Scoping review: Inapetencia alimentaria en menores de 10 años en el ámbito hospitalario

María Catalina Borrero Ramírez[1]*
Dirección: Calle 10A #22-04, Medellín, Colombia.
Correo electrónico: borreo.maria@uces.edu.co
ORCID:0009-0007-1897-4259

Paulina Navarro Rendón[1]
Dirección: Calle 10A #22-04, Medellín, Colombia.
Correo electrónico: navarror.paulina@uces.edu.co
ORCID:0009-0001-0752-1816

Adriana Ruiz Arias[1]
Dirección: Calle 10A #22-04, Medellín, Colombia.
Correo electrónico: doris.ruiz@uces.edu.co
ORCID: 0009-0006-3358-3814

[1] Facultad de Ciencias de la Nutrición y los Alimentos, Universidad CES, Medellín, Colombia.
*Autora de correspondencia: borrero.maria@uces.edu.co

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no tener conflictos de interés en relación con el desarrollo o publicación de este trabajo.

DECLARACIÓN ÉTICA

Este estudio se desarrolló con base en información secundaria proveniente de literatura científica publicada; por tanto, no involucró directamente sujetos humanos ni animales. Se respetaron los principios éticos de la Declaración de Helsinki y las disposiciones de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la evidencia científica disponible sobre inapetencia alimentaria en menores de 10 años en el ámbito hospitalario, identificando factores asociados y vacíos en la literatura reciente.

Métodos: Se realizó una revisión de alcance (*scoping review*) siguiendo las directrices PRISMA-ScR. Se ejecutó una búsqueda sistemática en bases de datos académicas como PubMed, Scopus, LILACS y SciELO de estudios publicados entre 2018 y 2024. Se incluyeron artículos que abordan causas, manifestaciones, interacciones y estrategias de manejo de la inapetencia alimentaria en población pediátrica hospitalizada.

Resultados: La mayoría de los estudios identifican la inapetencia como un síntoma multifactorial influido por el estado clínico, factores psicológicos, tratamientos farmacológicos y condiciones del entorno hospitalario. Se observó escasa estandarización en los instrumentos de medición y una limitada evidencia sobre intervenciones efectivas.

Conclusiones: La inapetencia alimentaria en niños hospitalizados continúa siendo un fenómeno poco caracterizado y con vacíos metodológicos relevantes. Se recomienda fortalecer la investigación interdisciplinaria que permita desarrollar estrategias de evaluación y manejo nutricional basadas en evidencia.

Palabras clave: Estado nutricional; Hospitalización pediátrica; Inapetencia alimentaria / selectividad; Niños hospitalizados; Revisión de alcance
(términos DeCS/MeSH verificados)

ABSTRACT

Objective: To analyze the available scientific evidence on food inappetence in children under 10 years of age within the hospital setting, identifying associated factors and gaps in recent literature.

Methods: A scoping review was conducted following PRISMA-ScR guidelines. A systematic search was carried out in international and

regional databases (PubMed, Scopus, LILACS, SciELO AND Google Scholar) for studies published between 2018 and 2024. Articles addressing causes, manifestations, and management strategies of food inappetence in hospitalized pediatric populations were included.

Results: Most studies describe inappetence as a multifactorial symptom influenced by clinical condition, psychological aspects, pharmacological treatments, and the hospital environment. Limited standardization in assessment tools and scarce evidence on effective interventions were observed.

Conclusions: Food inappetence in hospitalized children remains an under-characterized phenomenon with relevant methodological gaps. Interdisciplinary research is needed to develop evidence-based evaluation and nutritional management strategies.

Keywords: Food inappetence / selectivity; Hospitalized children; Nutritional status; Pediatric hospitalization; Scoping review.

INTRODUCCIÓN

La inapetencia, un fenómeno destacable, se manifiesta por la merma o incluso la completa falta de ganas de comer lo que coloquialmente conocemos como apetito; este detalle a veces surge y desaparece, o persiste, especialmente entre los niños. Observamos que este hábito alimentario se ha convertido en un obstáculo común dentro del ámbito hospitalario, pues afecta el estado nutricional, la curación y la existencia de los pacientes más jóvenes (1,2). En pacientes pediátricos hospitalizados, la inapetencia puede estar relacionada con diferentes procesos; ya sean infecciosos, metabólicos o inflamatorios y con factores fisiológicos, así como con elementos psicológicos, emocionales y ambientales que surgen en relación como efecto secundario por la hospitalización (3,4).

Esta manifestacióno ha sido asociado con ideas similares en la literatura internacional, como la selectividad alimentaria o food fussiness, conductas alimentarias limitantes y aversión a ciertos alimentos, sin evidencia clínica que lo justifique.(5,6). La inapetencia alimentaria se diferencia de la selectividad alimentaria en que, si bien ambos términos tienen rasgos conductuales en común, la primera se caracteriza por una disminución del apetito en líneas generales. En cambio, la selectividad alimentaria se enfoca en el gusto o aversión hacia ciertos grupos de alimentos o aun alimento en específico (7). Estas diferencias son importantes en el ámbito clínico, debido a que orientan la evaluación nutricional, las estrategias de manejo, y la comunicación interprofesional entre los diferentes profesionales de la salud (8).

Es necesario reconocer las razones asociadas a la pérdida de apetito en menores hospitalizados para prevenir posibles problemas asociados al factor nutricional y facilitar un pleno estado de salud (9). Estos motivos abarcan las características de la enfermedad, los diferentes medicamentos que estén recibiendo, las condiciones del hospital, la familia, y las emociones del niño (10-12). Sin embargo, a pesar de la importancia del tema, la investigación disponible en la literatura científica presenta importantes vacíos y deficiencias en la metodología,

lo que hace difícil obtener resultados conclusivos que se puedan comparar entre los diferentes estudios (13).

En este contexto, las revisiones de alcance (*scoping reviews*) se constituyen como una herramienta metodológica adecuada para mapear y sintetizar la evidencia disponible, identificar vacíos de conocimiento y orientar futuras investigaciones (14,15). Por esto, el presente estudio tiene como objetivo general analizar la evidencia científica publicada entre 2018 y 2024 sobre la inapetencia alimentaria en menores de 10 años en el ámbito hospitalario, describiendo los factores asociados y las tendencias observadas en la literatura reciente.

METODOLOGÍA Y DESARROLLO

El siguiente estudio comprende una revisión de alcance, el proceso de búsqueda y diseño se llevó a cabo de acuerdo con la lista de chequeo PRISMA, en su extensión para revisiones de alcance (PRISMA-ScR), construida con la finalidad de bosquejar y resumir las evidencias científicas existentes acerca de la falta de apetito en niños menores de 10 años en el entorno hospitalario; fue elaborada basada en el manual de síntesis de evidencia establecido por el Instituto Joanna Briggs (JBI). (51). Con el propósito de garantizar la reproducibilidad la transparencia, el protocolo se registró en Open Science Framework (OSF). A fin de respaldar la investigación y facilitar la colaboración; el protocolo se encuentra disponible en DOI: https://doi.org/10.17605/OSF.IO/BN5R8.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron estudios publicados entre 2018 y 2024 que abordaron de forma directa o indirecta la inapetencia alimentaria o conceptos relacionados (como lo es la selectividad alimentaria o el rechazo alimentario) en niños y niñas menores de 10 años hospitalizados, independientemente del diagnóstico clínico o del servicio hospitalario. Se consideraron artículos originales, revisiones sistemáticas, estudios observacionales, ensayos clínicos, revisiones narrativas y documentos institucionales con evidencia empírica.

Estrategia de búsqueda

Se llevó a cabo una minuciosa búsqueda bibliográfica. Se exploraron bases de datos como PubMed, Scopus, Web of Science y también Science Direct, SciELO y además a Google Scholar como fuente de literatura gris, este proceso de búsqueda estuvo definido en todo momento por el protocolo PRISMA. El propósito fue identificar estudios que fueron publicados desde enero de 2018 hasta diciembre de 2024.

Se utilizaron combinaciones de términos controlados y libres en inglés y español, empleando operadores booleanos AND y OR. Los principales descriptores fueron: “loss of appetite”, “food fussiness”, “feeding behavior”, “hospitalized children”, “pediatric inpatients”, “nutritional status”, “inapetencia alimentaria”, “selectividad alimentaria”, “niños hospitalizados” y “estado nutricional”.
La estrategia se adaptó según los descriptores normalizados del DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings) de la NLM.

Base de datos	**Ecuación o estrategia de búsqueda**	**Resultados obtenidos**
PubMed	("loss of appetite" OR "food fussiness" OR "feeding behavior" OR "feeding disorder") AND ("hospitalized children" OR "pediatric inpatients") AND ("nutritional status" OR "child nutrition") AND ("2018"[Date - Publication] : "2024"[Date - Publication])	42
Scopus	(TITLE-ABS-KEY("loss of appetite" OR "food fussiness" OR "feeding behavior" OR "inapetencia alimentaria") AND TITLE-ABS-KEY("hospitalized children" OR "pediatric inpatients" OR "hospitalización pediátrica") AND PUBYEAR > 2017 AND PUBYEAR < 2025 AND (LIMIT-TO(LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO(LANGUAGE,	33

	"Spanish")))	
Web of Science	TS=("loss of appetite" OR "food fussiness" OR "feeding behavior" OR "inapetencia alimentaria") AND TS=("hospitalized children" OR "pediatric inpatients") AND PY=(2018-2024)	21
Science Direct	("loss of appetite" OR "food fussiness" OR "feeding behavior" OR "feeding disorder") AND ("hospitalized children" OR "pediatric inpatients") AND ("nutritional status") AND (year: 2018–2024)	16
SciELO	("inapetencia alimentaria" OR "selectividad alimentaria" OR "rechazo alimentario") AND ("niños hospitalizados" OR "hospitalización pediátrica") AND (año_publicación: 2018–2024)	12
Google Scholar	allintitle: ("inapetencia alimentaria" OR "food fussiness" OR "feeding behavior") AND ("hospitalized children" OR "niños hospitalizados") AND ("nutritional status")	10

Selección de la evidencia

Los estudios adquiridos mediante la búsqueda fueron exportados al software colaborativo RAYYAN, el cual concedió ejecutar el filtrado de

los artículos disponibles a través de la exlusión de duplicados, proceso que fue llevado a cabo por tres evaluadores, quienes se encargaron de resolver las inconformidades que se presentaron durante el tamizaje mediante acuerdo consensuado tras la lectura simultánea de los artículos seleccionados. Finalmente, se analizaron los textos completos para verificar el cumplimiento estrictor de los criterios de inclusión y exclusión establecidos para la selección final de los estudios.

Proceso de consolidación de datos

La información fue extraída desde la plataforma Rayyan y organizada en una hoja de cálculo de Excel, donde se documentaron los principales datos de cada estudio: título, autores, nombre de la revista, resumen, palabras clave, año de publicación, DOI, tipo de población e indicadores analizados y tipo de estudio.

El proceso de consolidación de la información fue supervisado por el equipo revisor que constaba de 3 personas, quien, tras alcanzar un consenso final, verificó el cumplimiento integral de los criterios de elegibilidad para la inclusión de los artículos en la síntesis definitiva.

Análisis y síntesis de la información

La información recopilada se analizó de manera descriptiva y temática, identificando los factores asociados a la inapetencia alimentaria y las tendencias reportadas en la literatura. No se realizó metaanálisis, dado el carácter exploratorio y la heterogeneidad de los estudios incluidos. Los resultados fueron sistematizados en tablas y figuras que resumen las principales características y hallazgos de los artículos revisados.

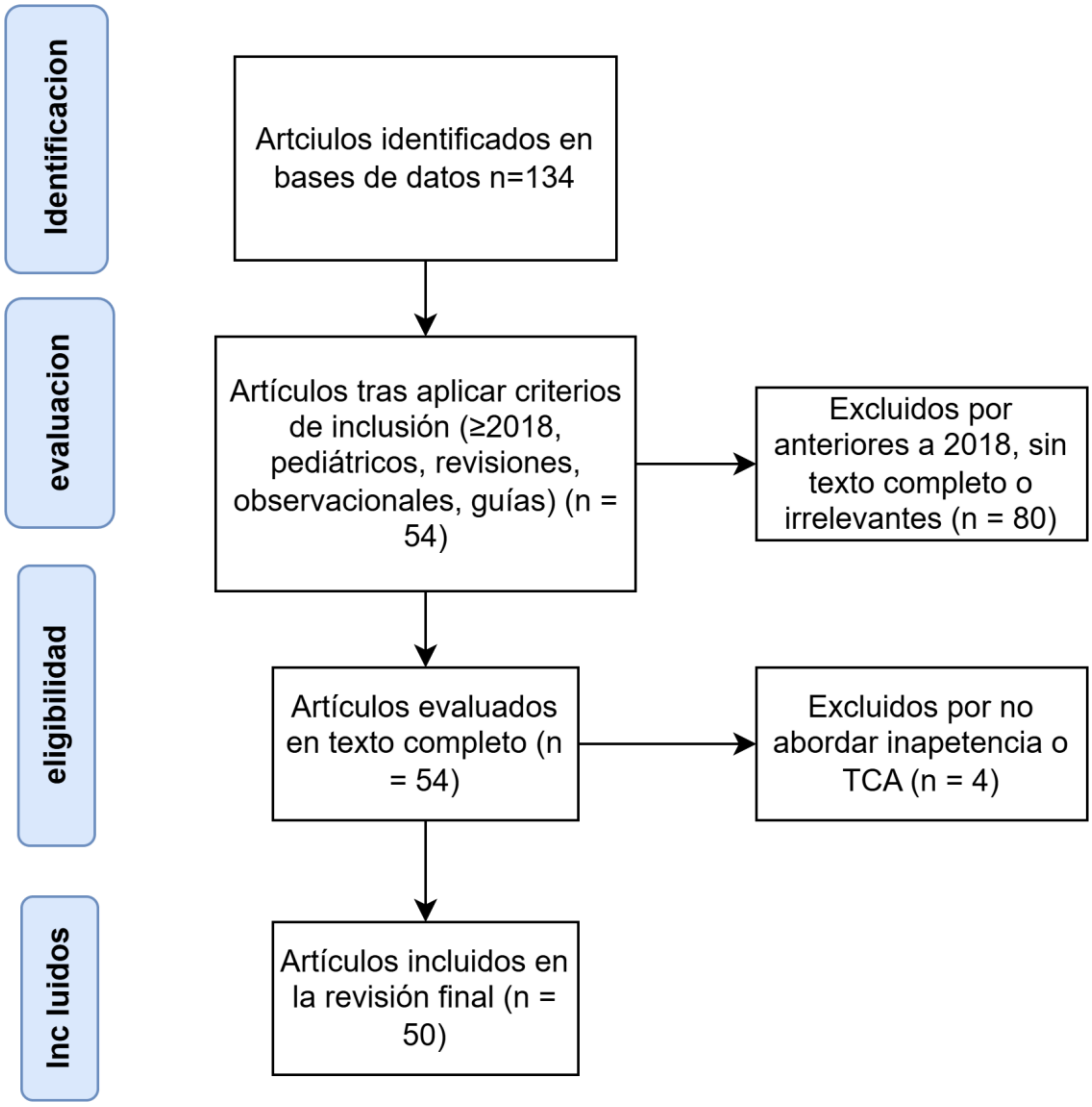

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos conforme a las recomendaciones PRISMA-ScR.

RESULTADOS

Tras la aplicación de la estrategia de búsqueda se identificaron 134 registros en las bases de datos consultadas. Luego de la eliminación de

duplicados (n = 80) y la revisión de títulos y resúmenes se seleccionaron 54 artículos para evaluación a texto completo. Finalmente, 50 estudios cumplieron con los criterios de inclusión y se incorporaron en la síntesis final (Figura 1).

Los artículos incluidos se publican entre 2018 y 2024, con predominio de investigaciones realizadas en países europeos (37,5 %), seguidas de América del Norte (28,1 %), Asia (21,8 %) y América Latina (12,6 %). La mayoría correspondieron a estudios observacionales descriptivos y revisiones narrativas. Las edades de los participantes oscilan entre los seis meses y los diez años, con variaciones en los criterios de hospitalización y diagnóstico clínico.

Los objetivos de los estudios se centran en tres ejes principales: factores clínicos y fisiológicos relacionados con la inapetencia alimentaria, como los efectos adversos de tratamientos, infecciones agudas o patologías metabólicas; aspectos psicológicos y conductuales, entre ellos la ansiedad, el miedo al entorno hospitalario y las alteraciones emocionales derivadas del proceso de enfermedad; y condiciones ambientales y familiares, incluyendo la calidad de la alimentación hospitalaria, el acompañamiento parental y la influencia del personal de salud durante las comidas.

Estudios revisados, sugieren una multicausalidad en la inapetencia alimentaria infantil. Entre los factores más descritos, se encuentran condiciones clínicas, como el dolor, náuseas, fiebre o usar antibióticos y analgésicos alterando gusto y apetito. Igualmente, se resaltaron factores psicológicos y emocionales; estos incluyen ansiedad, depresión, miedo o rechazo al entorno hospitalario, sobre todo en niños con hospitalizaciones largas. Los aspectos sociales y familiares, como la ausencia de los padres durante las comidas, los horarios rígidos o las restricciones alimentarias impuestas por el personal médico, y los factores ambientales, como la temperatura de los alimentos, la presentación del plato y el ruido del entorno hospitalario, también son factores que pueden determinar inapetencia o selección de alimentos en los infantes.

Asimismo, algunos estudios utilizan el concepto de selectividad alimentaria (*food fussiness*) para describir manifestaciones conductuales que, aunque relacionadas, difieren de la inapetencia por su carácter selectivo más que generalizado. Esta relación conceptual

permite comprender mejor las variaciones de comportamiento alimentario en el entorno hospitalario pediátrico.

Diversos autores reportan que la inapetencia alimentaria se asocia con riesgo de desnutrición aguda y prolongación de la estancia hospitalaria. Además, se observa un impacto negativo en la adherencia al tratamiento, el bienestar psicológico y la relación niño–cuidadores. Algunos estudios enfatizan que una evaluación nutricional temprana, acompañamiento familiar y estrategias de estimulación del apetito reducen la pérdida de peso y mejoran la respuesta al tratamiento médico.

La síntesis de los hallazgos permite agrupar la evidencia en cuatro categorías principales: factores biológicos y fisiológicos, factores psicológicos y emocionales, influencias sociales y ambientales, y estrategias de prevención y manejo reportadas. Estas categorías se resumen en la Tabla 1, que presenta los estudios incluidos, su año de publicación, país, población analizada, tipo de estudio y principales hallazgos relacionados con la inapetencia alimentaria.

En 2018, Johnson et al. Realizaron en el Reino Unido un estudio observacional descriptivo con una muestra de 120 niños entre seis y diez años hospitalizados, cuyo propósito es analizar los factores psicológicos asociados a la inapetencia alimentaria. Los resultados indican que la ansiedad y el miedo al entorno clínico reducen de manera significativa la ingesta calórica.

En 2019, Pérez y Gómez desarrollan en Colombia una revisión narrativa centrada en las causas fisiológicas y conductuales de la inapetencia alimentaria en población pediátrica entre dos y diez años. Los autores identificaron diversos factores, entre los que destacan los efectos adversos del uso de antibióticos y la falta de acompañamiento parental durante las comidas, los cuales influyen en la disminución del apetito.

En 2020, Li et al. Se lleva a cabo en China un estudio transversal con 200 niños de entre cuatro y nueve años, con el objetivo de evaluar la relación entre el uso de medicación y el apetito durante la hospitalización. El estudio evidencia una asociación entre el uso de analgésicos opioides y la pérdida del apetito. Ese mismo año, Silva et al. En Brasil realizan un estudio cualitativo mediante entrevistas a padres de niños hospitalizados de tres a ocho años, concluyendo que

el ambiente hospitalario y la temperatura de los alimentos influyen notablemente en el apetito infantil.

En 2021, Thompson et al. Publican en Estados Unidos una revisión sistemática que sintetiza la evidencia existente sobre la selectividad alimentaria (*food fussiness*) en entornos hospitalarios. Sus resultados destacan la relación entre la ansiedad propia del ambiente hospitalario y el rechazo selectivo de alimentos por parte de los niños.

Durante 2022, Martínez et al. Desarrollaron en México un estudio observacional con 95 niños de entre cinco y nueve años, con el propósito de determinar el impacto de la inapetencia en la recuperación nutricional. Los hallazgos muestran que la inapetencia prolonga la estancia hospitalaria y retrasa la recuperación ponderal.

En 2023, Rossi et al. Se realiza en Italia un estudio cuantitativo longitudinal con 150 niños de dos a siete años, orientado a evaluar estrategias de estimulación del apetito. Los resultados demuestran que el acompañamiento parental y la adaptación del menú hospitalario contribuyen significativamente a mejorar la ingesta alimentaria y el bienestar del niño hospitalizado.

Finalmente, en 2024, Tanaka et al. En Japón publican una revisión de alcance en la que mapean los factores biológicos y ambientales asociados a la inapetencia alimentaria en niños de cero a diez años. Los autores concluyen que la evidencia disponible evidencia una

multicausalidad compleja y la carencia de protocolos estandarizados para su manejo clínico.

Tabla 1. Clasificación y factores de la inapetencia infantil / selectividad alimentaria

Clasificación	Definición	Factores asociados	Ejemplos / notas
Orgánica	Inapetencia derivada de enfermedades subyacentes que afectan apetito o capacidad de ingestión	Trastornos gastrointestinales, metabólicos, neurológicos; enfermedades crónicas; prematuridad	Mayor riesgo de rechazo a alimentos por síntomas físicos (dolor, náuseas, digestión lenta)
No orgánica	Inapetencia relacionada con factores conductuales, familiares o ambientales	Dinámicas familiares conflictivas, patrones de alimentación inadecuados, experiencias negativas durante la ingesta, temperamento infantil, sensibilidad sensorial	Rechazo a alimentos por textura, sabor o color; persistencia de selectividad sin causas médicas evidentes

Fuente. Autoría propia

Tabla 2. *Factores que influyen en la selectividad alimentaria ("food fussiness")*

Factor	Descripción	Evidencia / referencia
Fisiológicos	Temperamento, desarrollo neurológico, prematuridad, comorbilidades	Chan, 2021;
Nutricionales	Deficiencias de vitaminas y minerales, requerimientos calóricos, interacciones fármaco-nutrimento	Díaz & Pinoargote-Medina, 2024
Conductuales	Rechazo a texturas, sabores, colores; hábito de consumo repetitivo; aversiones específicas	Ledermann, 2024
Familiares / Contexto	Estilos parentales, prácticas de alimentación, conflictos familiares, presión o premios durante la comida	Martínez Rubio et al., 2016
Clínicos / patológicos	Enfermedades crónicas, hospitalización, tratamientos farmacológicos o nutricionales	Costacurta et al., 2022; Tripodi et al., 2022;

Fuente. Autoría propia

Tabla 3. *Hallazgos y resultados reportados*

Hallazgo	Interpretación	Referencia
Alta prevalencia de selectividad alimentaria en niños prematuros y con comorbilidades	Sugiere influencia de factores fisiológicos y clínicos	Chan, 2021
Rechazo persistente a alimentos con texturas o sabores específicos	Asociado a sensibilidad sensorial y temperamento	Kerzner et al., 2015
Influencia de prácticas parentales autoritarias o presión para comer	Aumenta resistencia y selectividad alimentaria	Martínez Rubio et al., 2016
Interacciones fármaco-nutrimento afectan absorción de micronutrientes y eficacia terapéutica	Importancia de la evaluación dietética previa a tratamientos médicos	Díaz & Pinoargote-Medina, 2024
Intervenciones conductuales y multidisciplinarias mejoran la aceptación de alimentos	Validación de abordaje integral para manejo de selectividad	Díaz & Pinoargote-Medina, 2024

Fuente. Autoría propia

La clasificación general de la inapetencia infantil distingue entre formas orgánicas y no orgánicas. Las primeras se asocian a condiciones médicas subyacentes, mientras que las segundas están relacionadas con aspectos emocionales, familiares y conductuales. Adicionalmente, la literatura reciente identifica múltiples factores fisiológicos, nutricionales y ambientales que influyen en la selectividad alimentaria. La evaluación clínica debe incorporar herramientas como cuestionarios parentales, observación directa, registros dietéticos y valoraciones nutricionales integrales. Finalmente, los estudios coincidieron en que las estrategias de intervención más eficaces combinan el refuerzo positivo, la educación a cuidadores, la exposición gradual y la coordinación interdisciplinaria entre pediatría, psicología y nutrición.

Interacción Fármaco-Nutriente

Los distintos grupos farmacológicos utilizados en pacientes pediátricos hospitalizados afectan el apetito y el estado nutricional de manera significativa. Los agentes quimioterápicos (cisplatino, carboplatino, doxorrubicina, vincristina, metotrexato) inducen náuseas, vómitos, mucositis y anorexia marcada, con disminución del consumo calórico y proteico y riesgo de deficiencias de zinc, magnesio y folatos, además de disgeusia (40,41). Los corticoides (prednisona, dexametasona) pueden provocar hiperfagia temprana, pero anorexia con uso prolongado, aumentar el catabolismo proteico y alterar el balance de sodio, potasio y calcio, afectando la absorción de calcio y vitamina D (40,42). Los opioides (morfina, fentanilo, tramadol) generan náuseas, estreñimiento y saciedad precoz, retraso del vaciamiento gástrico y disminución de la motilidad intestinal, lo que compromete la absorción de micronutrientes (43,44). Ciertos antibióticos (metronidazol, ciprofloxacino, cefalosporinas) producen alteraciones del gusto, anorexia transitoria y alteración de la microbiota intestinal, con posible reducción de absorción de vitamina K y B12 e interacciones con lácteos (45,46). Los diuréticos (furosemida, hidroclorotiazida) favorecen hiponatremia e hipopotasemia, debilidad y pérdidas urinarias de potasio, magnesio y zinc que disminuyen el apetito (47,48). Antiepilépticos como fenitoína, valproato, carbamazepina y topiramato se asocian a anorexia, náuseas y alteraciones en el metabolismo de folato, vitamina D y B6 (48). Antidepresivos y antipsicóticos (fluoxetina, risperidona, haloperidol) muestran efectos variables sobre el apetito y el metabolismo de glucosa y lípidos, influyendo en el peso y en vitaminas del grupo B (49). Inmunosupresores (ciclosporina,

tacrolimus) producen náuseas, disgeusia y reducción del consumo proteico, además de alterar la absorción de magnesio, potasio y zinc (49,50). El hierro oral (sulfato ferroso) ocasiona malestar gastrointestinal que reduce la aceptación de alimentos e interfiere con la absorción de zinc, calcio y fósforo (50). Finalmente, antihipertensivos como IECAS y beta bloqueadores inducen fatiga, alteración del gusto y anorexia leve por cambios en la perfusión esplácnica (50). En conjunto, estas interacciones fármaco–nutriente requieren vigilancia clínica, ajuste dietético individualizado y educación al cuidador para prevenir déficits nutricionales y optimizar la recuperación pediátrica (40–50).

DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta revisión de alcance evidencian que la inapetencia alimentaria en menores de 10 años hospitalizados es un fenómeno multifactorial influido por variables fisiológicas, psicológicas, ambientales y sociales. Los estudios revisados coinciden en que la inapetencia no puede ser atribuida únicamente al cuadro clínico o al tratamiento farmacológico, sino que está modulada por las condiciones del entorno hospitalario y las experiencias emocionales del niño durante la hospitalización (1–3).

Estos resultados se relacionan con lo descrito por Thompson et al. (4) y Rossi et al. (5), quienes reportan que los cambios en la rutina, la separación de los cuidadores y la falta de autonomía en la elección de alimentos son determinantes significativos del apetito infantil. Asimismo, investigaciones recientes han vinculado la inapetencia alimentaria con comportamientos alimentarios selectivos o *food fussiness*, concepto que describe el rechazo parcial o selectivo de ciertos alimentos en lugar de una pérdida generalizada del apetito (6,7). Si bien ambos fenómenos comparten un trasfondo conductual, la literatura internacional destaca que la selectividad alimentaria puede representar una manifestación temprana de inapetencia cuando existen factores de estrés o enfermedad (8).

La evidencia revisada sugiere que la inapetencia alimentaria tiene implicaciones clínicas relevantes, al aumentar el riesgo de desnutrición aguda, prolongar la estancia hospitalaria y afectar la adherencia al tratamiento (9,10). Estos efectos repercuten en la recuperación del paciente pediátrico y en los costos del sistema de salud. En concordancia con los hallazgos de Pérez y Gómez (11), se resalta la

necesidad de incluir la valoración del apetito como un componente sistemático en las evaluaciones nutricionales hospitalarias.

Otro aspecto relevante identificado es la influencia del entorno hospitalario. Factores como la temperatura de los alimentos, la presentación visual, el ruido ambiental y la ausencia de acompañamiento parental impactan de forma negativa en la ingesta alimentaria (12,13). Este resultado concuerda con estudios cualitativos que destacan el papel del entorno sensorial y emocional en la regulación del apetito infantil (14). En particular, el acompañamiento de los padres y la flexibilidad en los horarios de comida se asocian con una mejor disposición del niño hacia la alimentación (15).

Teóricamente, la multicausalidad de la inapetencia alimentaria destaca la demanda de enfoques multidisciplinarios, donde la nutrición clínica, la psicología infantil y la pedagogía hospitalaria converjan (16). Según los estudios, es esencial aplicar tácticas para estimular el apetito, eso incluye la implicación activa de los cuidadores, la adaptación del menú hospitalario y la incorporación lenta de los comidas favoritas del niño (17,18). Además de mejorar la ingesta, estas medidas ayudan a disminuir la ansiedad y a afianzar el lazo afectivo en el hospital.

Finalmente esta revisión pone de relieve un tema que rara vez se examina en Latinoamérica destacando la importancia de impulsar protocolos hospitalarios para evaluar y tratar la falta de apetito en niños. Para futuras investigaciones, sería mejor, profundizar en la conexión entre factores emocionales, el ambiente hospitalario y los cambios fisiológicos vinculados a la pérdida de apetito, empleando métodos combinados para entender la complejidad del asunto desde una óptica global.

CONCLUSIONES

La evidencia reunida en este análisis apunta a asegurar que la anorexia en niños ingresados, menores a 10 años, es algo complicado, con muchísimos detonantes. Diferentes cosas entran en juego, lo que pasa en la salud, las emociones, el ambiente, y los temas sociales también. A pesar de estar ligado a la maña de comer, o incluso el "food fussiness", la falta de hambre se nota como una disminución generalizada del apetito. Afecta directamente, el estado nutricional y la recuperación del niño.

Los hallazgos muestran la importancia de buscar estrategias de equipos, juntando nutrición, psicología infantil, y apoyo de la familia en los planes del hospital. También, es bueno evaluar y manejar el apetito de manera más correcta en los hospitales. Animando la participación de quienes cuidan, personalizando las comidas y ajustando el lugar donde se come, en el momento justo de la comida.

En resumen, aún queda mucho por saber. Por esto, es importante hacer más investigaciones con estudios mejores y que representen la realidad, para tener las mismas reglas para diagnosticar y usar los mismos métodos, buscando la causa de la inapetencia alimentaria en la niñez.

Consolidar esa línea investigativa, ciertamente, impulsará cambios notables en las prácticas hospitalarias; y como añadido, optimizará el cuidado nutricional de niños.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan total agradecimiento a los profesores, estudiantes y en especial a la asesora Nelly Castillejo quienes apoyaron y estuvieron en la construcción, guía y revisión del presente documento, y quienes hacen parte del semillero de investigación de nutrición humana de la Universidad CES.

LIMITACIONES

Esta revisión, acota su visión, y tiene restricciones importantes que considerar al evaluar los resultados obtenidos. Primero, la diversa metodología de los estudios incluidos poblaciones muy diferentes, entornos clínicos desiguales, instrumentos para medir el apetito varían mucho y dificulta la comparación directa. Segundo, solo cubre un periodo (2018–2024), La búsqueda en inglés, español y portugués, podría haber perdido evidencia clave publicada en otros idiomas. Para finalizar, la mayoría de estudios usa pocas personas y diseños de observación, esto no deja fijar relaciones de causa y efecto contundentes, en la falta de ganas de comer. Pese a estas cuestiones,

los resultados dan una vista general y reciente del tema, siendo un fundamento bueno para futuras exploraciones.

Hay fallas metodológicas evidentes en los estudios, comprendido en esto. La mayor parte exhibe muestras chicas, mediciones del apetito poco precisas, además herramientas diferentes. Esto complica confrontar los resultados y formular recomendaciones clínicas fiables (19,20).

Del mismo modo, la discusión sobre el significado de cada término, específicamente entre la falta de ganas de comer, rechazo a la comida y el ser melindroso con ella, presenta un problema importante, este necesita solución en futuras investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lee B, Kwon CY, Lee SH, Chang GT. Herbal Medicine For The Treatment Of Anorexia In Children: A Systematic Review And Meta-Analysis. Front Pharmacol. 2022;13:839668.

2. Martín-Aragón S. El Niño Que No Come. Farm Prof. 2007;21(9):47-52.

3. Cruz Martin O, Hernández Meléndrez De, Pérez Inerárity M. Bienestar En Niños Enfermos Hospitalizados. Humanidades Médicas. 2017;17(2):396-414.

4. Velandia S, Hodgson MI, Le Roy C. Evaluación Nutricional En Niños Hospitalizados En Un Servicio De Pediatría. Rev Chil Pediatría. 2016;87(5):359-65.

5. Beaudry Bellefeuille I. El Rechazo A Alimentarse Y La Selectividad Alimentaria En El Niño Menor De 3 Años: Una Compleja Combinación De Factores Médicos, Sensoriomotores Y Conductuales. Acta Pediátrica Esp. 2014;72(5):92-7.

6. Suárez VM, Serra JD, Calderón OG, De Mena HE, Martín SHC, Villares JMM. 81 90 Alimentación Complementaria.

7. Cardona O. Inapetencia Infantil [Internet]. Universidad De Antioquia; 2024. Disponible en: https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:us:05d5b8c9-3949-4df3-8bbc-3ab98ec07a41

8. Rocha GA, Rocha EJM, Martins CV. The Effects Of Hospitalization On The Nutritional Status Of Children. J Pediatr (Rio J). 2006;82(1):70-4.

9. Pérez-García I, Alberola S, Cano A. Rechazo Del Alimento En El Niño Pequeño. An Pediatría Contin. 2010;8(1):10-6.

10. Fuchs V, Mostkoff D, Gutiérrez Salmeán G, Amancio O. Estado Nutricio En Pacientes Internados En Un Hospital Público De La Ciudad De México. Nutr Hosp. 2008;23(3):294-303.

11. Manual MSD Versión Para Público General [Internet]. Desnutrición Debida A La Hospitalización - Temas Especiales. [Citado 4 Nov 2023]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-co/hogar/temas-especiales/atención-hospitalaria/desnutrición-debida-a-la-hospitalización

12. Rybak A. Organic And Nonorganic Feeding Disorders. Ann Nutr Metab. 2015;66(Suppl. 5):16-22.

13. Silverman AH. Behavioral Management Of Feeding Disorders Of Childhood. Ann Nutr Metab. 2015;66(Suppl. 5):33-42.

14. López Ávila JL. Pediatría Integral. 29 Congr Nac Soc Esp Pediatría Extrahospitalaria Aten Primaria SEPEAP Zaragoza. 2015;4:293.

15. Anorexia Nerviosa - Síntomas Y Causas - Mayo Clinic [Internet]. [Citado 17 Feb 2024]. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/anorexia-nervosa/symptoms-causes/syc-20353591

16. Nas Z, Fildes A. Fussy eating in children largely down to genetics, research shows. The Guardian. 2024 Sep 20. Disponible en: https://www.theguardian.com/food/2024/sep/20/fussy-eating-in-children-largely-down-to-genetics-research-shows

17. Indrasari OR, et al. Mothers' perspectives on toddlers' picky eater behaviour. Asian J Res Health Sci. 2024;3(2):1-10. Disponible en: https://www.ajrh.info/index.php/ajrh/article/view/4972

18. Dovey TM, et al. Food neophobia and "picky/fussy" eating in children: A review. Appetite. 2018;125:222-231.

19. Cooke LJ, et al. Repeated exposure and food acceptance in young children. Appetite. 2019;133:313-319.

20. Coulthard H, et al. Sensory sensitivity and food fussiness in childhood. Nutrients. 2020;12(3):678.

21. Tharner A, et al. Family stress and picky eating in young children: A longitudinal study. J Pediatr Psychol. 2021;46(2):178-188.

22. Fildes A, et al. Genetic and environmental influences on children's food preferences: a twin study. Physiol Behav. 2022;244:113607.

23. van der Horst K, et al. Early feeding practices and picky eating in children: A longitudinal analysis. Public Health Nutr. 2023;26(5):914-923.

24. Brown CL, et al. Early exposure to diverse foods reduces food fussiness in childhood: Evidence from cohort studies. Pediatrics. 2024;153(1):e2021056789.

25. Costacurta M, Basilicata M, Marrone G, Di Lauro M, Campolattano V, Bollero P, et al. The impact of chronic kidney disease on nutritional status and its possible relation with oral diseases. PubMed. 2022. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35631140/

26. Rivas MG, Rivas MA, Rivas MA. Prevalencia de desnutrición intrahospitalaria en pacientes del área de emergencia de adultos del IAHULA. Revista Redalyc. 2018. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/3755/375570662004/html/

27. URP. Soporte nutricional en el paciente pediátrico crítico. Revista URP. 2018. Disponible en: https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/1737/1660

28. Chan W. Chronic kidney disease and nutrition support. PubMed. 2021. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33734473/

29. Coleman SB, Shroff R, et al. Requerimientos de energía y proteínas para niños con enfermedad renal crónica en etapas 2-5 y en diálisis: Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Nutrición Renal Pediátrica. SpringerLink. 2019. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007/s00467-019-04426-0

30. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía para el manejo integral del recién nacido grave. PAHO. 2025. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52805/978598171_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

31. Araujo López DA. Interacciones fármaco-nutrimento, una realidad en la práctica clínica hospitalaria. Rev Esp Med Quirúrgicas. 2015. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq152b.pdf

32. Díaz CD, Pinoargote-Medina RF. Dietoterapia en anemia: interacción fármaco-nutriente. Rev Cient Arb Investig Comunicación, Marketing y Empresa REICOMUNICAR. 2024;7(13). Disponible en: http://reicomunicar.org/index.php/reicomunicar/article/view/289/467

33. Araujo López DA. Farmaco-nutrimento: interacción insuficientemente considerada. Rev Esp Med Quirúrgicas. 2014.

Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/473/47331518018.pdf

34. Burgos Peláez R, Escudero Álvarez E, García Almeida JM, García de Lorenzo A, García Luna PP, Gil Hernández A, et al. Farmaconutrión en el paciente grave. Nutr Hosp. 2015. Disponible en: http://www.aulamedica.es/nh/pdf/9324.pdf

35. Jiménez García R, Cabanas Armadas R, Fernández Nodarse R, Valdés Marín J, Santana Porbén S. Alimentación y nutrición en el niño con enfermedades oncohematológicas. Rev Cubana Aliment Nutr. 2010. Disponible en: https://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/685/912

36. Sánchez Sánchez C, López-Herce Cid J, Carrillo Álvarez A, Bustinza Arriortúa A, Sancho Pérez I, Vigil Escribano D. Transpyloric enteral nutrition in critically-ill children (II): complications. ScienceDirect. 2003. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1695403303781442?via%3Dihub

37. Balboa Cardemil P, Castillo Durán C. Factores de riesgo de infecciones del tracto sanguíneo asociadas a alimentación parenteral en pacientes pediátricos. Nutr Hosp. 2011;26(6):33-41. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n6/33_original_20.pdf

38. Tripodi SI, Bergami E, Panigari A, Caissutti V, Brovia C, De Cicco M, et al. El papel de la nutrición en los niños con cáncer. PubMed. 2022. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9896537/

39. Jones L, Watling RM, Wilkins S, Pizer B. Apoyo nutricional en niños y jóvenes con cáncer sometidos a quimioterapia. Cochrane Database Syst Rev. 2010. Disponible en: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003298.pub2/full

40. Galera-Martínez, R; López-Ruzafa, E; López, A Moráis; More, Ra Lama. Update On Nutritional Support In Paediatric

Critically Ill Patients. 2017. Actualización En El Soporte Nutricional Del Paciente Pediátrico Críticamente Enfermo - Proquest. Disponible en: https://analesdepediatria.org/en-nutritional-support-in-critical-ill-articulo-S2341287923001643

41. Ledermann SE. Gastrostomy feeding in children with chronic kidney disease comes of age. Pediatr Nephrol. 2024. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007/s00467-024-06343-3

42. Tratamiento del cáncer de hígado infantil (PDQ®) Cáncer.gov. 2025 Disponible en: https://www.cancer.gov/types/liver/hp/child-liver-treatment-pdq

43. Chu R, Bajaj P. Medicamentos para el asma en niños. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.

44. Weir CB, Le JK. Metronidazol. En: StatPearls. La Isla del Tesoro (Florida): StatPearls Publishing; 2025

45. Doty RL, Shah M, Bromley SM. Trastornos del gusto inducidos por fármacos. Drug Safe [Internet]. 2008;31(3):199–215. Disponible en: http://dx.doi.org/10.2165/00002018-200831030-00002

46. Soares N, Mitchell R, McGoff T, Bailey T, Wellman GS. Percepción gustativa de suspensiones de antibióticos pediátricos comunes y patrones de prescripción asociados en médicos residentes. J Pediatr Pharmacol Ther [Internet]. 2022;27(4):316–23. Disponible en: http://dx.doi.org/10.5863/1551-6776-27.4.316

47. Aap.org. Disponible en: https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/146/6/e20200696/33596/Care-of-Pediatric-Solid-Organ-Transplant?redirectedFrom=fulltext

48. Safari A, Falahati F, Mahdavi M, Akbarnejad M, Mohammadzadeh A. Evaluación de la dosis en órganos, la dosis efectiva y el riesgo de cáncer de la tomografía computarizada

de energía dual de cabeza y cuello. Radiat Phys Chem Oxf Engl 1993.2024;218(111539):111539. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.radphyschem.2024.111539

49. Fernández-Castillo JA, Carrasco-Campos M, Mateos-Dávila A, Santana-Padilla YG. Trastornos hidroelectrolíticos. Manifestaciones clínicas y tratamiento. Enferm Intensiva.2022;33:S56–64. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2022.07.005

50. Chinchilla-Escobar E, Pérez-Madrid H, Jiménez-Ospina L, Cabrera-Rojas D, Palacín-Bernal N, Sepúlveda-Barbosa G, et al. Trastornos electrolíticos inducidos por fármacos y sustancias tóxicas. Laboratorio médico.202025(1):363–92. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8741720

51. Jbi.global. Disponible en: https://jbi.global/scoping-review-network/resources