

La importancia de la historia nutricional[☆]



The importance of nutritional history

Sr. Editor

En los últimos años se han producido importantes cambios en la manera de educar a los niños, con tendencia a una mayor permisividad por parte de los padres, lo que ha conducido a alteraciones en los patrones de alimentación. La infancia es un periodo de crecimiento y desarrollo rápidos, por lo que es importante tener una alimentación adecuada tanto en cantidad como en variedad, para así conseguir un crecimiento correcto y lograr también un desarrollo intelectual e inmune óptimos¹. Es una época clave que determinará además el estado de salud en la vida adulta. La valoración del estado nutricional es una herramienta básica en la atención del niño, debiendo siempre recoger la historia nutricional y realizar una exploración física detallada². La historia nutricional siempre deberá incluir curva de crecimiento del niño en peso, talla y perímetro craneal (en menores de 2 años)³, así como la ingesta dietética habitual incluyendo preguntas sobre cantidad, calidad, variedad, frecuencia, duración, quiénes y cómo le dan la comida y de la actitud del niño y de los padres frente a la ingesta. Sin embargo, pocas historias médicas recogen con exactitud los datos antes mencionados,

debido en gran parte a la escasa formación nutricional del personal sanitario tanto en atención primaria como a nivel hospitalario⁴.

A continuación, presentamos 3 casos en los que se pone de manifiesto las posibles consecuencias de una incorrecta alimentación. Se trata de 3 lactantes de origen sudamericano, con edades comprendidas entre los 15 y 22 meses, que acuden a urgencias por presentar diferentes síntomas de origen infeccioso. En los 2 primeros casos destaca la palidez cutánea, objetivándose anemia (Hb: 6,6 g/dl y 7,3 g/dl). En el tercer caso llama la atención un escaso panículo adiposo con masas musculares blandas y datos antropométricos sugestivos de desnutrición aguda (peso: 6.830 kg, Z-3,43; talla: 74, Z-1,48; relación peso/talla: -3,21) (fig. 1). Se decide el ingreso de los 3 niños para completar el estudio. En primer lugar se realiza la historia nutricional. Los 2 primeros tienen una alimentación basada principalmente en derivados lácteos, con rechazo del resto de grupos de alimentos, y el tercer niño permaneció con lactancia materna exclusiva hasta los 10 meses. Posteriormente se amplía la analítica que muestra un origen ferropénico de la anemia en los 2 primeros casos, con disminución de los niveles séricos de vitamina B₁₂ en uno de ellos. En el tercer caso la única alteración reseñable es una prealbúmina de 8,46 mg/dl (20-40). Tras descartar afección orgánica subyacente, se concluye que en los 3 casos existe una alimentación insuficiente en cantidad y calidad, con mejoría tras la corrección de la dieta y el aporte de micronutrientes deficitarios.

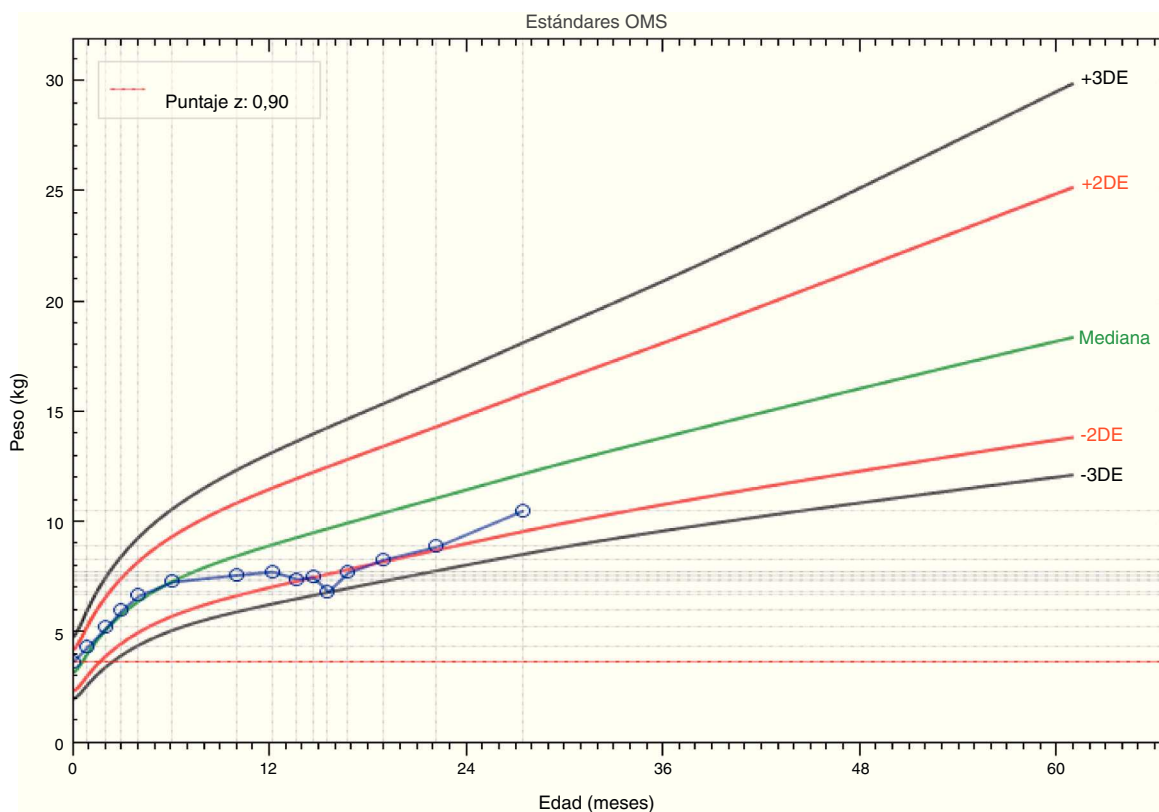


Figura 1 Curva ponderal.

[☆] Presentación previa en 63 Congreso de AEP. Sevilla, 6-8 junio de 2013.

En estos 3 ejemplos observamos las consecuencias que conlleva una incorrecta alimentación durante la primera infancia. En los 2 primeros casos podemos ver cómo una escasa variedad en la alimentación conduce a déficits carenciales, como es la anemia ferropénica y el déficit de vitamina B₁₂. Con el tercer caso queremos mostrar cómo la lactancia materna exclusiva prolongada puede derivar en una desnutrición, tanto aguda como crónica², por no ser suficiente como alimento exclusivo a partir de los 6 meses de edad. Destacar que si se hubiera realizado en todos ellos una vigilancia más estrecha desde el punto de vista nutricional se podría haber detectado más precozmente las pautas incorrectas de alimentación que mantenían, y haber evitado así las consecuencias de las mismas⁵.

Uno de los cambios sociales que se está produciendo en nuestra sociedad es la presencia cada vez más numerosa de ciudadanos de otros países que se integran en nuestra población, con costumbres alimentarias muy distintas a las nuestras⁶. Estas costumbres, añadidas al aislamiento y las dificultades económicas que en ocasiones padecen, pueden llevar a situaciones de riesgo en la alimentación infantil, tal y como se refleja en nuestros casos.

Mediante la educación nutricional se pretende establecer unos hábitos alimentarios correctos como medio para promover la salud y prevenir la enfermedad⁷. Aunque el entorno familiar es lo más importante, la educación nutricional no se debería centrar exclusivamente en el hogar, sino que tendría que ser reforzada en el colegio y en la propia sociedad, apoyándose siempre en las recomendaciones del pediatra de atención primaria, quien debe desempeñar un papel fundamental.

Para finalizar, destacar que a pesar del aumento de la prevalencia de obesidad en nuestro medio no podemos olvidarnos de los desequilibrios en la alimentación que se producen por defecto, teniendo en cuenta que estos no solo se dan en el mundo subdesarrollado, y más ahora dada la situación socioeconómica de nuestro país^{3,8}.

Bibliografía

1. Who Multicentre Growth Reference Study Group. Who child growth standard based on length/height, weight, and age. *Acta Paediatrica*. 2006; Suppl 450:76–85.
2. Quero Acosta L. Valoración del estado nutricional. *Pediatr Integral*. 2003;VII:269–76.
3. Carascosa A, Fernández JM, Fernández C, Ferrández A, López-Siguero JP, Sánchez E, et al. Estudio transversal español de crecimiento 2008. Parte II: valores de talla, peso e índice de masa corporal desde el nacimiento a la talla adulta. *An Pediatr (Barc)*. 2008;68:552–69.
4. Morin KH. Current thoughts on healthy term infant nutrition: The first twelve months. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2004;29:312–7.
5. Martínez Suárez V, Dalmau Serra J, Gil Campos M, Moráis López A, Moreno Aznar L, Moreno-Villares JM. Alimentación del lactante y riesgo nutricional. *Acta Pediatr Esp*. 2012;70:205–8.
6. Vall Combelles O, García Pérez J, Puig C, García O. La inmigración y su repercusión sanitaria. Aspectos culturales y nuevas patologías emergentes. *Pediatr Integral*. 2001;6:42–50.
7. Agoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Kolletzko B, et al., ESPGHAN Committee on Nutrition. Medical Position Paper. Complementary Feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2008;46:99–110.
8. Garza C, de Onis M. An overview of growth standards and indicators and their interpretation. En: Baker S, Baker RD, Davis AM, editores. *Pediatric nutrition support*. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 2007. p. 1–13.

J. Martínez-Villanueva Fernández^{a,*}, M. Romeo Donlo^a, A. Pérez Pérez^a y C. Pedrón Giner^b

^a Servicio de Pediatría, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

^b Sección de Gastroenterología y Nutrición, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmvfernandez@gmail.com (J. Martínez-Villanueva Fernández).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.10.020>

Trombocitopenia por omalizumab



Thrombocytopenia due to omalizumab

Sr. Editor:

El malizumab es un anticuerpo monoclonal aprobado para mejorar el control del asma. Se administra como tratamiento adicional en pacientes con asma alérgica grave que presentan múltiples exacerbaciones asmáticas graves, a pesar de utilizar corticosteroides diarios inhalados a dosis altas, más un agonista beta-2 inhalado de larga duración. La dosis se calcula en función de la edad, el peso y los datos analíticos de IgE basal del paciente¹.

Se presenta una niña boliviana de 10 años de edad que acude al servicio de urgencias por hematomas de repetición en el curso de 2-3 meses y, en las últimas 24h,

con 2 nuevas lesiones petequiales a nivel de ambos brazos sin antecedente traumático, afebril, sin otra clínica. Como antecedentes personales: dermatitis atópica y asma grave persistente mal controlada desde los 5 años, en tratamiento con budesonida/formoterol 160/4,5 mcg (una inhalación cada 12 h), montelukast 5 mg cada 24 h e inyección mensual de omalizumab de 150 mg, tratamiento con el que lleva 10 meses a dosis iniciales de 300 mg cada 15 días y, tras la mejoría, sin reagudizaciones y con alivio de los síntomas diarios, en descenso de las dosis de corticoides inhalados y omalizumab.

En la exploración: talla de 137 cm (p75); peso de 44,4 kg (p85). Dermatológicamente, se observa en extremidades superiores e inferiores lesiones petequiales agrupadas sobre fondo icterico, de bordes mal definidos, confluentes, que coexisten con lesiones de rascado y hematoma. También en el tórax anterior (fig. 1).

Laboratorio: hemoglobina 12,8 g/dl; plaquetas $7 \times 10^3 \mu\text{l}$; VPM: 12 fl; leucocitos $5,2 \times 10^3 \mu\text{l}$ (neutrófilos