

FALLO DE MEDRO DEL LACTANTE

José Alejandro Romero Albillos

QUE ES EL DESMEDRO

Cuadro clínico progresivo de ganancia ponderal y/o estatural por debajo de lo esperado para su edad y su sexo en menores de 3 años

Definiciones operativas

- **Peso debajo del percentil 3 ó 5**
- **Caída de dos percentiles del peso o de la velocidad de crecimiento**
- **Peso para la talla igual o menor al 80%del peso ideal para su edad**

**Durante
2 a 3
meses**

No es fallo de medro

NIÑOS SANOS

- 20% de los niños sanos presentan parada de peso hasta de tres meses de duración
- 5% (20%) de los RN a término suben o bajan un percentil de peso desde el nacimiento hasta las 6 semanas de edad
- 5% (23%) de los lactantes entre 6 semanas y 1 año suben o bajan dos percentiles de peso
- 1% de los lactantes entre 6 semanas y 1 año suben o bajan tres percentiles de peso

No es fallo de medro

• **CONSTITUCIONAL**

- Talla baja familiar
- Retraso constitucional del desarrollo y del crecimiento
- Delgadez constitucional

• **PREMATUROS**

- 30% no recuperan el PC hasta los 18 meses
- 30% no recuperan el peso hasta los 2 años
- 30% no recuperan la talla hasta los 4 años

No es fallo de medro

- **RETRASO CRECIMIENTO INTRAUTERINO***

- Asimétrico: Peso es el más afectado; buen pronóstico

- Simétrico: “armónico”; no buen pronóstico (crecimiento y DPM)

- **CUIDADO SÍNDROME METABÓLICO***

- **CATCH DOWN**

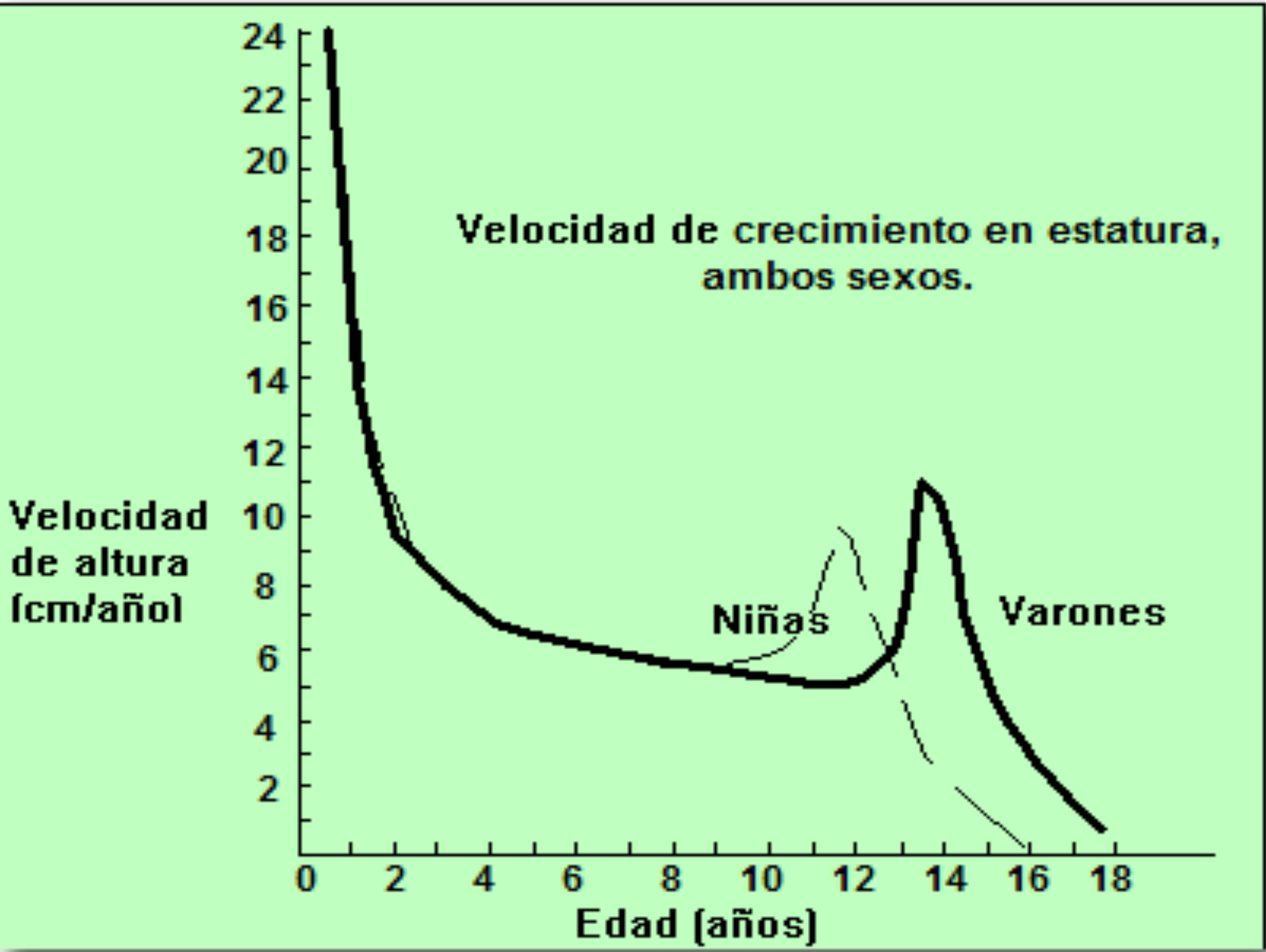
- Niños de peso elevado al nacimiento que pierden percentiles posteriormente, sobre todo a partir del 2º año de vida

IMPORTANCIA

- Prevalencia 0.7-10%
- Pronóstico bueno en el 75% de los casos
- Asocian otros problemas:
 - Aumento morbimortalidad
 - Dificultades en el aprendizaje y la cognición
 - Inmadurez social
 - Problemas obstétricos
 - Trastornos de conducta alimentaria
- Mayor riesgo de secuela si se inicia en los primeros 6 meses de vida (14-60%)

FISIOLOGÍA DEL CRECIMIENTO

- **Vida fetal**
 - Insulina y factores de crecimiento insulínico (por inmadurez de los receptores de GH)
- **Hasta los 6 a 12 meses**
 - Etapa de transición
- **Desde los 12 meses a prepubertad**
 - Hormona de crecimiento
- **Pubertad**
 - Hormona de crecimiento y esteroides sexuales



<p>Primera infancia</p>	<p>Hasta los 2 años</p>	<p>Rápido crecimiento que se va desacelerando</p> <p>Hacia los 2 años alcanza su percentil correspondiente a su potencial genético.</p>
<p>Etapa preescolar y escolar</p>	<p>Desde los 3 años hasta el inicio del estirón puberal</p>	<p>Crecimiento constante</p>
<p>Pubertad</p>	<p>Tanner 2-3 niñas Tanner 3-4 niños</p>	<p>Tras una desaceleración inicial, experimenta un rápido crecimiento</p> <p>Coincide con la maduración sexual</p>

DESARROLLO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

HASTA 6º MES



Ciclo hambre-saciedad (2-4 horas)

Succión-deglución-respiración

6º MES-3º AÑO



Transición a la autonomía personal

*Desarrollo apetito

*Masticación

*Manipular objetos

*18º mes comer solo

3º AÑO-5º AÑO



Verbaliza saciedad

Desinterés por la comida

ETIOLOGIA

- **Mecanismos (habitualmente más de uno)**
 - Ingesta calórica baja
 - Incremento del gasto
 - Mala utilización de la energía
 - Aumento de las perdidas

La causa más habitual es la escasa ingesta por una actitud alterada frente a la comida

ETIOLOGIA

- **No orgánico: 70% de los casos**
 - Pobreza
 - Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia
 - Síndrome de deprivación materna
 - Yatrogenia (dietas astringentes e hipoalergénicas)
 - Malos hábitos (exceso de zumos, comida basura, preparación inadecuada de la fórmula)
- **Orgánico: 5% casos**
 - Menor 6 meses: **RGE, IPLV, FQ**, infecciones perinatales o postnatales, errores del metabolismo, cardiopatía, parálisis cerebral, malformación orofacial, DBP
 - Mayor de 6 meses: **infecciones recurrentes, RGE, celiaca, hipertrofia adenoidea**, giardiasis, acidosis tubular
- **Mixto: 25% casos**

Anorexia de la infancia

Clasificación psicoevolutiva (Chatoor y Ammaniti)

Con deterioro ponderal

Trastornos de la regulación interna (homeostasis)

Trastornos por alteración del vínculo madre-hijo (reciprocidad)

Anorexia infantil

Alteración asociada con enfermedad médica

Alteración postraumática

Sin deterioro ponderal

Aversiones alimentarias sensoriales (picky eaters)*

Mecanismo de anorexia

- Niño con una peculiaridad
 - Carácter
 - Enfermedad
- Padres que resuelven mal el conflicto
 - Padres sobreprotectores, ansiosos o con desapego
 - Ante la falta de apetito presionan o intentan “comprar”
- El resultado cierra un círculo vicioso

Trastornos por alteración del vínculo madre-hijo (reciprocidad)

- Inicio 2-8 meses
- La madre siente **desapego** del niño aunque niega que no se preocupe por él
- Factores de riesgo en los padres:
 - Padres muy jóvenes
 - Familias numerosas
 - Familia monoparental
 - Problemas sociales o económicos o laborales
 - Padres con antecedentes de abandono, abuso o maltrato
 - Padres con patología (psiquiátrica, física grave, drogodependencia)

Anorexia infantil

- Entre los 6 meses y los 3 años (etapa de transición a la *autonomía personal*)
- Se desencadena en un *niño de temperamento difícil* con *padres sobreprotectores y ansiosos*, que interfieren negativamente en el aprendizaje

Niño	Padres	Relación
Sin hambre	Sobreprotectores	El niño a las pocas cucharadas empieza a rechazar la comida
Sin sueño	Conducta ansioso-depresiva frente a la comida (miedo a que enferme)	
Inquietos	Pocas habilidades para resolver conflictos (engatusar o castigar)	Los padres lo calman o con premios o lo castigan sin ningún orden o acuerdo
Ansiedad de separación	Tuvieron problemas con el sueño, la comida y la relación con sus padres	El niño manipula a los padres

Trastornos de la regulación interna

- Primeros 2 meses de vida
 - **Niños irritables**, se duermen entre tomas y les cuesta despertarse con padres ansiosos o depresivos (**depresión postparto**)
 - **Complicaciones perinatales** (cesárea, SNG). Mayor incidencia de cólicos, regurgitaciones y vómitos

Aversiones alimentarias sensoriales (picky eaters)

- Las aversiones y los gustos dependen de factores genéticos y ambientales (dieta durante el embarazo, lactancia materna, modelos a imitar)
 - **Rechazo selectivo de alimentos. Sin embargo, comen bien el resto de los alimentos.**
 - Pueden existir problemas en otras áreas sensoriales y antecedentes de comportamientos parecidos en los padres y los hermanos

Alteraciones asociada a enfermedad médica

- Cualquier edad
- Con cualquier enfermedad (RGE, “IPLV”)
- Comienza a comer bien pero a las pocas cucharadas, rechaza seguir comiendo y empiezan a llorar. El padre lo presiona y perpetua el cuadro

Alteración postraumática

- Cualquier edad
- Relacionado con una experiencia traumática orofaríngea (atragantamientos, SNG) o gastrointestinal (vómitos, alergia).
- El niño rechaza comer mostrando angustia, incluso desde el momento en el que se sienta en la mesa.

PROTOCOLLO DIAGNOSTICO

Anamnesis específica

- Descripción del problema
- Antropometría al nacimiento, actual y de los padres y hermanos
- Encuesta dietética
- Padres y niño durante el acto de la comida
- Factores psicosociales y médicos de interés



• DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

- Edad de inicio
- Evolución de peso, talla y PC (curvas, z, velocidad de crecimiento)
- Sintomatología asociada*
- Desencadenantes (alimento, infección, atragantamiento, vómitos, cambios en el cuidador, nuevos alimentos)

La afectación ponderal, la ingesta escasa y los vómitos son **pobres discriminadores entre fallo de medro orgánico y no orgánico**



La conducta de rechazo de alimento, la fijación por el consumo exclusivo de un alimento, prácticas inadecuadas de alimentación de los padres , náuseas antes de comer o el inicio tras un desencadenante son **buenos discriminadores de fallo de medro no orgánico**

Es importante **identificar el desencadenante** para poder presentar a los padres el origen del problema y como ellos pueden ayudar a resolverlo

• ANTROPOMETRIA FAMILIA

- Crecimiento durante la gestación
- Peso y talla al nacer
- Antropometría, constitución y crecimiento de los padres y hermanos
- Momento del desarrollo puberal de padres y hermanos

• ENCUESTA DIETÉTICA

- Lactancia materna
- Momento del destete
- BEIKOST
- Gustos y aversiones

- Encuesta de frecuencia de consumo
- Recuerdo de 24 horas
- Encuesta de 3 días (dos laborales y uno festivo)

Encuesta de frecuencia de consumo

La nueva Rueda de los Alimentos



__ veces/día
 __ veces/día

__ veces/ día

__ veces/ semana

- LACTEOS
 - Leche _____
 - Yogur, natillas, A _____
 - Queso _____
 - Bechamel _____
- CARNES/HUEVO
 - Pollo _____
 - Cerdo _____
 - Otras carnes _____
 - Embutidos y ahu _____
 - Pescado blanco _____
 - Pescado azul _____
 - Huevo _____
- LEGUMBRES Y F
 - Legumbres _____
 - Frutos secos _____
- CEREALES Y TU
 - Pan _____
 - Cereales de des _____
 - Sopa _____
 - Pasta _____
 - Arroz _____
 - Patata _____

Recuerdo de 24 horas

	Ofrecido	Tomado
Desayuno		
Recreo		
Comida		
Merienda		
Cena		
Picoteo		
Pan en la comida		
Agua		

Encuesta de tres días

	DIA 1	DIA 2	DIA 3
Desayuno			
Recreo			
Comida			
Merienda			
Cena			
Picoteo			
Pan			
Agua			

Calorías de raciones en alimentos para lactantes

Producto (cantidad)	Calorias (kcal)
Leche 13% (100 cc)	65-70
Un cazo de cereal (5 gr)	20
Triturado de verduras (100 gr)	50
Triturado de verduras con carne o pescado (100 gr)	70
Papilla de frutas (100 gr)	50
Zumo de frutas (100 cc)	50
Yogur (125 gr)	80
Tres galletas (25 gr)	120
Un plato de legumbres (100 gr)	100
Una rebanada de pan de molde (25 gr)	70
Una salchicha de tamaño normal (50 gr)	130

Necesidades energético-proteicas estimadas para niños sanos

**Basada en Recommended Dietary Allowances
(RDA-1989)**

Edad (años)	Energía (kcal/d)
0 - 0,5	650
0,5 - 1	850
1 - 3	1300
4 - 6	1800

• El acto de comer

–Horarios / picoteos

–Si está con pecho o biberón, forma en que lo cogen y ofrecen la tetina

–Come sólo o con ayuda

–Come sólo o en familia

–Hay rechazo antes de empezar a comer

–Que tipo de comida ofrecen (biberón, blanda, sólida)

–Trucos durante la comida (dormirlo, distraerlo, TV, castigo, amarrarlo ...)

–Cuando no come, como actúan

–Cuanto tiempo dura la comida

–Quejas de los padres con la comida (come poca cantidad, come lento, come poca variedad)

• ANAMNESIS PSICOSOCIAL y MEDICA

–Enfermedades y cirugías previas

–Valorar las creencias de los padres respecto de la comida

»“No come porque esta enfermo o enfermará”

»“Come poco y se quedará pequeño”

–**Situación familiar**

»Salud mental de los padres

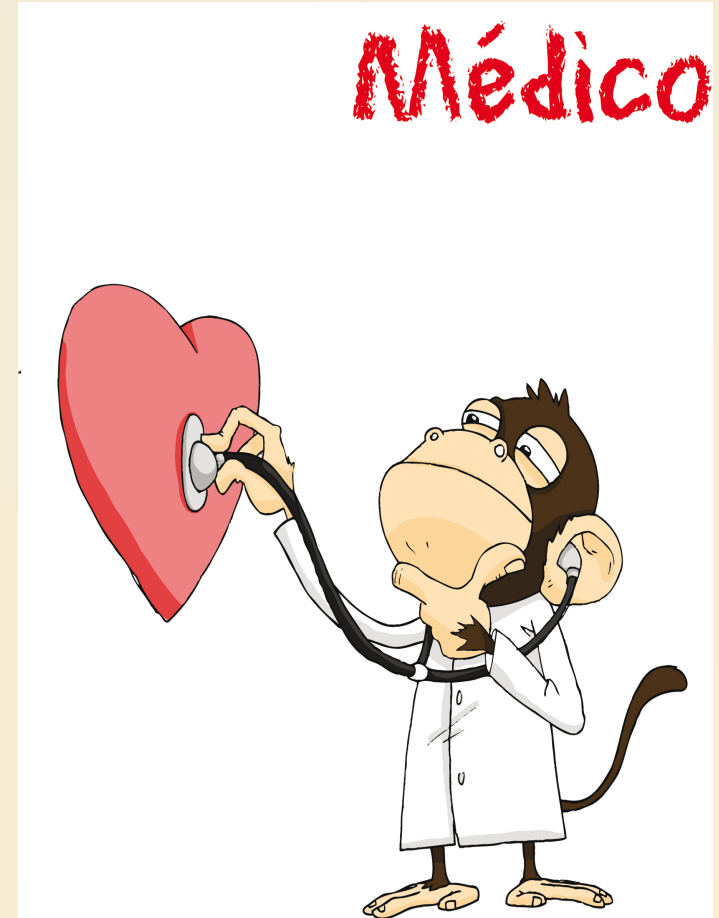
»Nivel cultural de los padres

»Nivel económico de los padres

»Dinámica familiar (mala relación de la pareja, monoparental, distribución de tareas)

EXPLORACION FISICA

- Valoración antropométrica y constitucional
- Signos de enfermedades orgánicas
- Signos de maltrato o privación
- Signos de déficit vitamínicos o/y oligoelementos



Valoración antropométrica y constitucional

- Antropometría ACTUAL (peso, talla, PC)
- Estado nutricional
 - Turgor
 - Distribución del panículo adiposo subcutáneo
 - Tono muscular
- Fenotipo
 - Armónico o disarmónico
 - Pícnico, atlético o leptosómico
- INDICES NUTRICIONALES, PERCENTIL y Z
 - Webpediatria.com/endocrinoped/antropometria

INDICES NUTRICIONALES

Waterlow peso (subnutrición aguda)	<u>100 x peso real</u> peso para talla P50	Normal 90-110% Subnutrición leve 90-80% Subnutrición moderada 80-70% Subnutrición grave <70%
Waterlow talla (subnutrición crónica)	<u>100 x talla real</u> Talla P50 para la edad	Normal >95% Subnutrición leve 95-90% Subnutrición moderada 90-85% Subnutrición grave <85%

INDICES NUTRICIONALES

Relación peso/talla	Curva percentilada/ puntuación z	Normal P90-P10 ($Z \pm 1.28$) Riesgo subnutrición $P < 10$ Subnutrición $P < 5$
Shukla	(Peso real (kg)/ talla real (cm) x100) partido por (Peso P50 edad(kg)/ talla P50 edad (cm))	Malnutrición grave $< 60\%$ Malnutrición moderada 60-75% Malnutrición leve 75-90% Normal 90-110%

Patrones de fallo de medro

PESO

Somatometría al nacer normal

Primero cae el peso (wasting o consumido)

Semanas después la talla (stunting o atrófico) y meses después PC

Malnutrición aguda (wasting) o crónica (stunting)

Disminución proporcionada de peso y talla

Endocrinopatía

Enfermedades genéticas

Patrones de fallo de medro

TALLA

Somatometría al nacer normal

Frenado simultáneo de peso y talla después de los 2 años

Velocidad de crecimiento adecuada

Talla corta familiar

Retraso constitucional del desarrollo

Caída de la talla desproporcionada al peso

Endocrinopatías

Patrones de fallo de medro PC

Desaceleración PC antes de
desaceleración de peso y talla

Enfermedad neurológica (Rett)

Disminución del PC de manera
desproporcionada a peso y talla
desde el nacimiento

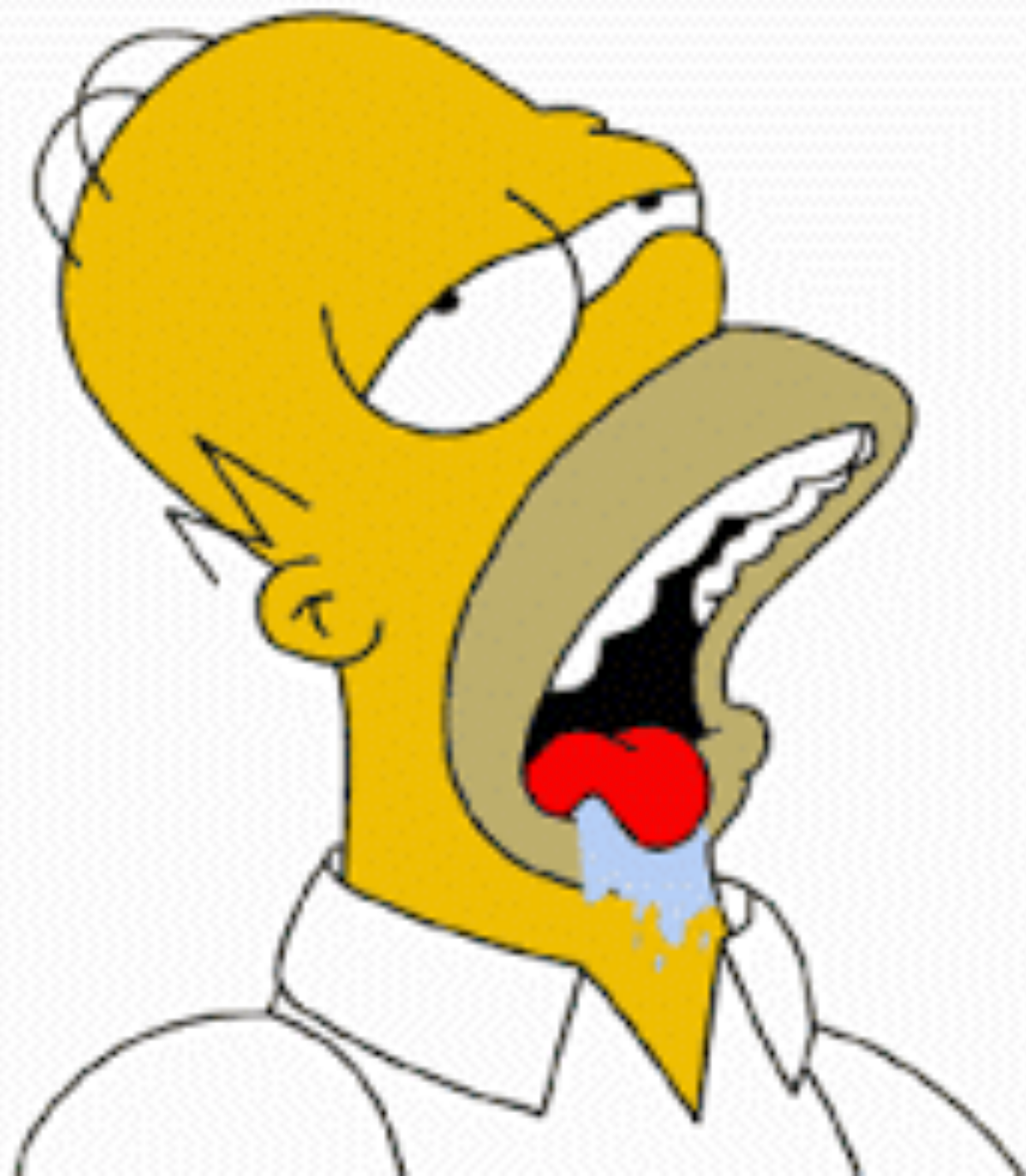
TORCHS

Teratógenos

Síndromes congénitos

Signos de maltrato y deprivación

- Evitar el contacto ocular
- Ausencia de sonrisa o vocalización
- Falta de interés por lo que le rodea
- Irritabilidad que no calma ni con la madre
- Balanceo de la cabeza o inmovilismo en posturas infantiles
- Otras veces muy cariñosos y cercanos a extraños
- Suciedad, eritema del pañal
impetiginizado, occipucio plano, cicatrices



EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- Hemograma
- VSG / PCR
- Creatinina, urea, transaminasas, iones, albúmina, TAG, colesterol
- Metabolismo férrico
- Celiaca
- Sistemático de orina
- Urocultivo

–Si el cuadro ocurre en los primeros 4-6 meses, realizar prueba de exclusión de lácteos durante 3 a 4 semanas y valorar ganancia ponderal

–Si hay afectación de la talla, perfil tiroideo y edad ósea (lepet) en 6-12 meses)

–Si hay diarrea o heces frecuentes y pastosas, realizar estudio micro-microscópico de heces y parásitos en heces

–Si hay procesos respiratorios frecuentes o tos crónica, ionotest

–Si hay vómitos o irritabilidad en la toma, valorar respuesta a 3 semanas con omeprazol

**Sin una sospecha
previa son de baja
utilidad (1.4%)**

ACTUACION TERAPÉUTICA

PRINCIPIOS GENERALES

- *Monitorizar crecimiento*
- *Crear un hábito correcto en la mesa*
- *Incentivar una alimentación variada y acorde a su edad*
- *Administrar suficiente aporte calórico*
- *Tratamiento de déficits (hierro, vitaminas)*
- *Medicación orexígena es poco útil*
- *Apoyo psicológico: Romper círculo vicioso anorexia-conducta inadecuada*

MONITORIZAR CRECIMIENTO

Parámetro	Grupo de edad	A corto plazo	A largo plazo
Peso (kg)	Prematuros	A diario	Semanalmente
	Hasta los 6 ^o mes	1-2 semanas	2 meses
	6-36 ^o mes	1-4 semanas	6 meses
Talla (cm)	Prematuros	Semanal	4 semanas
	Hasta los 6 ^o mes	4 semanas	2 meses
	6-36 ^o mes	4 semanas	6 meses
Perímetro cefálico	Hasta los 6 ^o mes	4 semanas	2 meses
	6-36 ^o mes	4 semanas	6 meses

Crear un hábito correcto en la mesa

Los padres somos ejemplo para los hijos

Las normas deben ser claras y se hacen para cumplirlas todos

Recomendaciones en la mesa

- Comer en familia
- Comer en el mismo sitio
- Antes de empezar la comida, se hará un ritual anticipatorio
- No sentar hasta que deje de llorar
- Evitar las prisas y las discusiones
- Intentar que el niño coma sólo aunque se ensucie.
- Evitar distracciones en la comida

Crear un hábito correcto en la mesa

Recomendaciones en el menú

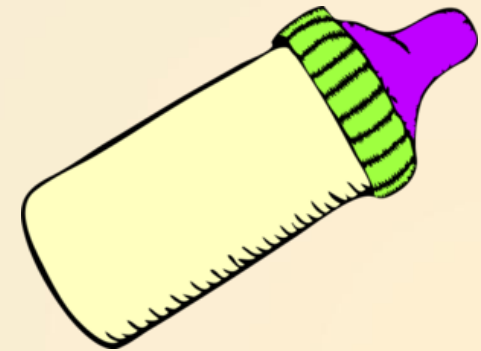
- La madre pone el menú (qué, dónde y cuándo), el niño la cantidad (cuanto y cómo)
 - Si no quiere un plato, nunca se intercambia por otro
 - Platos de pequeño tamaño con cantidades pequeñas
 - Que se sirva sólo la cantidad que va a comer
 - Primero debe comer el sólido y luego el líquido
- Respetar los gustos y las aversiones
 - Los niños tardan en aceptar un alimento nuevo
 - No retirar el alimento y ofrecer de forma continua durante 5 ó 6 días
 - Ofrecer alimentos sin forzar ni condicionar la ingesta

Crear un hábito correcto en la mesa

- Recomendaciones de horarios:
 - Mínimo cinco comidas al día
 - Tres comidas fuertes
 - Dos comidas más suaves
 - Horarios fijos
 - No picoteo
 - 20-30 minutos
 - La comida se retira si lleva 10 ó 15 minutos jugando; se retira de la mesa y se aleja del resto de la familia

GARANTIZAR APOORTE CALÓRICO

- Requerimiento diario
 - $120 \text{ kcal} \times \text{peso (kg)} \times (\text{peso ideal/peso actual})$
 - 150% DRI
 - $\text{Kcal kg/edad} \times \text{peso ideal para la edad (kg)} / \text{peso actual (kg)}$
 - $\text{Gr proteínas gr kg/edad} \times \text{peso ideal para la edad (kg)} / \text{peso actual (kg)}$
- Ayudarse en los alimentos que le gusten
- Enriquecer alimentos
- Suplementos: Dextrinomaltosa, aceites MCT o LCT, batidos



GARANTIZAR APOORTE CALÓRICO

–Añadir a leche y yogures:

- Concentrar la leche (4 cazos en 100 cc de agua sube a 78 calorías)
- Leche condensada o en polvo
- Miel
- cereales de bebe
- galletas trituradas
- frutos secos
- cacao

–Añadir a los purés y salsas:

- Leche en polvo
- Quesitos o queso fundible
- Yema de huevo
- Maicena
- Pequeños trozos de embutido o carne picada o atún
- Frutos secos (almendras, nueces, avellanas) rayados o enteros
- Aceite
- Pequeñas cantidades de arroz, patata o legumbres en platos de verdura

–Añadir a la pasta

- Queso rallado
- Bechamel

–Añadir a los purés de fruta:

- Leche condensada o en polvo
- Quesitos
- Miel
- Cereales de bebe
- Galletas trituradas
- Frutos secos
- Yogur
- Nata
- Almíbar
- Chocolate

– Añadir a carnes o pescados

- Rebozar con huevo o leche
- Rebozar con harina o pan rayado
- Acompañar de guarniciones de patata frita, arroz, puré de patata espeso
- Usar salsas como bechamel, mahonesa, salsa rosa

– Añadir al pan, galletas, bollería o los bocadillos

- Aceite
- Mantequilla
- Paté
- Margarina
- Membrillo
- Mermelada
- Miel
- Queso de untar o quesitos
- Crema de chocolate (sólo en desayuno)

– Elaborar batidos caseros

- Leche con helado
- Yogur con fruta
- Leche con zumos
- Flan de huevo con yogur vainilla y 2 galletas
- Se pueden reforzar con miel, azúcar, crema de cacao, leche condensada y con leche en polvo



APOYO PSICOLÓGICO

- Garantizar vigilancia
- Centrarse en el estado general del niño
 - Explicar crecimiento del niño
 - Importancia del vínculo
- Elaborar de forma individualizada la lista y el ritmo de obtención de objetivos
 - Diversidad
 - Buenos hábitos
 - Ajustarse a los gustos
- Enseñar a manejar las rabietas (actitud neutral)

APOYO PSICOLÓGICO

- Hechos en la interacción padre-hijo durante la comida
 - ☐POSITIVO. Contacto visual, verbalizar satisfacción por la conducta correcta, caricias
 - ☐NEGATIVO. Forzar la comida en la boca, amenazas, castigos, el niño se retira o arroja la comida
- Algunas peculiaridades
 - En el bebe despertar con suavidad antes de toma y buscar ambientes poco ruidosos
 - En el rechazo a sólidos evitar texturas mixtas
 - Durante enfermedades o vacunaciones evitar introducir nuevos alimentos o texturas
 - Los padres deben comer los nuevos alimentos con el niño y no retirarse hasta hacer varios intentos
 - En la anorexia infantil es importante establecer cierta rigidez de horario y menú y aplicar técnicas de contención y “aislamiento” ante la rebeldía
 - En trastornos postraumáticos se permiten pequeñas distracciones

PRECISA DERIVACIÓN



- Patología orgánica definida
- Fracaso de terapia ambulatoria
- Problema psicosocial grave
- Síndrome de deprivación materna
- Necesidad de intervención nutricional

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL

Riesgo moderado de malnutrición: Dieta hipercalórica por boca

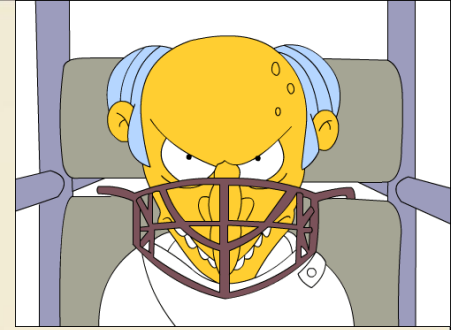
- pérdida 2 ó más percentiles del peso habitual
- Relación peso/talla $p < 10$ ($z -1,28$)
- Waterlow peso $< 90\%$

Riesgo elevado de malnutrición: Dietas hipercalóricas por SNG/gastrostomía

- Pérdida aguda de peso $> 10\%$
- Pérdida en 3-6 meses de peso $> 5\%$
- Relación peso/talla $p < 3$ ($z -1,88$)
- Waterlow peso $< 80\%$
- Detención de la velocidad de crecimiento de causa nutricional



SALUD MENTAL



- Anorexia infantil con mala evolución
- Anorexia grave
 - Trastorno de reciprocidad,
 - Trastorno postraumático
 - Aversión sensorial grave
- Factores de riesgo psicológico
 - Hiperfrecuentación de consultas
 - Riesgo social
 - Familia desestructurada
 - Comorbilidad psiquiátrica

EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES

- Recomendado por todos los autores
- Etiología mixta (orgánico/psicosocial)
- Capacidad de tiempo limitada para abordar en el centro de salud
- Técnicas terapéuticas especializadas

EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES

Pediatra de atención primaria



Nutricionista

Dietista

Otros: Foniatría y
logopedia, cocinero, ...

Salud mental

Servicios
sociales

Hospitalización

Como norma debe evitarse

- Desnutrición grave
- Enfermedades orgánicas que precisen atención especial
- Maltrato, negligencia
- Problemas de conducta no controlable
- Requiere tratamientos especiales (SNG, gastrostomía)
- Necesidad de medicación sintomática (¿?)



BIBLIOGRAFÍA

- Actuación ante un niño con fallo de medro. Capítulo 8. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP
- Tratamiento nutricional de las enfermedades gastrointestinales. Sección 4 y Capítulo 2.3. Tratado de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica aplicada de la SEGHNPA. 2011.
- Anorexia infantil / Fallo de medro. Anorexia en la primera infancia. Perspectivas desde salud mental. Protocolos del grupo GASTRO-SUR (Madrid), 2007.
- Fallo de medro . A. Pericacho Conde , B. Sánchez González. Bol Pediatr 2006; 46:189-199
- Diagnostic clues for identification of Nonorganic vs Organic causes of food refusal and poor feeding. Yuval Levy, Anat Levy, Tsili Zangen et al. JPGN 2009; 48:355-362
- Responsive feeding is embedded in a Theoretical framework of responsive parenting. Maureen Black and Frances E. Aboud. The Journal of Nutrition . 2011; 141:490-494
- Feeding problems of infants and toddlers. Anne Claude Bernard-Bonnin. Canadian Family Physician 2006;52:1247-1251
- Complementary foods and flavor experiences: Setting the foundation. Julie A Mennella and Jillian C. Trabulsi. Ann Nutr Metab 2012; 60 (suppl 2): 40 -50
- El niño de talla baja. M Pombo, L. Castro –Feijóo, P. Cabanas Rodríguez. Protocolo diagnósticos y terapéuticos AEP. 2011:1:236-254
- M. Buño Soto. Retraso de crecimiento: Talla baja y fallo para medrar. Pediatría integral 2003; VII (6): 399-411
- Niño pequeño para su edad gestacional . Recomendaciones para el seguimiento clínico. Varios autores, coordinado por Lourdes Ibañez Toda.
- FALLO DE MEDRO. Dres Gomez López y Dalmau Serra. ABBOTT.
- Abordaje diagnóstico y terapéutico del niño mal comedor. Curso On-Line. 2010. Abbot Nutrition.