

Anorexia infantil / fallo de medro

Atención especializada: Ana Isabel Rayo, Carmen Ferrer (Hospital Severo Ochoa), José Manuel Moreno, Pedro Urruzuno (Hospital 12 de Octubre), Josefa Barrio (Hospital de Fuenlabrada), Enrique Salcedo (Hospital de Getafe).

Atención primaria: Carmen García Rebollar, Amparo de la Fuente (Área 11), Celina Arana, Basilia Pérez (Área 9).

Introducción

El **crecimiento normal** es definido por un incremento progresivo de peso y talla basado en un modelo estándar establecido para la edad, en concordancia con el potencial genético del niño. Un correcto seguimiento del desarrollo infantil permite detectar de forma precoz, desviaciones de la normalidad que podrían precisar un tratamiento específico.

El término **fallo de medro** (FDM) hace referencia a un lactante o niño pequeño (menor de 3 años) con incapacidad para conservar el ritmo previsto de crecimiento a lo largo del tiempo, lo que podría suponer un retraso en la adquisición de los logros sociales y/o neurológicos normales¹.

En nuestro medio corresponde a la malnutrición de las sociedades desarrolladas y suele asociar una actitud anómala frente a la comida y un incremento de peso, y menos frecuentemente de talla, insuficiente para mantenerse en su percentil de crecimiento.

Definición / criterios diagnósticos

La definición del FDM desde un punto de vista clínico-científico se basa de forma estándar en la utilización de parámetros antropométricos ya establecidos. No existe un parámetro único que lo defina, sino que se basa en distintos indicadores y su desarrollo en el tiempo (al menos 2-3 meses)²⁻⁹.

Dado que hay una falta de consenso sobre que parámetro utilizar, en general usamos peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla (índice de Waterlow), velocidad de crecimiento y distintos índices nutricionales¹⁰⁻¹¹.

Por tanto al hablar de fallo de medro en sentido estricto se hace referencia a aquellos niños menores de 3 años en los que:

- El peso es menor del percentil 3 para la edad en al menos dos medidas distintas separadas 2-3 meses.
- El peso es menor del 80% del peso ideal para la edad y talla (índice de waterlow).
- La curva de peso cae al menos dos percentiles principales a lo largo del tiempo, según una gráfica estandarizada (preferiblemente curvas OMS, 2006^{*}).

Para interpretar estos datos es preciso considerar factores genéticos y ambientales (bajo peso al nacimiento, prematuridad, etc.) que pueden limitar el potencial crecimiento del niño.

^{*} Disponible en: www.who.int/childgrowth/standards/curvas_por_indicadores/en/index.html

Además, dado que el crecimiento es escalonado, no se puede olvidar que habrá un porcentaje de niños que inicialmente cumplirían criterios de fallo de medro y que supondrán una **variante de la normalidad**:

- Un 5% de los lactantes a término aumenta o desciende un percentil desde el nacimiento hasta la 6ª semana de vida.
- Un 5% desde las 6 semanas al año desciende 2 percentiles e incluso un 1% desciende 3.
- Hasta el 20% de los niños sanos puede presentar periodos de falta de crecimiento de hasta 3 meses.

Etiología / clasificación

Se distinguen tres **tipos de fallo de medro** que no son excluyentes entre sí y que a menudo coexisten en un mismo caso:

1. Variantes de la normalidad (falso Fallo de Medro)^{8,12}:
 - Potencial genético familiar.
 - Retraso constitucional de crecimiento y desarrollo.
 - Prematuros o niños con crecimiento intrauterino retardado (CIR).
 - *Catch-down* de niños nacidos con pesos superiores a su potencial genético y que alcanzan su percentil en los 2 primeros años.
2. Fallo de medro de origen orgánico (tabla 1)^{2,4,5,13,14}:
 - Aportes reducidos o consumo inadecuado de calorías.
 - Requerimientos aumentados
 - Dificultad en la utilización de nutrientes.
 - Absorción inadecuada o pérdidas excesivas
3. Fallo de medro de origen no orgánico (85-90% de los casos)¹⁵⁻¹⁸:
 - Trastorno alimentario post-traumático; atragantamientos, traumatismos orofaríngeos, ligados a técnicas diagnósticas o terapéuticas (sondaje, nutrición enteral, etc.).
 - Anorexias Infantiles.

Clasificación de las anorexias infantiles:

1. Clasificación psicósomática (Kreisler et al.):
 - A. Anorexias primarias.
 - Desde los primeros días/semanas de vida. Poco frecuentes. Complicación de un periodo de inapetencia transitorio en el posparto inmediato -por anestesia materna, etc.- a veces perpetuado por una madre ansiosa que no interpreta bien las necesidades del bebé y trata de forzar la alimentación.
 - *Anorexia neonatal activa y de inercia*: aparente voluntad de no comer por parte de un niño muy pequeño. Pronóstico severo.
 - B. Anorexia común precoz. Rechazo de la alimentación que se inicia en el segundo semestre, con la introducción de nuevos alimentos y favorecida por cambios en la vida cotidiana de los niños: guardería, nuevos cuidadores etc. A veces, se desencadena por un evento concreto: enfermedad banal, erupción dentaria, vacuna, falta de apetito pasajera, etc.

No respetar esta falta de apetito puede tener consecuencias desmesuradas: rechazos del alimento, del lugar y de la persona asociada a la comida, que pueden convertirse en un hábito, sobre todo, si la respuesta del entorno es forzar la alimentación. Con unas recomendaciones que rebajen la ansiedad de los padres es posible reconducir la situación, pero si se perpetúa puede estructurarse y manifestarse con otras conductas de oposición.

- C. Anorexia mental compleja de la primera infancia.
- Forma fóbica.
 - Formas ligadas a psicosis.
 - Formas depresivas.
2. Clasificación psico-evolutiva (Chatoor).
- A. Trastornos de la regulación (homeostasis): inicio a los 0-3 meses de vida. Dificultad para establecer tomas regulares, tranquilas y adaptadas. Niños irritables, difíciles de apaciguar. Padres ansiosos, depresivos, que comprenden y responden mal a las necesidades del bebé.
- B. Trastornos por alteración del vínculo: inicio a los 2-8 meses. Vínculo inseguro, padres con respuestas caóticas, con interacción padres-hijo inadecuada.
- C. Anorexia infantil: inicio entre los 6 meses y los 3 años de edad, en el periodo de transición hacia la autonomía alimentaria. Conflicto de relación madre (cuidador)-hijo, favorecido por un temperamento difícil del niño y ciertas características de la madre (cuidador).
3. Clasificación DSM-IV: trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez. Criterios diagnósticos:
- A. Alteración de la alimentación manifestada por una dificultad persistente para comer adecuadamente, con incapacidad significativa para aumentar de peso o con pérdidas significativas de peso durante por lo menos 1 mes.
- B. La alteración no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad orgánica asociada.
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental o por la no disponibilidad de alimentos.
- D. El inicio es inferior a los 6 años.

Tabla 1.- Fallo de medro orgánico

Consumo disminuido de calorías:

- Dificultades físicas en la alimentación (alteraciones oronasofaríngeas o del tracto digestivo superior congénitas o motoras, alteración del SNC...)
- Enfermedades crónicas que producen anorexia.
- Mala técnica alimentaria (incorrecta preparación, alimentos inapropiados...)
- Abuso o negligencia.
- Procesos banales de repetición.

Requerimientos aumentados (excesiva utilización de energía):

- Sepsis, traumatismos, enfermedades o infecciones crónicas, quemaduras, hipertiroidismo, cardiopatías congénitas...

Dificultad en la utilización de nutrientes:

- Alteraciones metabólicas (errores congénitos del metabolismo)
- Anomalías genéticas o cromosómicas.
- Alteraciones endocrinas.

Pérdida excesiva de calorías o absorción inadecuada:

- Vómitos persistentes: RGE, estenosis pilórica, alteraciones SNC...
- Malabsorción/diarrea: enfermedad celiaca, fibrosis quística, déficit enzimático, intestino corto, parasitosis, EII, colitis alérgica, ...

Para orientar un caso concreto es necesario considerar las posibles variantes de la normalidad, descartar la existencia de una enfermedad subyacente potencialmente grave y conocer las implicaciones psico-afectivas que tiene el acto de comer, así como su desarrollo en el niño y sus alteraciones.

El fallo de medro orgánico y no orgánico comparten muchos aspectos, incluso se habla de un fallo de medro mixto. Así, niños con una enfermedad crónica de larga evolución, secundariamente presentan una conducta alimentaria alterada con escaso apetito y problemas en la relación con la madre.

Aproximación diagnóstica: síntomas y signos de alarma

El pediatra de Atención Primaria asiste, desde el primer momento, a niños que van “dejando de medrar” y observa su lenta curva de crecimiento. Lo importante es distinguir entre niños pequeños, pero normales, -que sólo necesitarán seguimiento (prevenir problemas de alimentación, ofrecer apoyo psicológico), desmedicalizar y desdramatizar la situación- y niños que precisan mayor atención, ante el riesgo de padecer alguna enfermedad orgánica o psíquica potencialmente grave.

La valoración se basa, en primer lugar, en una historia clínica completa donde se recojan todos los antecedentes familiares, personales y psicosociales relacionados con un crecimiento insuficiente; en el análisis de la alimentación, consideradas las circunstancias que la rodean, y encuestas nutricionales; en una anamnesis por aparatos detallada; y en la exploración física que incluya la construcción de una curva de valores antropométricos, base del diagnóstico¹⁹⁻²².

Historia clínica

A. Antecedentes personales (ver Anexo 1)

– Perinatales:

- a. Embarazo. Circunstancias, incidencias, complicaciones (infecciones, medicaciones, alcohol, drogas, tabaco, diabetes, HTA, malformaciones, síndromes genéticos...).
- b. Parto. Edad gestacional, tipo de parto, Apgar, peso RN, talla RN.

– Postnatales:

- a. Hospitalizaciones, accidentes, vacunaciones, asistencia a guardería.
- b. Enfermedades intercurrentes y medicaciones usadas. Síntomas respiratorios, digestivos o neurológicos.
- c. Edad de inicio del fallo de medro.

– Desarrollo: Hitos madurativos, temperamento, actividad diaria del niño.

B. Antecedentes familiares

- Edad padres. Hábito constitucional y desarrollo ponderoestatural de los padres y hermanos.
- AF de enfermedades metabólicas, cromosómicas o genéticas (fibrosis quística, enf. celiaca, alergias, abortos, muertes precoces, alteraciones mentales,...)

C. Antecedentes psicosociales (ver anexo 2):

- Creencias religiosas o culturales de la familia que puedan implicar prácticas dietéticas erróneas.

- Dificultades psicológicas (enfermedades mentales, depresión), económicas, hábitos tóxicos (alcoholismo, drogas) o características personales o psicológicas de los padres (insuficiente responsabilidad materna, edad y carácter de los padres, inexperiencia...)
- Dinámica familiar alterada: mala relación entre los progenitores, falta de responsabilidades compartidas, alteración del estado emocional del cuidador...
- Temperamento del niño y respuesta de los padres a las manifestaciones del niño (llanto, hambre, sueño, rabietas...)

Valoración de la alimentación

- A. Calendario de introducción de los alimentos.
- B. Comienzo de los problemas con la comida: cuándo; cómo se manifestó; cómo lo afrontaron; cómo respondió el niño.
- C. Técnica de la alimentación:
- Lactancia materna: técnica adecuada, potencia de succión, medicación materna, estrés y agobio maternos.
 - Biberón: tipo de fórmula, volumen, preparación correcta, número de tomas, técnica de alimentación (intercambio emocional, ¿lo alimenta cara a cara?, ¿tiene contacto físico directo?, ¿quién se lo da, si no es la madre?, ¿cómo reacciona el niño?...)
 - Lactante mayor-preescolar: número de veces al día que recibe alimentos, qué persona lo alimenta, duración de cada sesión de comida, el niño come sólo o acompañado, dónde come, entorno cuando comen, ¿utiliza medios de entretenimiento?, ¿se reúne la familia?...
- D. Valoración de la ingesta (anexo 3). La mayoría de las veces será suficiente con una encuesta general en la que se indiquen:
- Frecuencia de consumo de alimentos.
 - Aporte diario de agua, leche, zumos de frutas.
 - Tipo de alimentos: vegetarianos, variedad limitada, exclusión de grupos de alimentos por preferencias del niño o los padres.

En algunos casos es importante conocer la cantidad ingerida de nutrientes para valorar aporte calórico, macronutrientes (carbohidratos, lípidos, colesterol, proteínas, fibra) y micronutrientes (minerales y vitaminas), y compararlos con los requerimientos aconsejados. Para ello podemos realizar:

- Recuerdo de ingesta de 24 horas previas.
- Frecuencia de consumo de alimentos.
- Registro de tres días consecutivos (incluyendo un día del fin de semana).

Los dos primeros métodos son complementarios. Para la valoración de la ingesta de tres días puede recurrirse al uso de tablas de composición de los alimentos o a programas informáticos encaminadas a tal fin (requiere un tiempo medio de 30 minutos).

En la tabla 2 se muestra la ingesta calórica normal y la ganancia de peso esperada de acuerdo con la edad.

Para la valoración de la ingesta de los lactantes pueden servir de referencia los anexos 4 y 5, para los preescolares el anexo 6.

Exploración física

A. Valoración antropométrica:

- Medida del peso, talla y PC.
- Revisión de los valores a lo largo del tiempo (una cifra aislada no tiene valor).
- Índice de Waterlow (peso real/ peso que le corresponde al P50 de su talla real x 100): normal 90-110 %, malnutrición leve < 90%, moderada 70-80%, grave < 70%.

B. Valoración del estado nutricional:

- Hábito constitucional (asténico, pícnico o atlético).
- Color y turgor de la piel (elasticidad de la piel y su grado de hidratación).
- Distribución del panículo adiposo, tono muscular.
- Signos sugestivos de un déficit específico (proteínas, minerales o vitaminas).

C. Exploración completa por órganos y sistemas.

La valoración de la historia clínica completa nos permitirá orientar el diagnóstico, la selección de pruebas diagnósticas, la necesidad de derivación hacia la atención especializada y el tratamiento (ver algoritmo, al final).

No se debe olvidar que desde el primer momento de sospecha hay que ofrecer una orientación terapéutica, según los principios básicos del tratamiento, para corregir los defectos detectados y ofrecer consejo nutricional que mejore técnicas y hábitos alimentarios.

Tabla 2.- Ganancia diaria de peso e ingesta calórica estimada

Edad	Ganancia de peso diaria	Ingesta calórica normal
RN a 5 meses	15-30 g/día	110 kcal/kg/día
6 a 12 meses	15 g/día	105 kcal/kg/día
12 meses a 2 años	6-8 g/día	100 kcal/kg/día
2 a 6 años	38 g/mes	

Aproximación diagnóstica: exploraciones complementarias

Tabla 3.- Pruebas complementarias desde Atención Primaria

Sistemático/sedimento de orina y urocultivo.

Analítica de sangre

- Hemograma.
- Bioquímica general: glucosa, proteínas totales, albúmina, transaminasas, creatinina, ferritina, hierro, colesterol, TG, iones: K, Na, P, Ca.
- TSH/T4.
- Ig A y marcadores serológicos de enfermedad celíaca (según edad).

Otras, según clínica:

- Parásitos y cultivo de heces con estudio de digestión de principios inmediatos.
- Electrolitos en sudor (Ionotest).

En función de los hallazgos encontrados y de la historia clínica se valorará **derivación a Atención Especializada** para completar estudio.

En el 85-90% de los casos se llegará al diagnóstico de exclusión de **fallo de medro no orgánico** que, sin embargo, implicará un estrecho seguimiento con controles periódicos, una intervención nutricional y, si lo precisa, apoyo psicológico y social según los recursos disponibles en nuestro medio. Si la evolución no es favorable, se valorará la derivación al especialista de Digestivo o de Salud Mental.

Indicaciones de derivación

La derivación puede ser:

A. Derivación a **urgencias para hospitalización o valoración urgente** por el especialista, si existen los siguientes signos de alarma:

- Deshidratación aguda y/o malnutrición grave.
- Requiere técnicas especiales de alimentación.
- Sospecha o evidencia de maltrato o negligencia.
- Necesidad de separación terapéutica de los padres.
- Inestabilidad clínica de enfermedades orgánicas.

La hospitalización debe ser evitada en lo posible, se indicará en algunos casos tras valorar cuidadosamente la relación riesgo/beneficio.

B. Derivación a **consulta de atención especializada**:

- Una vez detectada patología orgánica, para tratamiento o completar estudio.
- Fracaso del tratamiento ambulatorio con necesidad de estudios más completos.
- Si los hallazgos clínicos y analíticos son normales pero existe una evolución desfavorable.
- Necesidad de rehabilitación nutricional que justifica la intervención de un nutricionista.
- Elevada presión familiar.

C. Derivación a **Salud Mental**:

- Anorexia común que no mejora.
- Casos con factores de riesgo psicológico añadidos: Hiperfrecuentación a consultas médicas. Riesgo social. Familia desestructurada. Comorbilidad psiquiátrica.
- Anorexia grave.

Tratamiento

La orientación de estos niños es compleja y, en ocasiones, puede ser necesaria la intervención de un equipo **multidisciplinar** que incluya a varios profesionales: pediatra, enfermera, nutricionista, trabajador social y psicólogo/psiquiatra²³⁻²⁵.

El tratamiento **debe empezar lo antes posible**, aunque no haya concluido el estudio, y debe involucrarse a los padres de forma activa. En la mayoría de los casos puede realizarse de forma ambulatoria, con visitas programadas, según los siguientes puntos:

Principios básicos

- Seguimiento estrecho del estado nutricional y de la velocidad de crecimiento.
- Corregir la malnutrición establecida. Suministrar las calorías y nutrientes adecuados en cada caso.
- Educación familiar desde el punto de vista social y nutricional con explicación de técnicas y hábitos alimentarios (anexo 7).
- Tratamiento específico de las complicaciones o deficiencias.
- Soporte económico y/o social.

Consejo nutricional

Se debe dar consejo nutricional a la familia sobre la cantidad, tipo y preparación de los biberones o de los distintos alimentos.

Para la recuperación del crecimiento se necesitan aportes calóricos y proteicos mayores del 50% de lo normal. En general es difícil que el niño ingiera el doble del volumen habitual, por lo que hay que aumentar el contenido calórico de las comidas (suplementos calóricos artificiales y técnicas de suplementación calórica²⁶).

Siempre que sea posible, se utilizará la alimentación oral pero, en ocasiones, puede ser necesaria la nutrición enteral a débito continuo nocturna como complemento de la vía oral, o durante 24 horas.

A. Cómo enriquecer la dieta con los alimentos naturales:

- Utilizar salsas: la mayonesa y bechamel aumentan las calorías y mejoran el sabor.
- Rebozar y añadir pan rallado a las carnes.
- Añadir a salsas y purés: maicena, cremas de leche, leche en polvo, huevo.
- Añadir a postres y fruta natural: miel, nata, chocolate, caramelo líquido.
- Añadir a la leche: leche en polvo, cacao, azúcar, miel, leche condensada.
- Añadir a las pastas salsa bechamel y queso rallado.
- Añadir al pan en bocadillo o tostadas: mantequilla o aceite.
- Añadir a las sopas, caldos o cremas: picatostes o rebanadas de pan frito.

B. Cómo aumentar el contenido calórico en la alimentación del lactante:

- Aumentar la concentración de la fórmula. No debe ser habitual. Precaución por el aumento de carga osmolar y posibles errores de preparación.

FA 13% ⇒ 68 Kcal/100 ml
1 cacito en 25 ml ⇒ 15% (78 kcal/100 ml)

- Módulos/suplementos nutricionales. La adición de **hidratos de carbono** es el método más habitual para aumentar la densidad energética de una fórmula (anexo 8). Proporcionan aproximadamente 4 kcal por cada gramo. Se recomienda comenzar por 2 a 5 gramos, por cada 100 ml de fórmula, comprobando la tolerancia con subidas progresivas. La tolerancia depende de la edad y de la capacidad absorptiva del intestino. Como guía orientativa puede darse la siguiente:

Lactantes \leq 6 meses: 5 gramos por cada 100 ml.
Lactantes entre 6 y 12 meses: 5-10 g por cada 100 ml.
Niños entre 1 y 2 años: 7-13 g por cada 100 ml.
Niños mayores: 13-20 g por cada 100 ml.

Disponemos de **módulos lipídicos** de triglicéridos de cadena larga (LCT) o de cadena media (MCT) (anexo 9). Los LCT proporcionan como media 9 kcal/g y los MCT 8,3 kcal/g. La cantidad de emulsión lipídica que puede incorporarse a una fórmula debe realizarse de forma individual y teniendo en cuenta su contenido en grasa. Para los lactantes más pequeños no debe sobrepasarse una concentración superior al 5 ó 6%, es decir, 5 ó 6 gramos por cada 100 ml. Si consideramos que el contenido medio en grasa de las fórmulas es de 3 g/100 ml, viene a significar la adición de 2 ó 3 gramos. En lactantes mayores de 1 año pueden tolerarse cantidades mayores.

Si el lactante está recibiendo una fórmula especial con elevado contenido en MCT (la mayoría de los hidrolizados extensos contienen hasta un 50% de su cuerpo lipídico como MCT), la adición de pequeñas cantidades de MCT puede producir flatulencia y diarrea.

También existen módulos que combinan **hidratos de carbono y lípidos**, cuyo empleo es más sencillo pero tienen el inconveniente de no poder modificar la cantidad fija de la relación entre ambos (anexo 10). En los lactantes muy pequeños, es preferible el uso de los módulos individuales.

- Uso de **dietas enterales** para niños. Las dietas enterales pediátricas son preparados enterales específicos diseñados para cubrir los requerimientos de los niños entre 1 y 7-10 años de edad (anexo 11).

En niños mayores de 10 años podemos usar los productos de nutrición enteral para adultos.

Ocasionalmente podrían usarse, durante periodos cortos de tiempo, en niños menores (casos de anorexia infantil o en la recuperación tras procesos infecciosos prolongados o repetidos).

Tratamiento farmacológico

A. Suplementos de vitaminas y minerales.

Aunque tradicionalmente se han usado en pacientes malnutridos, su empleo es discutible. No se ha comunicado ningún beneficio por su uso rutinario, exceptuando los casos con déficits específicos (vitamina D en presencia de raquitismo, etc.)

B. Estimulantes del apetito.

El uso de fármacos no está indicado en el tratamiento del fallo de medro ya que desorienta el problema al dirigirse al apetito del niño y no a la causa de la anorexia. Se dispone de escasos estudios que avalen la eficacia de la mayoría de fármacos antianorexígenos que, además, pueden tener efectos secundarios no despreciables.

Se han utilizado tres moléculas como estimulantes del apetito: ciproheptadina, pizotifeno y acetato de megestrol. La ciproheptadina es un antihistamínico H1 y antiserotoninérgico con efecto antimigrañoso. Se administra por vía oral a dosis de 0,25 mg/kg/día. Produce somnolencia, sequedad de boca, visión borrosa y, a veces, taquicardia, temblores, erupciones cutáneas y fotosensibilización. El pizotifeno bloquea también los receptores H1, 5HT2 y colinérgicos, con efectos secundarios similares a la ciproheptadina. El acetato de megestrol es un esteroide progestágeno utilizado en la anorexia del paciente con cáncer o con infección VIH.

Excepcionalmente se ha usado en niños mayores con fallo de medro orgánico (p.e. en fibrosis quística).

En algunos trabajos se preconizó el uso de procinéticos (domperidona) basado en la hipótesis de un retraso del vaciado gástrico como origen de algunas anorexias. No se ha comprobado su eficacia para estimular el apetito.

Hay múltiples preparados que combinan aminoácidos y/o vitaminas con ciproheptadina y, en algunos casos, con metoclopramida. Carecen de eficacia demostrada y su utilización como placebo requiere un conocimiento claro por parte del terapeuta y de la familia del objetivo que se quiere conseguir. No están exentos de efectos adversos y deben utilizarse con cautela en niños pequeños.

- C. Otros suplementos no vitaminas ni minerales: jalea real, polen, Ceregumil, infusiones, etc.

En la mayoría de ocasiones no sólo faltan estudios de eficacia, sino que incluso se carece de información sobre su composición y su seguridad, por lo que no debemos aconsejar su empleo.

Anorexia en la primera infancia. Perspectivas desde Salud Mental

Introducción

Como hemos visto la anorexia infantil es el trastorno de alimentación más frecuente del niño pequeño.

El fisiólogo A.C. Ivy hace la distinción entre "hambre" y "apetito":

- Hambre: estado somático provocado por la falta de alimentos; corresponde a la percepción de un impulso congénito que mueve a comer. Su alteración es propia de la enfermedad orgánica. La desaparición del hambre en la enfermedad orgánica es un fenómeno complejo; unido a factores biológicos hay una proyección del mal estado corporal sobre los alimentos.
- Appetito: se caracteriza por el deseo de alimentos, condicionado por una experiencia previa placentera. Es un fenómeno adquirido. Su trastorno es de orden psicológico, en él interactúan múltiples factores psicosociales, ambientales y, más directamente, una alteración del vínculo "madre-bebé".

La comprensión de la anorexia mental en la primera infancia se ha enriquecido gracias a los nuevos conocimientos sobre los fenómenos de interacción precoz entre el bebé y su entorno. En las primeras etapas de la vida no existe el lenguaje verbal; el bebé utiliza un lenguaje corporal que va siendo conformado a base de estímulos internos y externos, senso-percepciones y respuestas de tipo instintivo y funcional: hambre, sueño, excitación, irritabilidad, tranquilidad..., de intensidad variable según las características del bebé. A su vez, los gestos y demandas del pequeño van siendo interpretados y significados en el seno de la crianza.

El estado de este entorno maternal, el grado de sincronía y eficacia en la respuesta son de capital importancia pues, la madre o persona cuidadora, dará sentido y responderá a las expresiones del bebé según su estado emocional, sus fantasías, su modo de vivir al bebé... Así se va tejiendo el "vínculo primario", verdadera matriz emocional donde se inicia la organización del aparato psíquico, tan presente en estos trastornos. Es la diana terapéutica en todos ellos.

Formas clínicas

Conviene diferenciar la anorexia infantil de la que tiene lugar en la pubertad-adolescencia. De forma sencilla, la primera se corresponde con alteraciones en la interacción madre-bebé; la segunda, por temor a la obesidad en un cuerpo en transformación sexual.

Se pueden diferenciar dos grandes grupos en la anorexia infantil: formas comunes o simples, y formas complejas, de mayor gravedad.

Anorexia común o simple.

Características:

- Generalmente son desencadenadas por motivos propios del desarrollo.
- Aparecen como defensa ante respuestas ineficaces, debidas más a falta de competencia materna que de hostilidad o rechazo hacia el pequeño. Dicho de otra manera: las proyecciones hostiles hacia el hijo son mínimas y carecen de trascendencia patológica; predominan las saludables.
- Son de carácter adaptativo y aparecen como síntoma único, el resto de áreas están preservadas.

- Suelen producirse al final del primer trimestre de vida siendo más frecuentes en el segundo semestre y a lo largo del segundo año.
- Se deberían manejar desde Atención Primaria, sólo las que se cronifican deben ser derivadas a Salud Mental.

Las causas desencadenantes son muy diversas: destete, enfermedad seria o banal, vacunación, dentición, cambio de alimentación, cambios en el entorno, situación nueva (guardería, colegio...) etc. A medida que el niño va haciéndose mayor, los motivos psicológicos son más evidentes.

Un incidente pequeño puede tener consecuencias desmedidas: ante una inapetencia puntual, comprensible y que sería transitoria, se pretende forzar al niño para que termine las comidas, la situación se va tensando, la hora de la comida va cargándose de ansiedad y se utilizan los medios más insospechados para obligar o convencer al niño para que coma..., apareciendo por tanto el rechazo al alimento. Termina la batalla cada uno instalado en su posición, y la "anorexia" se convierte en el modo relacional. Un "tour de force" agotador y desalentador para ambos. Aunque el pequeño parezca triunfante, lleva la ansiedad consigo.

La **evolución** es variable y depende de la actitud psicológica y las circunstancias del entorno cuidador. La mayoría, tratadas a tiempo, evolucionan bien.

Otras, por fallos terapéuticos, entorno desfavorable o actitudes psicológicas negativas van a perpetuarse meses o años, complicándose con otros síntomas: vómitos, dolor abdominal, alteraciones del sueño... Pueden aparecer trastornos en otros registros: relaciones interpersonales, aprendizaje escolar, conducta diaria...etc. Todo ello con el denominador común de un opositorismo activo o pasivo.

El **tratamiento** está orientado a hacer desaparecer la conducta de rechazo del pequeño modificando las actitudes del entorno una vez estudiado, y evaluando su adecuación a la crianza (grado de madurez de los progenitores, circunstancias de la gestación, presencia de trastornos o enfermedad mental, adicciones...).

Como la ansiedad, la culpa, la hostilidad y el sentimiento de fracaso siempre están presentes, es preciso desculpabilizar y volver a dar seguridad y apoyo a la madre o cuidador. Una vez establecida la confianza y alianza terapéutica son mejor aceptados los consejos médicos, encaminados a:

- Sustituir el enfrentamiento y la hostilidad, manifiestos o latentes, por la indiferencia ante el síntoma.
- No forzar nunca el apetito del niño/a.
- Excluir cualquier alimento rechazado con frecuencia.
- Dar cantidades algo inferiores a las que habitualmente acepta el niño/a. Se irán aumentando según vaya recuperando el apetito. Se trata de invertir la situación, según vaya mejorando.
- Presentar los alimentos en un orden preestablecido y retirarlos en cuanto son rechazados y pasar al siguiente plato, sin ser reemplazados por otros alimentos.
- Dejar de emplear la fuerza, los trucos y los juegos para que coma. No premiar ni castigar con cosas de comer.
- Abstenerse de hablar del tema "comidas" delante del niño, como si eso no interesara a nadie.
- La separación de su entorno, en este tipo de anorexia, no es conveniente. Se trata de curar al pequeño/a en su medio familiar.

Anorexia compleja

Características:

- Algunas pueden provenir de formas simples cronificadas.
- Las típicas corresponden a alteraciones graves en el funcionamiento de la crianza, con distorsión grave de los intercambios emocionales.
- La vinculación "madre-bebé" está inmersa en alteraciones psicopatológicas, por deficientes competencias del bebé, por alteraciones maternas, del entorno, o por ambas.

- Entre las variedades simple y compleja existen cuadros de gravedad variable condicionados por el grado de perturbación de las interacciones.

Tipos de anorexia compleja:

- A. Formas fóbicas de carácter neurótico: más simples, generalmente debidas a extrañeza hacia determinados alimentos, por ejemplo "fobia a los grumos" o rechazo a partir de un atragantamiento, pero que se organizan como un síntoma fóbico característico.
- B. Formas fóbicas de evolución aguda: son menos frecuentes y se inician en el segundo semestre o con mayor frecuencia en el segundo año. Se establecen con rapidez.

El niño reacciona con terror ante el alimento y suele ir acompañada de otras fobias y de insomnio, a veces también rechaza la bebida. Puede evolucionar hacia una neurosis fóbica o ansiofóbica. En estos casos la intervención terapéutica debe ser urgente por riesgo de desnutrición y deshidratación.

- C. Formas de anorexia vinculadas a trastornos de orden psicótico (trastornos generalizados del desarrollo o disarmonías evolutivas psicóticas o parapsicóticas). En estos casos es muy llamativo el comportamiento del bebé, con ausencia de actividades auteróticas orales. Su actitud psicomotriz es extraña, con gesto entrecortado y angustiado, a veces petrificados, la relación de apego aberrante -a la vez simbiótico y distante-, mirada periférica...
- D. Formas depresivas, en el contexto de trastorno psicósomático. En este tipo existe una alteración global del hambre y del apetito. Aparecen relacionadas con un estado depresivo materno grave o con motivo de una separación precoz y prolongada.
- E. Formas precoces en situaciones especiales:

- Anorexia primaria, debidas a irregularidades en el periodo neonatal. Aparecen ya desde el nacimiento o primeros días de vida como consecuencia de diversos factores, por ejemplo: somnolencia posterior a la anestesia materna, retraso en las atenciones, incidentes en relación con la salud de la madre o el bebé, maniobras de inmovilización necesaria para exploraciones o tratamientos, estancias en incubadora etc....

Pueden aparecer periodos de inapetencia que suelen ser transitorios si se les respeta. Si se les fuerza puede aparecer una reacción de oposición –activa o pasiva-, que nos introduzca en el bien conocido círculo de acción-reacción.

- Anorexia neonatal activa y anorexia de inercia. Graves y poco frecuentes. También aparecen desde el nacimiento. Tienen que ver con las reacciones instintivas del bebé, a veces de gran violencia. En la activa, se produce una reacción de rechazo activo al pezón o tetina e, incluso giro de la mirada hacia el otro lado. En la de inercia, la reacción es de pasividad, el bebé da la impresión de carecer del reflejo de succión o de no saber servirse del pezón o tetina.

El **tratamiento** de estos casos complejos requiere la intervención de un equipo multidisciplinar en acción coordinada (gastroenterólogo pediátrico, especialista en nutrición infantil, enfermería pediátrica, especialista en psiquiatría-psicología infantil y trabajador social, según los casos).

Siempre hay que privilegiar la díada madre-bebé, cuidando del entorno materno para dar soporte a la "figura materna", sea quien sea quien la desempeñe.

Los objetivos terapéuticos son básicamente los mismos que en las anorexias simples, pero además:

- Se añadirá tratamiento a la pareja "madre-bebé", previa observación cuidadosa.
- Tratamiento a la madre, a la pareja, incluso familiar, según los casos.
- A veces se hace preciso un ingreso del niño con su madre. Lo ideal sería, la mayoría de las veces, una atención en domicilio.
- Es necesario tener una figura cuidadora estable; fundamental durante los primeros años.
- Frecuentemente conviene una coordinación con escuelas y jardines de infancia y, siempre, con el pediatra de atención primaria.

Prevención

Son varias las acciones que pueden realizarse. Hay experiencias que avalan su eficacia:

- Preguntar habitualmente por los hábitos y conductas con respecto a la alimentación.
- Realizar grupos preventivos con parejas y/o mujeres solas que esperan un hijo. Debería pensarse como un aspecto más (y no secundario) de preparación al parto.
- Debe actuarse en coordinación con ginecología, en embarazos de riesgo.
- Realizar grupos con aquellos casos en los que se detecten ciertas disfunciones que podrían ser preliminares. Las consultas de seguimiento posparto son una buena fuente de información.
- En segundo nivel (servicio de neonatología) en casos de neonatos con circunstancias irregulares o claramente adversas.
- Aunque la inapetencia sea debida a enfermedad orgánica, no dudar ante el apoyo psicológico.
- Otra intervención conveniente es con educadoras/es de escuelas de primera infancia. En el servicio público la realizan los equipos de atención temprana.

ANEXO 1

Datos orientativos de la historia clínica (antecedentes personales y familiares)

Historia		Implicación
Antecedentes personales	Perinatales: Embarazo y parto(complicaciones, infecciones, medicaciones prematuridad..)	Trastornos orgánicos que conducen al retraso de crecimiento. Diferenciar FDM de prematuridad o CIR
	Postnatales: Enfermedades agudas o crónicas, accidentes, hospitalizaciones	Producen retraso de peso de forma aguda con recuperación posterior.
	Comienzo del fallo de medro.	Posibles causas orgánicas de FDM
Antecedentes familiares	Edad de los padres y sus características / personalidad.	Descartar negligencia o abuso.
	Embarazo deseado	Responsabilidad paterna y capacidad para el cuidado del niño
	Enfermedades familiares metabólicas, cromosómicas o genéticas. Abortos.	Predisposición para padecer causa orgánica o genética de FDM
	Desarrollo ponderoestatural de los padres en la infancia y sus características	
	Alteraciones mentales	Incapacidad de los cuidadores.

ANEXO 2

Datos orientativos de la historia clínica (datos psicosociales)

Historia		Implicación
Historia social	¿Quién vive en el domicilio?, ¿quién cuida del niño? Temperamento del niño	Identificar a los cuidadores reales. Falta de coordinación entre padres Niños con carácter difícil, irritables...(dificultades para ser alimentados)
	Edad de los padres. Situación laboral	Capacidad para responder a las indicaciones y necesidades del niño
	Estabilidad del hogar, violencia doméstica, estrés familiar, social o económico ... Problemas con alcohol o drogas	No reciben alimentos adecuados. El niño puede expresarlo como anorexia Abuso o negligencia

ANEXO 3

Datos orientativos de la historia clínica (alimentación)

Historia		Implicación
Encuesta dietética	Registro diario 3 días no consecutivos.	Cuantificación de la ingesta diaria de calorías.
	Recuerdo 24 horas. ¿Preparación correcta?	Fórmula muy diluida = pocas calorías. Muy concentrada o mal sabor = rechaza el alimento.
	Tipos de comida (adecuada a la edad, equilibrada, consumo de zumo...)	Exceso de zumos de frutas. Toma de calorías "vacías". Rechazo de otros alimentos
Técnica de alimentación	¿Qué persona lo alimenta? ¿Cómo se lo da? Si establece o no intercambio emocional.	Inadecuado desarrollo de hábitos y conductas de alimentación.
	¿Tiene contacto físico directo?	Posible conflicto en la relación madre-hijo y su afectación en el establecimiento de la autonomía, la dependencia y el control
	¿Se le fuerza a comer? Duración de cada sesión de comida.	La excesiva presión conduce al rechazo
	El niño come sólo o con la familia. ¿Cómo reacciona el niño?	
	Numero de veces al día que recibe alimentos	Picoteo o comida "snack" = saciedad temprana y rechazo de la comida habitual
Dónde come. Entorno cuando comen. ¿Utiliza medios de entretenimiento?	Niños distraídos, supervisión inadecuada por el cuidador, niños difíciles que no asumen normas de conducta	
Momento agradable o desagradable		

ANEXO 4

Estimación de aporte calórico según ingesta (lactantes)

	100 ml / 100 g	150 ml / 150 g	200 ml / 200 g	250 ml / 250 g
F. lactantes 13,9%	67 kcal	100,5 kcal	134 kcal	167,5 kcal
Leche + cereales	(3 cacitos de cereales) 132 kcal	(5 cacitos de cereales) 193 kcal	(7 cacitos de cereales) 265 kcal	(8 cacitos de cereales) 326 kcal
Puré verduras + carne o pescado	70 – 105 kcal	105 – 157,5 kcal	140 – 210 kcal	210 – 265,5 kcal
Papilla frutas	62 – 104 kcal	93 – 156 kcal	124 – 208 kcal	155 – 260 kcal
Papilla frutas + cereales	81 – 115 kcal	121,5–172,5 kcal	162 – 230 kcal	202,5 –287,5 kcal
Postre lácteo	102 – 106 kcal			

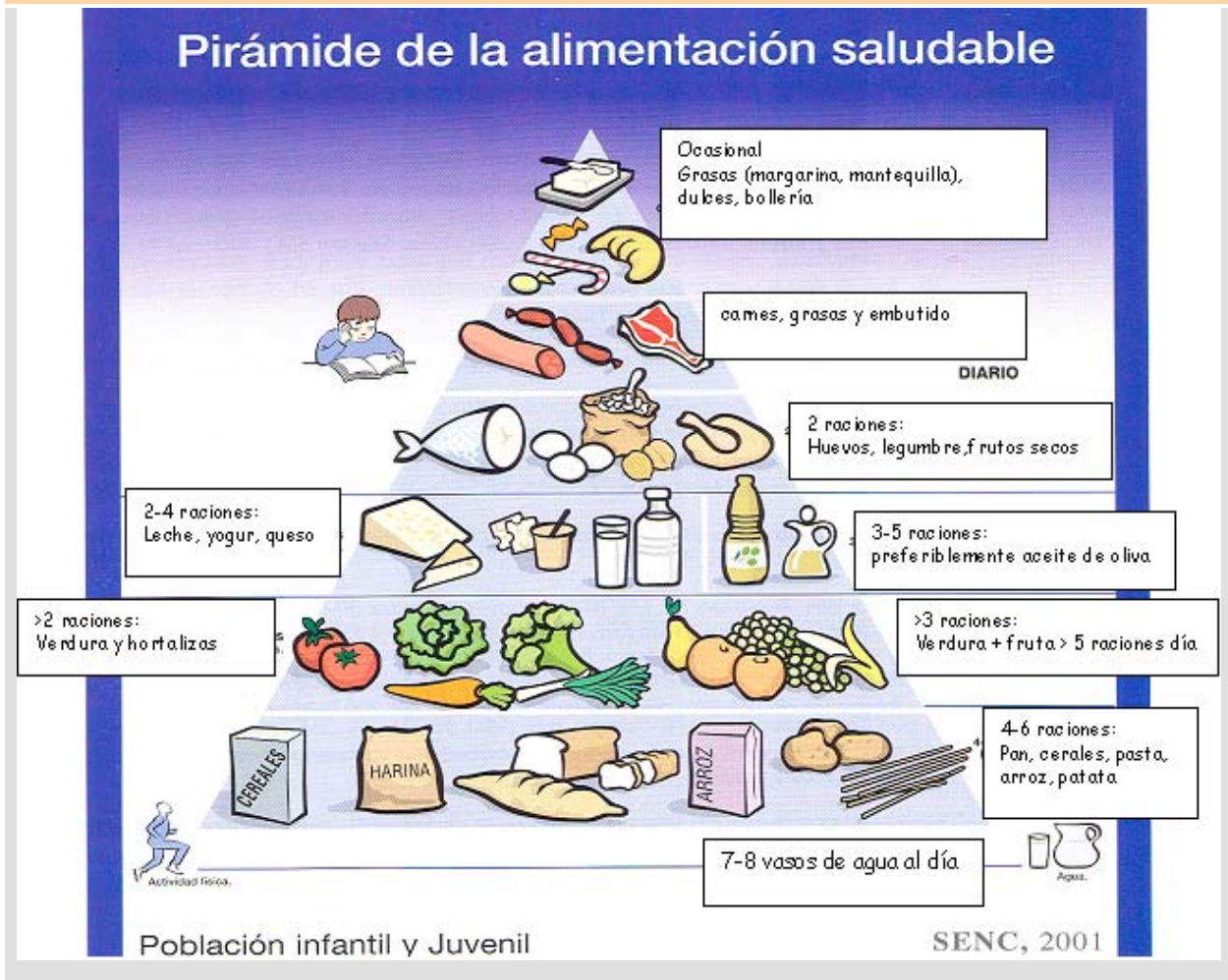
ANEXO 5

Estimación de la ingesta a partir de alimentos de uso común (lactantes)

Producto	Aporte calórico (kcal)
Leche (100 ml)	65-70
Cereal (un cacito, 5 gramos)	20
Triturado de verduras (100 g)	50
Triturado de verduras con carne, pollo o pescado (100 g)	70
Papilla de frutas (100 g)	50
Zumo de frutas (100 ml)	50
Postre lácteo (125 ml)	80

Anexo 6

Pirámide de alimentación infantil



Anexo 7

Técnicas y hábitos alimentarios. Consejo alimentario para familias de lactantes mayores y pre-escolares

Diez ingredientes para un niño bien alimentado:

1. Una gran variedad de alimentos y un ambiente alegre y confiado a la hora de la comida.
2. Quien mejor sabe *qué y cuándo* dar de comer a sus hijos son los padres pero quien mejor sabe *cuánto* deben comer son ellos mismos.
3. Un aviso previo cinco minutos antes de la comida permite acabar juegos o actividades, lavarse las manos, ayudar con los preparativos y prepararse para comer.
4. Comer con la televisión encendida impide conversar. Por ello se recomienda apagar el televisor. Sin embargo, alguna comida con un programa que guste a toda la familia puede estar bien de vez en cuando.
5. Procurar que la comida sea un momento agradable en un ambiente acogedor. No permita que se convierta en una escena de lucha.
6. Si el niño deja de comer una comida no hay que preocuparse. *No tenga miedo de que se quede con hambre. ¿Qué es peor, que no coma alguna vez o unos padres esclavos de los caprichos de su hijo?*
7. Ofrecer alimentos variados y *sin exigir* que coma ninguno en concreto. Si les prestamos demasiada atención a las manías conseguiremos que se aferre a comer solo algunos alimentos. Si se los ofrecemos de vez en cuando poco a poco los irá probando. A veces tardará mucho o lo probará muchas veces antes de que le guste pero tiene toda la vida por delante. *Nunca le forzaremos a probar alimentos nuevos.*
8. Las manías a un alimento concreto forman parte del desarrollo normal ¿Quién no lo recuerda de su propia infancia?
9. Los niños imitan lo que ven, si los adultos llevan un régimen alimenticio inadecuado no pueden esperar que sus niños coman bien. Démosles ejemplo comiendo con un horario regular y seleccionando alimentos sanos y variados.
10. Si el niño no se comporta bien, haga que se vaya a su habitación o se siente fuera de la mesa hasta que la comida haya terminado, sin llevarse la comida ni regresar a tomar el postre, hasta la siguiente hora de la comida.

Tomado de: J. Bras i Marquillas *"El niño que no come: relación y conducta alimentaria"*. En: Pediatría en Atención Primaria; 2005. Masson.

ANEXO 8

Módulos de hidratos de carbono (composición por 100 gramos de producto)

Nombre/ presentación	Laboratorio	Kcal	Total HC	DMT	Maltosa	Polisacáridos
*Maxijul envases 2,5 kg y 200 g	SHS	380	95	-	16,2	76,9
*Fantomalt envases 400 g	Nutricia	380	95	95	-	-
*Polycose envases 350 g	Abbott	380	94	94	-	-
*Resource Dextrine maltose estuche 500 g	Novartis	380	95	87		
Maltodextrina botes 500 g	Vegenat-med	380	95	80		

* Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud

ANEXO 9

Módulos lipídicos (composición por 100 gramos/100 ml de producto)

Nombre/ presentación	Laboratorio	Kcal	Total lípidos	MCT / LCT	Otros lípidos
*Resource MCT aceite/ frascos 250 ml	Novartis	784	94,5	94,5 / -	-
*MCT oil/ botellas 500 ml	SHS	855	95	89,5 (aceite de coco)	5,5 (LCT)
*Liquigen/ botellas 1 L	SHS	450	50	47,1 (aceite de coco)	2,9
*Solagen/ botellas 250 ml	SHS	432	48	- / 48 (aceite de soja)	-
*Supracal/ botellas 250 ml neutro y fresa y 1L neutro	SHS	450	50	- /50 (aceite cacahuete)	-

* Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud

ANEXO 10

Módulos hidrocarbonados y lipídicos (composición por 100 gramos/100 ml de producto)

Nombre/ presentación	Laboratorio	Kcal	HC	Lípidos	%MCT / %LCT
*Duocal /botes 400 g	SHS	492	72,7 (j. glucosa deshid. 59%)	22,3 (maíz y coco)	35 / 65
*Duocal líquido/ botellas 1 L	SHS	158	23,4 (j. glucosa deshid. 59%)	7,1 (maíz y coco)	30 / 70
*Duocal MCT/ botes 400g	SHS	497	72 (j. glucosa deshid. 57%)	23,2 (girasol y coco)	83 / 17

* Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud

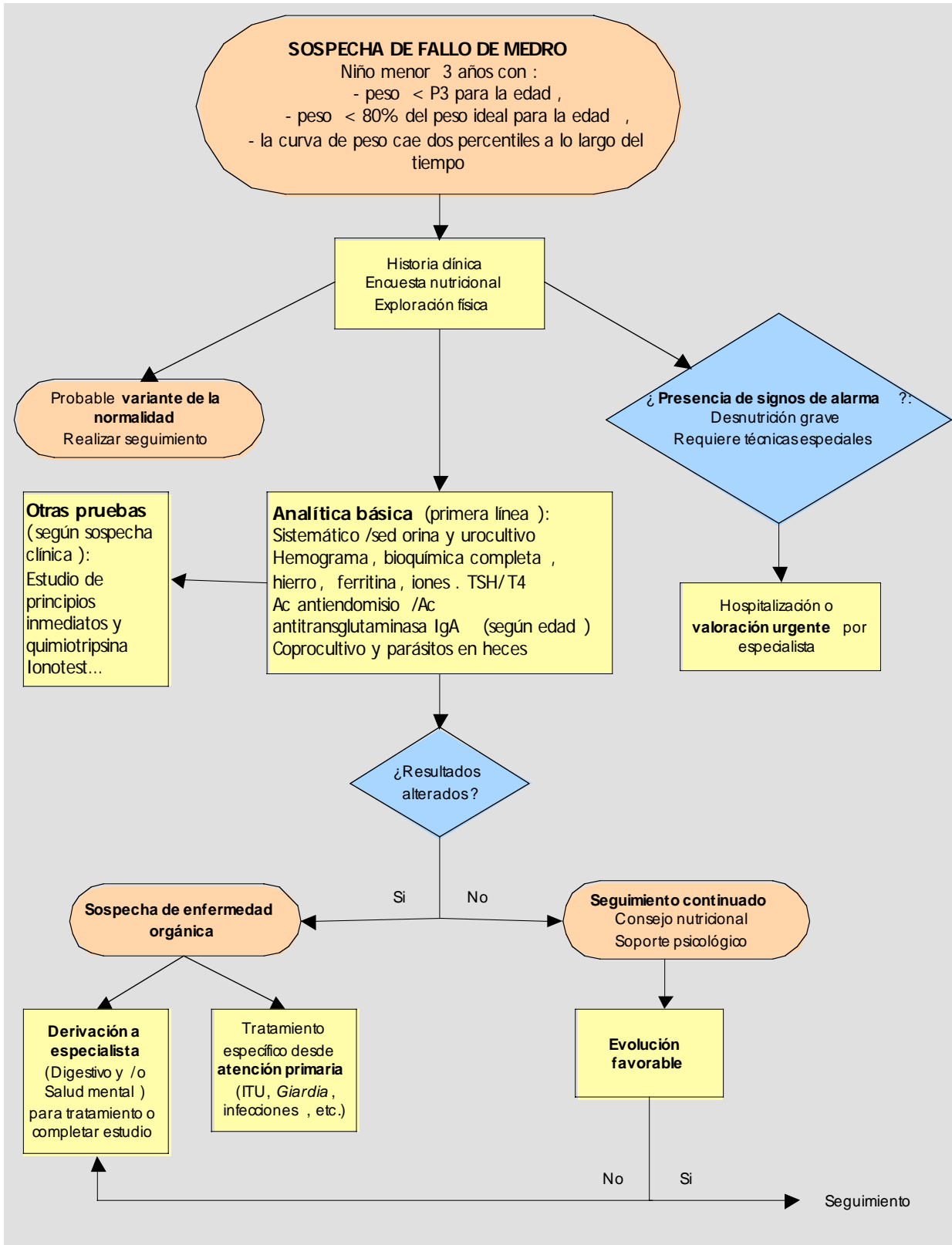
ANEXO 11

Dietas enterales pediátricas (para niños entre 1 y 10 años)

Composición por 100 ml	Energía	Proteína	Grasa	HC	Osmolaridad	Presentación
	(kcal)	(g) (%kcal) C/S	(g) (%kcal) Fuente	(g) (% kcal) Fuente	mOsm/L Fibra (g)	
Isosource Junior (Novartis)	122	2,7 (9%) 100/0	4,7 (35%) Vegetal MCT 19%	17 (56%) DTM/Sac (80/20)	282	Frascos 250 ml Vainilla, chocolate, tutti- fruti
Isosource Junior fibra (Novartis)	122	2,7 (9%) 100/0	4,7 (35%) Vegetal MCT 17%	16,4 (56%) DTM/Sac (77/23)	366 Fibra 0,76 soluble/insoluble (40/60)	Frascos 250 ml Vainilla, chocolate
Fortini (Nutricia)	150	3,4 (9%)	6,8 (41%)	18,8 (50%) DTM/Sac (76/24)	380	Caja 200 ml Vainilla, fresa
Fortini multifibre (Nutricia)	150	3,4 (9%)	6,8 (41%)	18,8 (50%) DTM/Sac (76/24)	Fibra 1,5 soluble/insoluble (60/40)	Caja 200 ml Vainilla, fresa, chocolate, plátano
Nutrini energy (Nutricia)	150	4,13 (11%) 100/0	6,66 (40 %) Vegetal	18,5 (49 %) DTM	320	Frascos 200 ml Neutro
Nutrini energy multi fibre (Nutricia)	150	4,13 (11%) 100/0	6,66 (40 %) Vegetal	18,5 (49 %) DTM	320 Fibra 0,75 soluble/insoluble (50/50)	Frascos 200 ml Neutro
Pediasure (Abbott)	100	2,8 (11%) 84/16	5 (44%) Vegetal MCT 20%	11 (45%) DTM/Sac (70/30)	273	Caja 200 ml Fresa,vainilla, chocolate RTH 500 ml vainilla
Pediasure con fibra (Abbott)	100	2,8 (11%) 82/18	5 (44%) Vegetal MCT 20%	11 (45%) DTM/Sac (70/30)	289 Fibra 0,5 Polisacárido de soja	Caja 200 ml Vainilla
Pediasure plus (Abbott)	150	4,2 (11 %) 82/18	7,5 (44,5%) Vegetal MCT 20%	16,7 (44,5%) DTM/Sac (70/30)	273	RTH 500 ml vainilla
Pediasure plus drink (Abbott)	150	4,2 (11%) 82/18	7,5 (44,5%) Vegetal MCT 20 %	16,7 (44,5%) DTM/Sac (70/30)	390	Caja 200 ml Vainilla, fresa
Resource Junior (Novartis)	150	3 (8 %) 82/18	6,2 (37%) Vegetal y láctea	20,6 (55%) DTM/Sac (70/30)	330	Caja 200 ml Fresa, vainilla, chocolate
Novasource Junior Peptinex (Novartis)	100	3 0/100 (hidrolizadas)	3,6	13,8	0,6 g/% (100% soluble)	Frascos 250 ml Vainilla

ALGORITMO

Manejo del fallo de medro en atención primaria



Bibliografía

1. Rudolf MCJ, Longan S. What is the long term outcome for children who failure to thrive? A systematic review. Arch Dis Child 2005; 90: 925-931
2. Schwartz ID. Failure To Thrive: An Old Nemesis in the New Millennium. Pediatrics in Review 2000; 21 (8): 257-264.
3. Hall DMB. Growth monitoring. Arch Dis Child 2000; 82: 10-15.
4. García Careaga M, Kerner JA. A Gastroenterologist's Approach to Failure to Thrive. Pediatric Annals 2000 ; 29 (9): 558-567.
5. Lichtman SN, Maynor A, Rhoads JM. Failure to Imbibe In Otherwise Normal Infants. Journal of Pediatric Gastroenterology And Nutrition 2000; 30 (4): 467-470.
6. Barrio Merino A, Calvo Romero C. Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Pediatría de la Asociación Española de Pediatría 2002. Tomo 5; 89-97.
7. Tolia V. Fallo de medro. En Willie R, Hyams JS. Gastroenterología Pediátrica, 2ª edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana Editores. Edición española, 2001; capítulo 5; 59-73.
8. García-Onieva M, Pedrón C. Fallo de medro. Pediatr Integral 1995; 1 (3): 210-218.
9. Krugman SD, Dubowitz H. Failure to thrive. Am Fam Physian 2003; Sep 1; 68(5): 879-84.
10. Raynor P, Rudolf MC. Anthropometric indices of Failure to thrive. Arch Dis Child 2000.; 82 (5): 364-365.
11. Steward DK, Ryan- Wenger NA, Boyne LJ. Selection of Growth Parameters to Define Failure to thrive. Journal Pediatr Nursing 2003; 18 (1): 52-59.
12. Bergman P, Graham J. An Approach to Failure to Thrive. Aus Fam Phisyan 2005; 34(9): 725-729.
13. Mahendra MD. Faulure to thrive in children. J Clin Gastroenterol 2002; 35(5): 371-374.
14. Zenel JA. Failure to thrive: a general pediatricians perspectiva. Pediatr Rev 1997; 18: 371-378.
15. Poinso F, Viellard M, Dafonseca D, Sarles J. Les Anorexias infantiles : de la naissance a la premiere enfance. Archives de Pediatri 2006 ; 13 : 464-472.
16. Chatter I, Ganiban J, Colib V, Plumier N, Harmon R. Attachmene an Feeding Problems: A reexamination of Nonorganic Failure to thrive and attacment insecurity. Journal Am Acad Child Adolesc Psiquiatry 1998; 37 (11): 1217-1224.
17. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddler: diagnosis and treatment. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 2002 Apr; 11(2): 163-83.
18. Chatoor I, Surles J, Ganiban J, Berker L, Paez LM, Kerzner B. Failure to thrive and cognitive development in toddler with infantile anorexia. Pediatrics 2004; May 113(5):e440-7.
19. Vitoria L, Dalmau J. El niño que no come. Etiopatogenia y manejo. Pediatr Integral 2003; VII: 331-339.
20. Charles J, Britt H. Management of growth delay in patients less than 6 years. Aust Fam Physian 2005 Sep; 34(9): 714-715.
21. Block RW, Krebs NF. Failure to thrive as a manifestation of child neglect. Pediatrics 2005; 116; 1234-1237.

22. Blair PS, Drewett R, Emmett PM, Ness A. Family, socioeconomic and prenatal factor associated with failure to thrive in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). *International Journal of Epidemiology* 2004; 33: 839-847.
23. Wright CM. Identification and management of failure to thrive: a community perspective. *Arch Dis Child* 2000; 82: 5-9.
24. Wright CM, Callum J, Birks E, Jarvis S. Effect of community based management in the failure to thrive: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 1998; 317 (29): 571-575.
25. Raynor P, Rudolf MCJ, Cooper K, Marchant P, Cottrell D. A randomised controlled trial of specialist health visitor intervention for failure to thrive. *Arch Dis Child* 1999; 80: 500-506.
26. Moreno JM, Olivero L, Galiano MJ. ¿Cómo enriquecer la alimentación del lactante?: uso de módulos nutricionales. *Acta Pediatr Esp* 2003; 61: 406-412.