

MITOS EN GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN INFANTIL. ALGUNOS EJEMPLOS EN LA ATENCIÓN CLÍNICA DIARIA

FRANCISCO MORAGA MARDONES M.D.¹

RESUMEN

En la mayoría de los países del mundo, dentro del campo de la Pediatría, muchas costumbres se han arraigado en el medio familiar en relación a la atención y cuidados del niño y siguen transmitiéndose de generación en generación, siendo aceptadas sin objeción alguna. Son las llamadas supersticiones, mitos, cuentos, fábulas, invenciones, etc., que constituyen hechos muy comunes del quehacer médico infantil cotidiano, pero que, bajo una apariencia lógica, pueden esconder graves errores. También se les ha calificado como costumbres pseudocientíficas, basadas, la mayor parte de las veces, en hechos reales, que no han sido estudiados con rigor y profundidad y que han pasado a la categoría de dogmas, permitiendo de esta manera que se emitan diagnósticos incorrectos, que se apliquen medidas erróneas y que se prescriban tratamientos inadecuados, pudiendo ocasionar graves perjuicios a la salud. Sin embargo, esto no ocurre solo en el ambiente familiar sino que a menudo se extiende hacia el ámbito profesional llevando al Equipo de Salud a incurrir en medidas inadecuadas basadas en este conocimiento pseudocientífico, sin el debido cuestionamiento que debiera caracterizar al pensamiento profesional. Ejemplos sobran, basta aludir al uso indiscriminado de broncodilatadores en bronquiolitis o al uso de polivitamínicos para el niño que no come. Como la lista es enorme,

esta revisión no pretende ser exhaustiva, sino solo la exposición de alguno de los mitos que, a juicio del autor, se encuentran más arraigados a nivel familiar y en el equipo de salud, quedando para otra publicación continuar con el análisis de otros de estos arraigados mitos.

Palabras clave: Mitos, Niños, Diarrea, Cólico Infantil, Dentición

SUMMARY

In most countries of the world, in the field of pediatrics, many customs have roots in the family environment in relation to care of children and still passed from generation to generation, being accepted without any objection. Are the so-called superstitions, myths, tales, fables, inventions, etc., which are extremely common in childhood medical work, but that under a logical appearance, can hide serious mistakes. They have also been described as pseudoscientific custom, based, most of the time on real events that have not been studied with rigor and depth that have fallen into the category of dogma, thus enabling the release of incorrect diagnoses and the prescription of inappropriate treatments that can cause serious damage to health. However, this does not happen only in the family but often extends into the professional leading the Health Team to engage in inappropriate actions based on this pseudo-scientific knowledge, without proper analysis that should characterize the professional thinking. Examples abound, simply refer to the indiscriminate use of bronchodilators in bronchiolitis or the use of multivitamins for a child who does not eat. As the list is enormous, this review is not exhaustive,

1 Pediatra, Especialista en Nutrición Infantil, INTA-Universidad de Chile, Hospital San Borja-Arriarán y Sociedad Chilena de Pediatría, Santiago de Chile, Chile

Recibido para publicación: enero 15, 2009

Aceptado para publicación: abril 15, 2009

but just the exposure of some of the nutritional myths which the autor considers more rooted in parents and the health team, leaving for another publication the analysis of many other myths in pediatric gastroenterology and nutrition.

Key words: Myths, Child, Diarrhoea, Infantile Colic, Teething.

Mito 1: La madre que está amamantando no puede consumir ciertos alimentos, para evitar que su leche provoque los cólicos infantiles

Desde el momento en que se desconoce cual es el mecanismo íntimo involucrado en la génesis de los cólicos del lactante¹, se le ha atribuido, entre otras posibilidades, a la dieta materna la responsabilidad de su origen. Lo que si está claramente establecido en el cólico infantil, es su relación con problemas de comunicación filial: falta de contacto físico, desapego y escaso tiempo de interacción². Cuando la velocidad de incremento de peso es muy significativa podría presentarse una sobrecarga de lactosa y, en casos excepcionales, alguna alergia alimentaria, especialmente a la proteína de la leche de vaca, podría tener manifestaciones semejantes³. De allí el origen probable de este mito: la manifestación como cólico del lactante de cierto tipo de alimentación materna.

Por el contrario, los estudios son enfáticos en demostrar que la variedad de dieta materna, incluso desde el ambiente intrauterino, expone al niño a variedades de sabores y derivados nutricionales que estimulan los mecanismos de tolerancia inmune intestinal y favorecen la introducción posterior de la alimentación no láctea contribuyendo, por lo tanto, a un mejor desarrollo intestinal^{3,4}.

Naturalmente, la recomendación de una alimentación saludable pasa por desincentivar el consumo de productos que caen bajo la denominación de golosinas; en el caso de la

madre nodriza, que debe bajar gradualmente de peso hasta el preconcepcional, es aconsejable evitarlas. El chocolate, el té, café y otros productos que contengan metilxantinas pueden provocar alguna incomodidad en algunos lactantes si es consumido en cantidades excesivas por la madre, por lo que se aconseja no más de una taza de té o café al día. El consumo de alcohol en cantidades que no superen el equivalente a 1 vaso de vino al día, no debe provocar alteraciones en las características de la leche materna. La alimentación materna, en tanto se inscriba dentro de los patrones normales de consumo, no afecta la composición de la leche, la que solo varía en función de la edad del lactante²⁻⁵.

La situación del tabaquismo es completamente diferente, y se debe, enfáticamente, desaconsejar su consumo durante la lactancia⁶. La exposición al tabaco tanto en forma pasiva (inhalación ambiental) como activa (consumo de metabolitos a través de la leche) le confiere al lactante una serie de riesgos para su salud; está demostrada la relación entre tabaquismo ambiental y muerte súbita e infecciones respiratorias recurrentes; la cotinina, como metabolito de la nicotina, se excreta en la leche materna, alcanzando niveles que pueden provocar efectos indeseables en el comportamiento del lactante; mas aún, ya se describió el efecto nocivo que el tabaquismo ejerce que sobre el desarrollo fetal cerebral y pancreático así como su efecto inductor de inestabilidad cromosómica el que se asocia a un aumento del riesgo de cáncer, especialmente los de la edad pediátrica⁷.

Mito 2. La erupción dentaria provoca fiebre, diarrea y/o dolor

Así como la salivación presente en los lactantes a partir del mes y medio a los dos meses se interpreta míticamente como una señal del inicio de la dentición, también se le atribuye a este proceso una serie de manifestaciones clínicas adversas que justifican la elaboración de una

larga lista de productos comerciales, no exentos de graves reacciones adversas potenciales, y un sinnúmero de acciones tendientes a mitigar el “enorme sufrimiento” que este proceso biológico ejercería sobre el lactante^{8,9}.

Ningún proceso biológico de desarrollo normal es doloroso, salvo el parto y, controversialmente, el dolor óseo asociado al crecimiento. La dentición no es la excepción. La dentición se produce en promedio alrededor del sexto mes, edad en la que el lactante es muy expresivo, y frente a cualquier estímulo desagradable responde con llanto como señal de la presencia de un discomfort, no de sufrimiento¹⁰. Así, el mito surge como una mala interpretación del significado del llanto a esta edad¹¹, el que, salvo condiciones de maltrato o abuso, nunca representa un sufrimiento tal que justifique su expresión como llanto: todo ser humano ha sido vacunado y la punción no alcanza la magnitud de sufrimiento que justifique el llanto, todo ser humano ha tenido cólicos intestinales y el desagrado de esta sensación excepcionalmente es de magnitud tal que provoque llanto, las parestesias propias del calambre o secundarias a una mala posición sostenida pueden ser bastante desagradables pero su efecto no podría considerarse como para provocar llanto, etcétera. Sin embargo, cualquiera de las condiciones descritas van a provocar llanto en el lactante, no como una expresión de sufrimiento sino más bien como la de un profundo desagrado, comparable a la que siente el niño después de alrededor de los 10 meses cuando es examinado por su pediatra, con quién hasta entonces se reía gustoso, pero que el desarrollo de su personalidad y el proceso de individuación característico a esta edad le hace sentir como una invasión a su persona, por lo que llora expresando su molestia.

Pero como no todo es absoluto, se demostró la elevación de las citocinas proinflamatorias IL-1 β , IL-8 y TNF α en el líquido gingival crevicular del diente primario en erupción, y ésta elevación mostró correlación con síntomas generales

atribuidos a la dentición: IL-1 β y TNF α con la presencia de fiebre y trastornos del sueño; IL-1 β e IL-8 con molestias gastrointestinales; IL-1 β lo hizo con trastornos del apetito¹². De esta manera, un grupo de lactantes con un umbral de sensibilidad mayor al efecto de estos mediadores, podría presentar molestias más significativas con la dentición, desagradables, representadas externamente como llanto, el que refleja la expresión de su incomodidad, no de sufrimiento, y en caso alguno justifica las medidas ampliamente difundidas respecto del uso de anestésicos locales o analgésicos sistémicos^{10,11}.

Mito 3. Si el niño presenta diarrea aguda, dele agua de arroz, evite o diluya la leche y no le aporte verduras verdes ni grasas

Una de las medidas terapéuticas que más daño ha ocasionado en la historia de la salud infantil, es el “reposo digestivo” indicado ante la presencia de una diarrea¹². Esta medida no solo agrava el estado de deterioro nutricional previo al episodio diarreico, frecuente en países con malas condiciones de saneamiento ambiental, que se suma al que provoca la infección digestiva, sino que además interfiere con los mecanismos intrínsecos neuroendocrinos que regulan el trofismo intestinal, la flora intestinal y la respuesta inmune local¹³, contribuyendo al mecanismo de daño iniciado por la infección, comprometiendo más el estado nutricional, la acción inmunológica y cerrando el ciclo vicioso al interferirse los mecanismos de reparación de la mucosa intestinal afectada^{13,14}.

Como el ayuno tiende a disminuir el volumen de las deposiciones, durante años existió la tendencia a la suspensión de la alimentación provocando períodos de ayuno y semiayuno de varios días, con una realimentación posterior muy cautelosa; esta situación se prohibió recién en 1985. Por otro lado, el propósito de diluir la leche se basaba en el concepto de disminuir la

carga de lactosa, la que al no poder digerirse completamente, a través de un mecanismo osmótico, podría contribuir a agravar la diarrea¹⁵.

Las ventajas de la realimentación precoz las demostraron hace 60 años Chung y Viscorova¹⁶, quienes observaron que en niños desnutridos con diarrea, al aumentar la ingesta de nutrientes aumentaba la absorción en cifras absolutas sin que se produjeran cambios desfavorables en la evolución clínica o en la duración de los episodios. Además, hoy se sabe que períodos relativamente cortos de ayuno se asocian a disminución de la actividad enzimática de las disacaridasas de la mucosa intestinal y de su contenido en proteínas¹⁷.

Las verduras y frutas constituyen la fuente primaria de fibra alimentaria insoluble. Por su conocido efecto sobre el volumen y consistencia de las deposiciones, su consumo fue, y sigue siendo, por parte de la familia y de muchos pediatras, rigurosamente suspendido ante la presencia de diarrea. Sin embargo, hoy se conoce la utilidad de mantener el consumo de fibra insoluble ante la presencia de diarrea¹⁸, no tanto por su efecto cosmético sobre el aspecto de la deposición sino por su efecto inductor del desarrollo de la flora intestinal normal o efecto “prebiótico”. Por otro lado, es excepcional el desarrollo de intolerancia a la lactosa o de alergia secundaria a la proteína de leche de vaca¹⁵, por lo que la recomendación ampliamente validada debe ser la realimentación tan precoz como sea posible, en lo posible no discontinuarla, especialmente en presencia de lactancia, no justificándose la extendida recomendación de diluir la leche lo que se relaciona con prolongación de los síntomas y retraso en la recuperación nutricional¹⁹. Los niños que se alimentan con sólidos, deben reiniciar su alimentación normal tan pronto la tolerancia digestiva lo permita, no habiendo ninguna justificación a la suspensión de sólidos o su intercambio por

dietas en base a arroz, plátano, puré de manzana y tostadas, las que son hipocalóricas retrasando la recuperación aunque el efecto cosmético de la pectina parezca restablecer las características de las deposiciones. Es más, los niños de países en los que la desnutrición es un problema de salud mayor, cada episodio de diarrea debe ser agresivamente tratado desde el punto de vista nutricional; de acuerdo a la edad, debe aportarse mayor cantidad de calorías, fibra insoluble en forma de carbohidratos complejos, carne y suplementando zinc y posiblemente vitamina A, lo que debe prolongarse más allá de superado el episodio para disminuir el riesgo de mortalidad asociado al compromiso nutricional¹⁸⁻²⁰.

Lo que si está claramente demostrado que afecta desfavorablemente el curso de un episodio diarreico es el consumo, frecuentemente mal recomendado, de bebidas hidrocarbonadas, especialmente las bebidas cola, las que por su alto contenido osmótico pueden contribuir negativamente en la evolución de la diarrea, afectan el apetito e inducen daño de la mucosa intestinal. Son muy pobres en electrolitos, especialmente en potasio, donde una vez más el mito interviene, atribuyéndole propiedades especiales al contenido de minerales en las bebidas^{17,19}.

En conclusión, con sólo tres aspectos de la práctica clínica habitual se puede ilustrar el enorme conjunto de mitos que existe en la práctica pediátrica general y en los temas gastrointestinales y nutricionales en particular. La labor médica tiene un rol educativo innegable e insoslayable, por lo que el identificar aquellos mitos que puedan implicar conductas de riesgo para los niños puede contribuir a evitar que se ocasione un daño adicional al proceso mórbido *per se*, que se obtenga un proceso de sanación más eficiente y entregar herramientas a los padres y cuidadores que les permita efectuar mejor la más noble de las labores de un ser humano: criar a un niño.

Referencias

1. Savino F. Focus on infantile colic. *Acta Paediatr* 2007; 96: 1259-1264
2. Rosen L, Bukutu C, Le C, Shamseer L, Vohra S. Complementary, holistic, and integrative medicine: colic. *Pediatr Rev* 2007; 28: 381-385
3. Herman M, Le A. The crying infant. *Emerg Med Clin North Am* 2007; 25: 1137-1159
4. Verd S, De Sotto D, González T, Villalonga B, Moll J. Disparity between paediatricians' knowledge and practices regarding breastfeeding. *Acta Paediatr* 2007; 96: 1712-1713
5. Catherine N, Ko J, Barr R. Getting the word out: advice on crying and colic in popular parenting magazines. *J Dev Behav Pediatr* 2008; 29: 508-511
6. Stephenson K, Allen P. The role of pediatric primary care providers in parental smoking cessation: assessing and motivating parents to quit. *Pediatr Nurs* 2007; 33: 434-441
7. Jauniaux E, Burton G. Morphological and biological effects of maternal exposure to tobacco smoke on the fetoplacental unit. *Early Hum Dev* 2007; 83: 699-706
8. Tighe M, Roe M. Does a teething child need serious illness excluding? *Arch Dis Child* 2007; 92: 266-268
9. Wake M, Hesketh K, Lucas J. Teething and tooth eruption in infants: A cohort study. *Pediatrics* 2000; 106: 1374-1379
10. Macknin M, Piedmonte M, Jacobs J, Skibinski C. Symptoms associated with infant teething: a prospective study. *Pediatrics* 2000; 105 (4 Pt 1): 747-752
11. Shapira J, Berenstein-Ajzman G, Engelhard D. Cytokine levels in gingival crevicular fluid of erupting primary teeth correlated with systemic disturbances accompanying teething. *Pediatr Dent* 2003; 25: 441-448
12. Chouraqui J, Michard-Lenoir A. Feeding infants and young children with acute diarrhea. *Arch Pediatr* 2007; 14 (Suppl 3): S176-S180
13. King C, Glass R, Bresee J, Duggan C; Centers for Disease Control and Prevention. Managing acute gastroenteritis among children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. *MMWR Recomm Rep* 2003; 52 (RR-16): 1-16
14. Agustina R, Lukito W, Firmansyah A. The effect of early nutritional supplementation with a mixture of probiotic, prebiotic, fiber and micronutrients in infants with acute diarrhea in Indonesia. *Asia Pac J Clin Nutr* 2007; 16: 435-442
15. Lomer M, Parkes G, Sanderson J. Review article: lactose intolerance in clinical practice - myths and realities. *Aliment Pharmacol Ther* 2008; 27: 93-103
16. Chung A, Viscorova B. The effect of early refeeding versus early oral starvation on the course in infantile diarrhea. *J Pediatr* 1948; 33: 14-22
17. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases. Evidence-based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008; 46: S81-S122
18. WITHDRAWN: Rice-based oral rehydration solution for treating diarrhoea. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (4):CD001264
19. Hoekstra J, Szajewska H, Zikri M. Oral rehydration solution containing a mixture of non-digestible carbohydrates in the treatment of acute diarrhea: a multicenter randomized placebo controlled study on behalf of the ESPGHAN working group on intestinal infections. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004; 39: 239-245
20. Raghupathy P, Ramakrishna B, Oommen S, et al. Amylase-resistant starch as adjunct to oral rehydration therapy in children with diarrhea. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006; 42: 362-368