

Seguimiento en atención primaria

Grupo de trabajo sobre PEG de la SEEP*

El pediatra de atención primaria tiene una función fundamental en el seguimiento de los PEG¹. En capítulos anteriores se han expuesto los principales problemas de este grupo de pacientes. El pediatra debe conocer muy bien estos problemas y sus signos de alarma, realizar una detección precoz y poner las medidas necesarias para su prevención y/o corrección. Estas incluyen desde la educación sanitaria hasta la derivación a las consultas de subespecialidades pediátricas. Es muy importante que exista una comunicación adecuada entre atención primaria y hospitalaria para optimizar las intervenciones sobre estos niños, máxime cuando se sabe que frecuentemente son aquellos con peor evolución los que más abandonan los programas de seguimiento^{2,3}.

Crecimiento-Nutrición

Se debe controlar el peso, longitud/talla, IMC, perímetro craneal y velocidad de crecimiento, comparando dichos valores con las tablas de referencia. La recuperación ponderoestatural debe ser lenta y progresiva, ya que incrementos rápidos en el peso y la talla en los primeros 3-4 años de vida pueden favorecer la aparición de acumulo de grasa visceral, resistencia a la insulina, DM2 y sus consecuencias cardiovasculares y metabólicas en la edad adulta^{4,5}. También se asocia a la aparición precoz de caracteres sexuales secundarios⁶. Por otro lado, la ganancia de peso insuficiente en este rango de edad, se puede asociar a un peor desarrollo cognitivo⁷. Se debe favorecer en la medida de lo posible, la lactancia materna al menos durante los 6 primeros meses⁸. En caso de utilización de fórmulas artificiales individua-

lizar la fórmula a utilizar según la curva de ganancia ponderal. Se recomienda introducir la alimentación complementaria siguiendo el patrón de los niños nacidos con peso adecuado para la edad gestacional¹. Pasados los 2 primeros años de vida, la dieta debe ser lo más equilibrada y saludable posible.

Se debe monitorizar el crecimiento, pues un 10% de los niños PEG no alcanzarán el crecimiento recuperador a los 2 años, estando indicado en algunos de ellos el tratamiento con rh-GH. Por esto, se deben remitir a los servicios de endocrinología pediátrica todos los niños PEG que a los 4 años tengan una talla por debajo de -2 DE^{1,9}, o antes si el crecimiento no es favorable.

Puntos clave

- El pediatra debe conocer las patologías asociadas a los niños PEG.
- Ajustar el aporte calórico para evitar tanto la ganancia insuficiente como excesiva de peso.
- Vigilar el crecimiento armónico de peso y talla. Favorecer una recuperación ponderoestatural lenta y progresiva.
- Favorecer la lactancia materna y la dieta saludable.
- Se debe derivar a los servicios de endocrinología pediátrica a todos los niños PEG que a los 4 años tengan una talla por debajo de -2 DE (percentil 3).

Pubertad

Las niñas PEG que realizan un "catch-up" posnatal rápido y exagerado presentan con mayor frecuen-

Correspondencia:

Grupo de Trabajo sobre PEG de la SEEP
seep@seep.es

* Antonio de Arriba Muñoz, Jordi Bosch Muñoz, Paloma Cabanas Rodríguez, Ramón Cañete Estrada, Ignacio Díez López, Elena Gallego Gómez, Lourdes Ibáñez Toda, María José Martínez-Aedo Ollero, José Manuel Rial Rodríguez, Ana Cristina Rodríguez-Dehli

cia pubarquia precoz. La pubertad suele iniciarse entre los 8 y los 9 años y es seguida de una menarquía adelantada, lo que puede condicionar una talla final inferior a la talla diana ¹⁰. Asimismo, los niños pueden presentar un brote de crecimiento puberal menor. Se debe vigilar la aparición de signos puberales tempranos, y remitir a los servicios de endocrinología pediátrica a los niños menores de 10 años en los que aumente el volumen testicular por encima de 4 mL, y a las niñas menores de 9 años con inicio de telarquía, así como también deben ser evaluados los niños menores de 9 años o niñas menores de 8 años en caso de aparición de vello púbico.

Puntos clave

- Derivar a servicios de endocrinología pediátrica a los niños menores de 10 años y a las niñas menores de 9 años que presenten signos puberales.
- El brote puberal en los niños PEG puede ser menor, condicionando la talla final.

Desarrollo Psicomotor

Los niños PEG tienen más riesgo de presentar problemas en el desarrollo neurocognitivo y trastornos de déficit de atención e hiperactividad. Está descrito que el tratamiento con rh-GH puede mejorar estos problemas en el grupo de no recuperadores. Se debe hacer, por tanto una vigilancia del desarrollo psicomotor de los niños PEG, prestando especial atención a la función motriz gruesa y fina en los primeros 3 años de vida y al cociente intelectual en los mayores de 3 años. Hay que insistir en la estimulación precoz tanto en la familia, como en centros de atención temprana.

Puntos clave

- Vigilar el desarrollo psicomotor.
- Fomentar la estimulación precoz en los casos necesarios.

Información a los Padres

Su hijo ha nacido pequeño para su edad gestacional. Este hecho puede conllevar la aparición de una serie de trastornos, que es necesario vigilar a lo largo de su vida, para poder instaurar en caso necesario, las medidas oportunas de prevención o tratamiento.

Por este motivo es necesario controlar:

Nutrición: no es recomendable que su hijo recupere peso rápidamente, ya que el exceso calórico

no mejora el pronóstico de talla, pero sí favorece el acumulo de grasa y sus consecuencias metabólicas.

Crecimiento: su pediatra debe controlar la curva de talla, y si observa que su hijo no hace una recuperación adecuada, derivarle a una unidad especializada de endocrinología pediátrica.

Pubertad: la edad de aparición de signos puberales debe ser vigilada por su pediatra ya que en algunos casos puede adelantarse.

Desarrollo psicomotor: los niños pequeños para la edad gestacional, pueden presentar algún problema en el desarrollo psicomotor (trastornos motores, dificultades de aprendizaje, hiperactividad), siendo importante su detección y si fuera necesario iniciar la estimulación precoz lo antes posible.

Para ayudar a la detección precoz de estos trastornos, es importante que su hijo acuda con regularidad tanto a su pediatra como a las consultas de seguimiento de las unidades neonatales si así se lo indicaran.

Bibliografía

1. Pallas Alonso CR. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud para Niños PREMATUROS con una edad gestacional menor de 32 semanas o un peso inferior a 1.500 gramos. Del alta hospitalaria a los 7 años. http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_menor32-1500.pdf (March 2010).
2. López Maestro M, Pallas Alonso CR, de la Cruz J, Pérez I, Gómez E, de Alba C. Abandonos en el seguimiento de recién nacidos de muy bajo peso y frecuencia de parálisis cerebral. *An Esp Pediatr* 2002;57:354-60.
3. Tin W, Fritz S, Wariyar UK, Hey E. Outcome of very preterm birth: Children reviewed with ease at two years differ from those followed up with difficulty. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1998;79:F83-7.
4. Ong KK. Size at Birth, Postnatal Growth and Risk of Obesity. *Horm Res* 2006;65:65.
5. Claris O, Beltrand J, Levy-Marchal C. Consequences of Intrauterine Growth and Early Neonatal Catch-Up Growth. *Semin Perinatol* 2010;34:207-1.
6. Hernandez MI, Mericq V. Impact of being born small for gestational age on onset and progression of puberty. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2008;22:463-76.
7. Cooke RWI, Foulder-Hughes L. Growth impairment in the very low preterm and cognitive and motor performance at 7 years. *Arch Dis Child* 2003;88:482-7.
8. Vohr BR, Poindexter BB, Dusick AM, McKinley LT, Higgins RD, Langer JC, et al. Persistent

beneficial effects of breast milk ingested in the neonatal intensive care unit on outcomes of extremely low birth weight infants at 30 months of age. *Pediatrics* 2007;120:953-9.

9. Clayton PE, Cianfarani S, Czernichow P, Johannsson G, Rapaport R, Rogol A. Management of the child born small for gestational age through to adulthood: a consensus statement of the International Societies of Pediatric Endocri-

nology and the Growth Hormone Research Society. *J Clin Endocrinol Metab* 2007;92:804-10.

10. Ibañez L, de Zegher F. Puberty after Prenatal Growth Restraint. *Horm Res* 2006;65:112-5.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen Conflictos de Interés Potenciales