar normal.

Antecedente de bronquiolitis a los 2 meses de edad y 3 procesos bronconemónicos virales que requirieron hospitalización. Madre de 42 años, sana y padrastra de 45 años, alcohólicos. Cinco hermanos vivos. Consulta a urgencias por presencia de hemorragia de vías digestivas bajas por lo que gastroenterología valora y diagnóstica estreñimiento crónico, fisura anal sin presencia de fecalomas a la palpación abdominal e identifica inapetencia. Peso = 13500 gramos, talla = 106 cm. Se decide manejar con vaselina líquida, baños de asiento, pomada con corticoides y recomendaciones nutricionales en la dieta. El niño es llevado a control por consulta externa a los 3 meses de edad donde se identifica inapetencia, presencia de escurrimiento, rectorragia persistente, dolor al evacuar; con un peso = 12900 gramos y una talla = 106 cm. Se sospecha abuso sexual, maltrato infantil como posible causa del niño que no progresa ni en peso ni en talla.

Depresión postparto. Se trata de niña de 4 meses y medio de edad, que no incrementa de peso en forma normal. Antecedentes: embarazo normal, parto distócico, peso al nacer de 3500 gramos, talla 49 cm. Madre tiene problemas al amamantar con desarrollo de una mastitis. Desde los 2 meses de edad identifican no ganancia de peso con presencia de irritabilidad. Actualmente alimentada solo con lactancia materna en 10 ocasiones con intervalo de cada 3 horas en la alimentación. La madre presenta concomitantemente cefalea, anorexia, inapetencia y llanto permanente. Peso = 4800 gramos y talla = 61 cm con examen médico y paraclínicos dentro de límites normales. Se diagnóstica depresión materna postparto.

Enfermedad celíaca. Se trata de un niño, lactante menor de 11 meses de edad, del género masculino, con escaso incremento ponderal desde los últimos 4 meses. Antecedente de parto a término con 3400 gramos y 49 cm al nacer; lactancia materna hasta los 6 meses de edad; alimentación complementaria a partir de los 5 meses de edad; antecedente de bronquiolitis a los 2 meses, diarrea de 8 días de evolución a los 8 meses de edad; paraclínicos con IgA antitransglutaminasa para enfermedad celíaca positivos; endoscopia de vías digestivas que identifican al a biopsia intestinal una atrofia vellositaria. Se realiza sospecha clínica y paraclínica de enfermedad celíaca.

Esofagitis eosinofílica. Se trata de niño de 3 años 6 meses de edad, del género masculino, parto por cesárea, peso al nacer de 3250 gramos y talla de 50 cm. Madre de

32 años, padre de 33 años, ambos asmáticos, 2 hermanos con antecedente de atopia cutánea. Enfermedades familiares negativas. Casa urbana con condiciones de saneamiento básico. Padre chofer, madre ama de casa. Preescolar que consulta por cuadro de vómito recurrente desde los 2 meses de edad, manejado con domperidona y medidas antireflujo con buena respuesta al tratamiento, sin presencia de vómito durante 6 meses, pero con detención del incremento ponderal a los 2 años 6 meses de edad, además de rechazo a los alimentos, llanto al momento de recibir los alimentos sobre todo de consistencia sólida, refiriendo la madre “atragantamiento”. Le es realizada endoscopia de vías digestivas altas compatible con una esofagitis eosinofílica diagnosticada en el reporte histopatológico.

MALTRATO INFANTIL

En este caso es necesario además de buscar el apoyo con trabajo social y delatar el caso ante las autoridades competentes, la búsqueda de depresión en los padres; identificar posible disfunción familiar; se requiere indagar sobre historia de abuso en los padres; retardo mental y/o anomalías psicológicas, entre otros. Es posible encontrar madres solteras y/o jóvenes sin apoyo social, cuyos antecedentes involucren la presencia de violencia intrafamiliar. Es necesario indagar sobre uso de alcohol u otras sustancias, antecedentes de abusos previos, pobreza/abandono social, padres que han privilegiado sus carreras o actividades fuera de casa, desconocimiento del normal crecimiento ponderal de los niños, y niños con bajo peso al nacer y largas hospitalizaciones.

EXAMEN FÍSICO

El examen físico del niño que no progresa adecuadamente en sus curvas de crecimiento y desarrollo normales, debe ser completo, con énfasis en la identificación de rasgos dismórficos, detección de enfermedades que cursen con talla baja, signos de malnutrición, y sospecha de maltrato infantil. En general, no hay un examen de laboratorio de rutina.

PILARES EN EL MANEJO DE UN NIÑO QUE NO PROGRESA DE PESO

Hay que involucrar a los padres en el diagnóstico y tratamiento del niño. Por su origen, en donde se involucran muchos factores, el manejo requiere enfoque

multidisciplinario. Son requeridos controles periódicos y a largo plazo.

Enfoque terapéutico. Identificar la causa de porqué el niño no sube de peso. Se requiere de una buena historia y un buen examen físico. La mayoría de los pacientes mejoran con una intervención dietética y cambios en los hábitos alimenticios. Manejo ambiental en caso de violencia intrafamiliar, abuso y/o abandono.

Apoyo nutricional. Los niños que no progresan de peso requieren 150% de calorías, calculadas a su peso esperado para la edad. Es posible requerir de fórmulas infantiles enriquecidas con hidratos de carbono en forma de polímeros de glucosa o comidas no lácteas con aceite, mantequillas o cremas. Se deben incluir los aportes de vitaminas, minerales y oligoelementos como el zinc. No hay evidencia de que los orexígenos ayuden a incrementar el peso.

Hábitos dietéticos. Es necesario identificar si existe ansiedad en los padres; así como evaluar qué otra persona alimenta al niño. El acto de comer debe ser placentero, es posible regular un esquema determinado, no acelerar la alimentación del niño, tener paciencia. Hay que vigilar la posición en que se alimenta el niño. Iniciar la alimentación con porciones pequeñas y evitar la alimentación a deshoras. La hospitalización no es necesaria en la mayoría de los casos.

Manejo especializado. Es multidisciplinario; se deben involucrar además de los padres o tutores del niño a los médicos, enfermeras, nutricionistas, trabajadoras sociales y psicólogas. Es primordial reevaluar la situación social de niño, buscar una causa orgánica, y evaluar la alimentación por otras vías (nasogástrica, gastrostomía) en caso necesario.

Evolución. Los niños que no progresan en peso tienen complicaciones como baja talla, problemas del comportamiento y del desarrollo en general. Existen limitados estudios sobre resultados cualitativos a largo plazo de estos niños. Los niños más vulnerables son los que están en la pobreza, con maltrato, sin familia y sin red social. El diagnóstico e intervención debe ser precoz.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Aguilar AM. Dificultad para medrar. Rev Soc Bol Pediatr 1999; 38: 39-42
2. Block RW, Krebs NF, Committee on Child Abuse and Neglect, and the Committee on Nutrition. Failure to Thrive as a Manifestation of Child Neglect. Pediatrics 2005; 116: 1234-1237
3. Buño M. Retraso de crecimiento: talla baja y fallo para medrar. Pediatr Integral 2003; VII: 399-411
4. Escobar H. Falla para crecer. Rev Gastrohnp 2010; 12: 10-14
5. Jeong SJ. Nutritional approach to failure to thrive. Korean J Pediatr 2011; 54: 277-281
6. Krugman SD, Dubowitz H. Failure to Thrive. Am Fam Physician 2003; 68: 879-886
7. Markowitz R, Watkins JB, Duggan C. Failure to Thrive: Malnutrition in the Pediatric Outpatient Setting. In: Duggan C. Nutrition in Pediatrics. 4th ed. Hamilton, Ontario, Canada: BC Decker Inc; 2008
8. Martínez V, Bueno S. Fallo de medro. Pediatr Integral 2011; XV: 409-414
9. Stephens MB, Gentry BC, Michener MD, Kendall SK. What is the clinical workup for failure to thrive? J Fam Pract 2008; 57: 264-266