

# FALLA PARA PROGRESAR

CARLOS ALBERTO VELASCO-BENÍTEZ, M.D.<sup>1</sup>

## RESUMEN

La falla para crecer es usual en los dos primeros años de vida; ocurre en todos los estratos socioeconómicos; pero mayor en familias que viven en la pobreza; con un riesgo elevado de problemas en crecimiento, desarrollo y comportamiento. Son diversas las causas que pueden ocasionar falla para progresar. El diagnóstico diferencial incluye inadecuado ingreso calórico; inadecuada absorción; metabolismo incrementado y defectos en la utilización, entre otros. La evaluación incluye historia dietaria; historia alimentaria; ; historia médica actual y pasada; historia social; historia familiar y el examen físico. En general, los paraclínicos no son necesarios. Debe incluir el manejo transdisciplinario

**Palabras claves:** *Falla para progresar, Falla para crecer, Niños*

## INTRODUCCIÓN

Ya en 1908 Chapin et al. reportaban casos de niños con falla para progresar, que luego de incluirse en soportes nutricionales agresivos, lograban su recuperación nutricional. Chapple et al. en 1940 reporta las unidades de soporte nutricional que incluían incubadoras y aparatos para separar a los niños del medio contaminado.

## DEFINICIÓN

Se puede definir falla para crecer, como el crecimiento físico inadecuado, o la inhabilidad de mantener un índice de crecimiento esperado a través del tiempo. Esto describe solamente un grupo de síntomas y no una enfermedad. Según Krugman, y con base a las tablas de la National Center for Health and Statistics de los Estados Unidos, es el déficit del peso para edad superior al 5%, para niños pequeños, y superior al 2% para niños

## SUMMARY

Failure to thrive is usual in the first two years of life occurs in all socioeconomic strata, but higher in families living in poverty, with a high risk of problems in growth, development and behavior. Several causes that can cause failure to thrive. The differential diagnosis includes inadequate caloric intake, inadequate absorption, increased metabolism and defects in use, among others. The assessment includes dietary history, food history, current and past medical history, social history, family history and physical examination. In general, paraclinical not necessary. Management must include transdisciplinary

**Key words:** *Failure to thrive, Failure to grow, Children*

mayores; o el déficit superior al 10% para peso/talla, o el déficit superior al 10% para talla/edad.

## EPIDEMIOLOGÍA

La falla para crecer es usual en los dos primeros años de vida; ocurre en todos los estratos socioeconómicos; pero mayor en familias que viven en la pobreza; con un riesgo elevado de problemas en crecimiento, desarrollo y comportamiento. En hospitales generales es el 1% de las causas de hospitalización y en hospitales pediátricos, entre el 3 y 5%. En términos generales, el 80% de las causas de falla para crecer, no son orgánicas.

## ETIOLOGÍA

Son diversas las causas que pueden ocasionar falla para progresar: hepatobiliares, cardíacas, pulmonares, hematológicas/malignas, renales, con compromiso del sistema nervioso central, genéticas y congénitas, inmunológicas, por infecciones crónicas, endocrinas, metabólicas, por drogas o toxinas, sicosociales, por problemas de la alimentación y por reflujo gastroesofágico.

---

<sup>1</sup>Pediatra. Gastroenterólogo y nutriólogo. Especialista en docencia universitaria. Magister en epidemiología. Profesor titular. Departamento de Pediatría. Universidad del Valle. Cali, Colombia

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

**Inadecuado ingreso calórico.** Puede ser por una preparación incorrecta de la fórmula (muy diluida, muy concentrada); por malos hábitos nutricionales (“comida chatarra”, exceso de jugos); por problemas comportamentales que afectan la alimentación; por la pobreza y pocos alimentos; por negligencia; por disfunción familiar, o por dificultades mecánicas de la alimentación (disfunción promotora, anomalías congénitas, daño cerebral, reflujo severo).

**Inadecuada absorción.** Entre las entidades que ocasionan una inadecuada absorción se encuentran: enfermedad celíaca, fibrosis quística, alergia a la proteína de la leche, deficiencia de vitaminas y minerales (acrodermatitis enteropática, escorbuto), atresia de vías biliares o hepatopatías, y enterocolitis necrosante o síndrome de intestino corto.

**Metabolismo incrementado.** Pueden provocarlo el hipertiroidismo, las infecciones crónicas (infección por VIH/SIDA u otra inmunodeficiencia, cáncer, neuropatías), y la hipoxemia (cardiopatías congénitas, enfermedad pulmonar crónica).

**Defectos en la utilización.** Incluyen las anormalidades genéticas (trisomía 21, trisomía 18, trisomía 13), las infecciones congénitas, y las alteraciones metabólicas (enfermedades de depósito, desórdenes de los aminoácidos).

En términos generales, el diagnóstico diferencial involucra el estrés y factores psicosociales como depresión, ansiedad, y coerción; en el 25% es por retardo desarrollo constitucional; no hay que olvidar hacer las correcciones para los recién nacidos con retardo en el crecimiento intrauterino y los recién nacidos pretérmino; que incluya el uso de tablas apropiadas (recién nacido pretérmino, leche materna exclusiva, etnia, o en síndromes genéticos como el Síndrome de Down).

## EVALUACIÓN

**Historia dietaria.** Es importante ser lo mayormente específico (reporte de un día de todo lo ofrecido y consumido) que permita cuantificar el ingreso calórico total, la cantidad de alimento y/o fórmula, la capacidad de cuantificar el ingreso total calórico (para lactantes) haciendo incluso preguntas como ¿es la fórmula preparada correctamente?, ya que las muy diluidas ofrecen pocas calorías; y las muy concentradas son

desagradables, y el lactante puede rechazar tomarla. Hay que tener presente los tipos de comida y el consumo de bebidas (especialmente leche, jugo, gaseosas, y agua), teniendo en cuenta que el exceso de jugo de frutas puede causar FPP.

**Historia alimentaria.** Algunas preguntas que ayudan a orientar esta parte de la historia clínica son ¿cuándo come el niño? ¿dónde? ¿con quien?: ello permite identificar a los lactantes distraídos, con inapropiada supervisión; ¿cómo come el niño solo: con cuchara? ¿con otros implementos? ¿en que posición?: así se identifican inapropiadas técnicas de alimentación para el estado de desarrollo; ¿es la alimentación forzada?: provoca rechazo a la alimentación; y sobre el ingreso de comida “chatarra” (¿que?, ¿cómo es el niño premiado?): aquí hay pobre tiempo real de comida causado por comida chatarra y saciedad temprana.

**Historia médica actual y pasada.** Hay que tener en cuenta los antecedentes (complicaciones al parto, pequeño para edad gestacional, prematuridad); es necesario diferenciar entre FPP y pequeño para la edad gestacional; hay que preguntar sobre recientes enfermedades agudas (otitis media, diarrea), infecciones virales recurrentes, en donde el crecimiento puede mejorar brevemente, pero es necesario un seguimiento estrecho; son importantes las condiciones médicas crónicas (anemia, asma, cardiopatías congénitas) como causas orgánicas de FPP; preguntar sobre hospitalizaciones previas, traumas, accidentes, para evaluar negligencia o abuso infantil; hay que investigar sobre el patrón de defecaciones (frecuencia, consistencia, sangre, moco), para excluir malabsorción (fibrosis quística, enfermedad celíaca), infección y alergia; e identificar los niños con vómito, reflujo, u otros síntomas digestivos, para evaluar para alergia a la proteína de la leche, reflujo gastroesofágico e infección.

**Historia social.** Acá es importante saber ¿quién vive en la casa?, pues identifica quienes cuidan al niño; ¿quiénes son sus cuidadores?; ¿quién ayuda al soporte económico de la familia?, pues asegura una adecuada cantidad de alimentos; ¿cómo es el temperamento del niño?, ya que los niños con cólicos pueden tener dificultades en la alimentación; ¿existe algún importante evento mayor intrafamiliar económico o estresante?, puesto que puede llevar a un inadecuado suministro de alimentos, depresión en los padres, negligencia; ¿hay alguien en casa con problemas de consumo de alcohol o drogas?, pues puede identificar negligencia; y ¿hay antecedente de otros niños con

reporte de negligencia, FPP o Servicios de Protección Social?, pues orienta a historia de negligencia.

**Historia familiar.** Son importantes las condiciones médicas o FPP en hermanos, debido a la predisposición a causas orgánicas o genéticas de FPP; ¿hay otros miembros de la familia con talla baja?, en cuyo caso hay que chequear las fórmulas para el cálculo de la talla final; es necesario diferenciar entre posible y verdadera FPP; al igual que la búsqueda de enfermedades mentales, pues los cuidadores con enfermedad mental son incapaces de cuidar los niños.

## EXAMEN FÍSICO

Ayuda a identificar dismorfismos, a detectar enfermedades de base, los signos de posibles abusos, la severidad y posibles efectos de la DNT, y permite la observación de la interacción padres:hijo.

Darlington et al. encuentra la influencia del temperamento del niño en la ganancia del peso, cuando analiza el sueño, la alimentación, el estado de inconformidad y el llanto, en términos de frecuencia.

## PARACLÍNICOS

En general, los paraclínicos no son necesarios. Tan solo el 1.4% de ellos, muestran alguna anormalidad. Algunos de ellos deben ser específicos como en fibrosis quística, en enfermedad celíaca y en el síndrome de malabsorción. Estos paraclínicos incluyen: cuadro hemático; BUN, creatinina; calcio, fósforo, electrolitos séricos; albúmina; fosfatasa alcalina; parcial de orina, urocultivo; e interconsultas con el fonoaudiólogo y el psicólogo.

Berkovitch et al., al medir los niveles de zinc y cobre entre niños con falla para progresar no orgánica,

encontraron diferencias significativas entre los niveles de zinc, mas no en los niveles séricos de cobre.

## MANEJO

Debe incluir el manejo transdisciplinario del gastroenterólogo pediatra, la nutricionista, la trabajadora social, la terapeuta ocupacional, la fisioterapeuta, la fonoaudióloga, la psicóloga, y los especialistas en comportamiento y desarrollo.

Debe estar orientado en una encuesta nutricional por recordatorio, cuyos objetivos sean una intervención nutricional y la modificación de hábitos nutricionales, que requiera un seguimiento que incluya un calendario.

La alimentación debe proporcionar en los lactantes mas de 150 kcal/kg/día, tratando de acercarse a 1 cc = 1 kcal, con indicación de suplementos vitamínicos como el zinc. Hay que controlar la ansiedad: no hay que forzar, no premiar, la alimentación debe ser placentera, permitir que el niño socialice y que logre identificarse.

En casos extremos es posible la indicación de una nutrición enteral, gastrostomías, y nutrición parenteral.

## LECTURAS RECOMENDADAS

1. Berkovitch M, Heyman E, Afriat R, et al. Copper and zinc blood levels among children with nonorganic failure to thrive. *Clin Nutr* 2003; 22: 183-186
2. Chapple CC. A cabinet cubicle for infants, combining isolation with control of temperature and humidity. *J Pediatr* 1940;16:217
3. Darlington ASE. The Influence of Temperament on Weight Gain in Early Infancy. *J Dev Behav Pediatr* 2006; 27: 329-335
4. Jolley CD. Failure to thrive. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2003: 183-206
5. Krugman SD, Dubowitz H. Failure to Thrive. *Am Fam Physician* 2003; 68: 879-884
6. Shah MD. Failure to Thrive in Children. *J Clin Nutr* 2002; 35: 371-374