

Sociedad Uruguaya de Nutrición. Montevideo. República Oriental del Uruguay

## NUTRICION EN PEDIATRÍA

Ana María Inverso<sup>1</sup>.

### INTRODUCCIÓN

La desnutrición en el paciente pediátrico tiene consecuencias negativas sobre el crecimiento y desarrollo. Cuando hablamos de malnutrición no solo nos referimos a la *desnutrición*, sino también incluimos a los pacientes con *sobrepeso y obesidad*, y a la *malnutrición oculta* donde ocurren carencias de micronutrientes, de las cuales el déficit de hierro es la carencia más frecuente en los menores de 2 años.

La prevalencia de desnutrición en la población pediátrica es elevada,<sup>1</sup> pero los datos son diferentes en los distintos países de América Latina,<sup>2</sup> en dependencia de qué método se utiliza para su evaluación. Por lo tanto, existe especial interés en desarrollar métodos de *screening* nutricional que identifiquen a los individuos en riesgo nutricional al momento de su ingreso al hospital para poder iniciar lo más precozmente posible la terapia nutricional adecuada para cada niño y a la enfermedad que motiva su ingreso.<sup>3</sup>

Lo ideal sería utilizar una única herramienta de *screening* que se pueda aplicar en todos los países de América Latina para poder evaluar cuál es la prevalencia de desnutrición en nuestro continente. Dicha herramienta debe ser confiable, realizable por todo el equipo de salud, y aplicable en las primeras 48 horas siguientes al ingreso. A su vez, tal herramienta debe poderse utilizar en todos los pacientes, ser de rápido completamiento, simple de realizar, de bajo costo, y con buenas sensibilidad y especificidad diagnósticas. La aplicación de la misma debe de ser en base a técnicas no invasivas, debe de incluir la historia clínica nutricional del niño junto con las medidas antropométricas, de forma de poderlas trasladar rápidamente a las gráficas OMS (2005) para una correcta valoración nutricional, valoración nutricional que debe hacerse tanto mediante las curvas de percentiles (el método más usado en América Latina) como por el puntaje Z (el método propuesto por la propia OMS).

La presencia de desnutrición en los pacientes hospitalizados se correlaciona con una mala evolución clínica, un tiempo prolongado de hospitalización, una mayor morbimortalidad, y costos superiores de la salud pública. Adicionalmente, la desnutrición en las edades pediátricas tiene consecuencias negativas sobre el crecimiento y desarrollo global.

La prematuridad merece una mención especial. En los pretérminos menores de 32 semanas y en los menores de 1000 gramos de peso al nacer se debe instalar una nutrición temprana, y en lo posible, iniciarla dentro de las primeras 24 horas de vida, después de que el paciente se encuentra estable desde el punto de vista ventilatorio y hemodinámico. Si estos presupuestos se aseguran, el recién nacido podrá continuar con la nutrición que le permita un crecimiento y

---

<sup>1</sup> Médico. Especialista en Pediatría.

desarrollo posnatal similar al que se esperaría si su vida intrauterina hubiese continuado de forma ininterrumpida.

La nutrición en los primeros 1000 días de la vida humana es la clave esencial para mantener un correcto crecimiento y desarrollo.<sup>4</sup> Estos primeros 1000 días se deben dividir, a su vez, en 2 etapas que son fundamentales. La primera etapa comprende los primeros 270 días, que recorren desde la concepción hasta el nacimiento; mientras que la segunda etapa corresponde a los 2 primeros años de vida (730 días). Durante este período se forman la mayoría de los órganos de la economía, el potencial intelectual de cada niño, y los hábitos alimenticios perdurables. Una adecuada nutrición en estas etapas de la vida es entonces un buen indicador de salud para el resto de la vida.

Los primeros 1000 días es el periodo de mayor crecimiento de la vida. El peso al nacer se triplica al año, y la talla aumenta en un 50%. Se triplica el tamaño del cerebro, y existe, además, una mayor madurez del sistema inmune. Para que esto se produzca, es fundamental una adecuada nutrición durante el embarazo y la primera infancia. Los daños producidos en esta etapa tendrán consecuencias irreversibles en un individuo en desarrollo.

La leche materna sigue siendo el alimento ideal. La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses es recomendada por las diferentes organizaciones globales como la OMS, la Academia Norteamericana de Pediatría (AAP de las siglas en inglés), y la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas (ESPGHN). Tras la introducción de la alimentación complementaria, la lactancia materna debe de continuar durante los primeros 2 años de vida.

En los últimos años ha cobrado mucha importancia el mantenimiento de una adecuada nutrición en estas etapas de la vida, ya que los efectos que tiene el excesivo aumento ponderal (debido a la deposición desproporcionada del tejido adiposo en este período) es un factor determinante de la obesidad en el adulto. Los ingresos elevados de energía y proteínas durante el periodo de la lactancia están asociados con el exceso de peso y la obesidad.

La obesidad infantil (OI) es uno de los problemas de salud pública más graves del presente siglo XXI. El aumento de la prevalencia de la OI a nivel mundial es alarmante. En estos últimos años el fenómeno no solo afecta a los países desarrollados, sino también a aquellos en vías de desarrollo. Los niños obesos (o con sobrepeso) tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidad de desarrollar tempranamente enfermedades no transmisibles como la Diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Se ha de recalcar que estas enfermedades son prevenibles cuando se realiza una buena nutrición desde la infancia.

De cara a la enfermedad y la hospitalización, todo paciente ingresado deberá contar con un plan de nutrición adecuado a su evaluación nutricional y a la enfermedad que motiva su ingreso; y debe de ser instaurado lo más precozmente posible. Si el paciente presenta una internación prolongada, la evaluación nutricional se hará en forma seriada, y la terapia nutricional se adecuará según la evolución clínico-quirúrgica.

Siempre que no existan contraindicaciones para ello, es mandatorio mantener la vía oral, y utilizar el tubo digestivo como la vía preferencial de ingreso de los nutrientes de la forma más fisiológica posible. En aquellas circunstancias en que no se puede llegar a satisfacer todos los requerimientos nutricionales requeridos por vía oral y/o cuando la misma no se pueda utilizar, se planteará la terapia nutricional por vía enteral de forma complementaria o sustitutiva. En este punto, se debe dejar dicho que la nutrición parenteral se usará como complemento de la enteral cuando no sea posible obtener por esta vía el aporte energético necesario y adecuado. La nutrición parenteral total o exclusiva solo tendrá indicación cuando no se pueda utilizar el tracto gastrointestinal.

## CONCLUSIONES

Los niños y los adolescentes son particularmente vulnerables a la desnutrición debido a que se encuentran inmersos en un proceso indetenible de crecimiento, desarrollo y maduración. Cualquier noxa nutricional que actúe en ellos afectará profundamente tal proceso, con lo que se colocará en desventaja frente a sus pares para enfrentar los retos intelectuales y conductuales de la vida adulta ulterior. La desnutrición instalada en las edades infanto-juveniles también afectará la capacidad del niño/adolescente de responder efectivamente a los distintos estresores existentes dentro de su entorno. Corresponde entonces a los equipos básicos de trabajo la identificación temprana, la intervención oportuna, y la prevención en última instancia de la desnutrición como factor de riesgo de aparición de nuevas comorbilidades. También le corresponde a los equipos de trabajo el tratamiento y prevención del exceso de peso y la obesidad como factores de riesgo de la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles como la Diabetes mellitus y la hipertensión arterial, y que pueden afectar sobremanera el capital intelectual y productivo de las sociedades y países de nuestra región.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno Villares JM. Malnutrición en el niño ingresado en un hospital. Resultados de una encuesta nacional. *Anales Pediatría* 2017;86:270-6.
2. Maciques Rodríguez R, Alfonso Novo LR, Jiménez García R, Senra Reyes LM, Rodríguez Hernández E, Cordero Herrera M; *et al.* Frecuencia de desnutrición pediátrica en hospitales de Cuba. *Acta Pediatr Esp* 2014;72:e384-e388. Disponible en: <https://medes.com/publication/95227>. Fecha de última visita: 8 de Agosto del 2018.
3. García de Lorenzo A, Álvarez J, Calvo MV, de Ulíbarri JI, del Río J, Galbán C; *et al.* Conclusiones del II Foro de Debate SENPE sobre desnutrición hospitalaria. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2005;20:82-7.
4. Berman Parks I, Ortiz Ramírez OE, Pineda Bahena LG, Richeimer Wohlmuth R. Los primeros mil días de vida. *Anales Médicos [México]* 2016;61:313-8.
5. Koletzko B, Poindexter B, Uauy R. Nutritional care of preterm infants: scientific basis and practical guidelines. Karger Med Sci Publishers. New York: 2014. Disponible en: <https://www.karger.com/Book/Pdf/261508>. Fecha de última visita: 8 de Agosto del 2018.
6. Sociedad Argentina de Pediatría. Comité nacional de Nutrición. Obesidad: Guías para su abordaje clínico. *Arch Argentina Pediatr* 2016;114:180-1.
7. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Pediatric Obesity. *Pediatric Nutrition Handbook*. 7th Edition. Chapter 34. Washington: 2013.