

Desnutrició, malnutrició, o totes dues coses, en la infància

Susana E. Redecillas

Unitat de Gastroenterologia, Hepatologia, Suport Nutricional i Transplantament Hepàtic; Servei de Pediatria. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Els darrers mesos, coincidint amb l'informe del Síndic de Greuges que alertava d'una prevalença elevada de malnutrició a Catalunya¹, s'ha obert un debat en relació amb la malnutrició en la infància, sovint utilitzant els termes *malnutrició* i *desnutrició* com a sinònims. El debat ens porta a reflexionar sobre diversos aspectes de la malnutrició en l'edat pediàtrica que no tenim del tot solucionats: la definició, les causes, l'avaluació, el registre i la codificació, i, per tant, la prevalença real.

En l'infant, l'estat nutricional està estretament relacionat amb la salut, un bon estat nutricional permet a l'infant expressar el seu potencial de creixement i desenvolupament. La desnutrició en pediatria es pot definir com un desequilibri entre els requeriments i les aportacions de nutrients, que resulta en un dèficit d'energia, proteïnes i micro-nutrients que afecta de manera negativa el creixement i el desenvolupament de l'infant. El terme *malnutrició*, però, engloba tant el desequilibri per defecte o per excés (obesitat)². Amb tot, a la pràctica, en la majoria de casos fem servir de manera indistinta tots dos termes per referir-nos a la situació de manca en els requeriments de nutrients.

En el nostre medi, l'origen de la desnutrició és generalment secundari al curs de malalties agudes o cròniques, a diferència d'altres països en vies de desenvolupament on la causa és la manca d'aliments. El desenvolupament d'una malaltia pot anar acompanyat d'una disminució de la gana, canvis metabòlics que comporten una pèrdua de massa grassa i muscular, i en ocasions, una malabsorció de nutrients³. Tot i això, actualment som conscients que cada cop més, a les nostres consultes, detectem dèficits aïllats de determinats nutrients, de vegades a causa de la ingesta insuficient de les racions recomanades per grups d'aliments⁴⁻⁶ (per exemple, ferropènies per poca ingesta de càrnics), així com també observem que la qualitat de les dietes dels infants que atenem sovint no és òptima, ja que tot i que la majoria de vegades compleixen els requeriments energètics i proteics, no segueixen les recomanacions d'una dieta equilibrada, necessària per prevenir l'obesitat o determinats factors implicats en el risc cardiovascular⁶. Així, encara que no constatem una malnutrició en el sentit calòric proteic, si que veiem infants que reben una alimentació inadequada.

L'infant, per les seves característiques especials (creixement, maduració d'òrgans i sistemes, i dependència familiar), és especialment vulnerable a la privació nutricional i, per tant, la detecció d'aquest problema i la instauració d'un suport nutricional precoç són fonamentals.

Detectar la desnutrició de manera precoç sovint no és senzill, ja que no hi ha un indicador biològic o un marcador bioquímic que per si sol serveixi per calibrar l'estat nutricional de l'infant. La valoració nutricional de l'infant s'ha de basar en la història clínica (anamnesi i exploració física), l'antropometria i les exploracions complementàries. En l'anamnesi és important recollir l'existència de malalties agudes o cròniques i fer una enquesta nutricional (recordatori retrospectiu de 24 h, prospectiu de 3 dies, qüestionari de freqüències, etc.). La història clínica s'ha de completar amb l'exploració física, en què és important parlar atenció a la presència de signes de carència.

L'antropometria és una eina clau en la valoració de l'estat nutricional de l'infant. En situacions de desnutrició aguda, el primer que queda afectat és el pes, i si la situació es cronifica, també s'afecta la velocitat de creixement; aquestes repercussions són més importants en els períodes de creixement ràpid (lactància i pubertat). Les mesures antropomètriques bàsiques són el pes, la talla, el perímetre cranial (fins als 3 anys), el perímetre braquial i els plecs cutanis (tricipital i subescapular). És fonamental fer una interpretació dinàmica de les mesures antropomètriques, és a dir, considerar-ne l'evolució en el temps més que els valors puntuals aïllats, així com comparar-les amb el valors de referència de la població, ja sigui amb percentils o puntuacions Z. A partir d'aquestes mesures antropomètriques bàsiques s'obtiniran els índexs nutricionals que permetran categoritzar l'estat de nutrició. Els més utilitzats són la relació pes/talla, els índex de Waterlow (percentatge de pes estàndard i percentatge de talla per l'edat) i el índex de massa corporal (IMC).

La valoració nutricional es pot completar amb diversos exàmens complementaris: analítiques (determinació de vitamines, metabolisme del ferro, etc.), anàlisi de composició corporal (bioimpedància, DEXA, -absorciometria de raigs X de doble energia-), etc.⁷

També en l'àmbit hospitalari, com que les malalties agudes greus i els processos crònics condicionen un important deteriorament de l'estat nutricional amb un risc més alt de complicacions (infeccions, retard en la cicatrització, etc.), els darrers anys s'han desenvolupat diferents eines de cribatge de risc de desnutrició que valoren factors com el grau d'estrès segons la patologia, la ingesta, el dolor, etc., amb la intenció de detectar i tractar de manera precoç la desnutrició, per evitar-ne totes les complicacions⁸⁻⁹.

En realitat, amb totes aquestes eines o amb una part, d'una manera o una altra, els professionals de l'àmbit de la pediatria som capaços de detectar quan un infant està en situació de desnutrició. El que és difícil és que tots ho fem d'una manera uniforme i, per tant, categoritzem la desnutrició de la mateixa forma. Fins i tot quan ho fem utilitzant simplement paràmetres antropomètrics, podem fer servir diferents índexs i diferents valors de referència (corbes de creixement), i això ens porta a una manca d'uniformitat que complica que es diagnostiqui, es categoritzi i, finalment, es codifiqui correctament la desnutrició en relació a la Classificació Internacional de Malalties (CIM). El resultat de tot això és que és difícil tenir dades exactes de la prevalença de desnutrició al nostre medi.

És important treballar per aconseguir una definició millor de *desnutrició* que tingui en compte els factors següents:

- Identificació dels infants en risc de desnutrició.
- Desenvolupament d'eines uniformes per al diagnòstic.
- Desenvolupament de criteris d'intervenció.
- Comparació de la prevalença de desnutrició entre diferents centres i països.
- Evidència de l'impacte de la desnutrició i el seu tractament.

Com a conclusions, cal dir que, com a pediatres, el nostre deure és detectar l'infant amb desnutrició o amb risc de patir-ne, per poder tractar aquesta situació d'una manera precoç, si és per una causa econòmica o social, participant en les intervencions dirigides a aquest problema¹⁰, o bé si la desnutrició és secundària al curs d'una malaltia, utilitzant les eines que permeten un suport nutricional especialitzat¹¹.

Bibliografia

1. Síndic de Greuges de Catalunya. Informe sobre la malnutrició infantil a Catalunya. 2003. Disponible a la xarxa (data de consulta: 17-10-2013): <http://www.sindic.cat/site/unitFiles/3506/Informe%20malnutricio%20infantil%20catala.pdf>
2. Mehta N, Mehta M, Corkins M, Lyman B, Malone A, Goday P, Carney L, et al; American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN). Board of Directors. Defining pediatric malnutrition: A paradigm shift toward etiology-related definitions. *J Parenter Enteral Nutr* 2013; 37: 460-481.
3. Moreno JM, Oliveros L, Pedrón C. Desnutrición hospitalaria en niños. *Acta Pediatr Esp* 2005; 63: 63-69.
4. FAO/WHO/UNU Expert Consultation: Human energy requirements. Rome: World Health Organization, 2004.
5. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board: Dietary Reference Intakes: Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein and Aminoacids. Washington, National Academies Press, 2002/2005.
6. Agencia Española de Seguridad alimentaria y Nutrición. Disponible a la xarxa (data de consulta: 17-10-2013): <http://www.aesan.msc.es>
7. Martínez C, Pedrón C. Valoración del estado nutricional. A: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría, ed. Gastroenterología, Hepatología y Nutrición (vol. 5). Madrid: AEP, 2002; 375-382.
8. Joosten KF, Hulst JM. Prevalence of malnutrition in pediatric hospital patients. *Curr Opin Pediatr* 2008; 20: 590-596.
9. Pawellek I, Dokoupil K, Koletzko B. Prevalence of malnutrition in paediatric hospital patients. *Clin Nutr* 2008; 27: 72-76.
10. Rajmil L. El codi postal és més important que el codi genètic per a la salut infantil. *Pediatr Catalana* 2013; 73: 49-50.
11. Martínez Costa C, Sierra C, Pedrón Giner C, Moreno Villares JM, Lama R, Codoceo R. Nutrición enteral y parenteral en pediatría. *An Esp Pediatr* 2000; 52 (supl 3): 1-33.