

Coordinación:

Dra. María José Galiano Segovia

Pediatra. Centro de Salud María Montessori. Leganés (Madrid)

A practical approach to classifying and managing feeding difficulties

Kerzner B, Milano K, MacLean WC, Berall G, Stuart S, Chatoor I.
Pediatrics. 2015; 135(2): 344-353.

Epub 2015 Jan 5.



Éste es un artículo que todo pediatra debería leer, pues hasta una cuarta parte de los niños, a lo largo de su infancia, presenta algún problema con la comida. En la mayoría de ocasiones los problemas son leves, aunque un pequeño porcentaje de niños puede tener problemas más graves. El artículo está escrito por algunos de los profesionales que más han hecho por aclarar la clasificación y el manejo terapéutico de las dificultades para comer en la edad pediátrica. «Si una madre dice que hay un problema, hay un problema», afirman los autores en uno de los apartados, y realmente sitúan el problema en su justa medida: a veces el problema está en los niños, pero otras veces está en la percepción de los padres. Los pediatras debemos tomarnos en serio esas preocupaciones y orientarlas de la forma más adecuada. Y el primer paso es intentar clasificar —y denominar— de forma correcta el problema. La mayor objeción que podría ponerse a muchas de las clasificaciones es que, si proceden del mundo pediátrico, están enfocadas sobre todo a los problemas orgánicos y, si proceden de la psiquiatría, a los problemas de conducta. En el modelo que propone el grupo de Chatoor los niños se clasifican en tres categorías: los que tienen un escaso apetito, los que comen de forma selectiva y los que tienen miedo a comer. En cada una de estas categorías hay varios grados de intensidad, que van desde normal (percepción errónea) hasta grave (de causa orgánica o conductual). También se tiene en cuenta la forma en que los padres dan de comer a sus hijos (padres atentos, controladores, indulgentes o negligentes). A partir de estos dos aspectos (el de los niños y el de los padres), el pediatra podría clasificar y orientar el problema, incluyendo la necesidad de realizar pruebas complementarias o derivar a otras instancias si existieran datos de alarma (*red flags*).

Con los criterios mencionados podemos estimar que, del 25% de niños que ha experimentado problemas con la comida,

sólo el 1-5% tiene un verdadero trastorno de la conducta alimentaria (*feeding disorder*). Además de analizar cada uno de los grupos y subgrupos, los autores proporcionan algunos consejos válidos para todas las situaciones: evitar las distracciones, actitud agradable durante las comidas, acotar la duración de cada comida, favorecer que el niño coma solo y tolerar cierto grado de «lío» a la hora de comer. Estos consejos no tienen desperdicio, y valen tanto para los padres como para los niños.

El párrafo final del artículo debería enmarcarse y ponerse en la pared de cada consulta: «Los padres cuando salen de la consulta del pediatra deberían tener claro cuál es el problema de su hijo o hija y llevarse una pautas de conducta claras para las comidas. Los padres deben irse con la confianza en su capacidad para resolver el problema, entendiendo los riesgos de obligar a comer y con esperanzas razonadas sobre objetivos y resultados».

Lo que aporta este trabajo:

Muchos padres tienen problemas a la hora de las comidas con sus hijos, especialmente en las edades más tempranas, lo que es un motivo frecuente de consulta al pediatra. En este artículo se presenta una clasificación sencilla de los diferentes tipos de problemas y cómo abordarlos, al tiempo que se incluyen entre ellos las percepciones de los padres. Además, proporciona consejos prácticos tanto para la prevención de los problemas como para solucionarlos.

J.M. Moreno-Villares

Servicio de Pediatría. Hospital «12 de Octubre»

Lacerations and embedded needles caused by epinephrine autoinjector use in children

Brown JC, Tuuri RE, Akhter S, Guerra LD, Goodman IS, Myers SR, et al.
Ann Emerg Med. 2016;67(3): 307-315.
Epub 2015 Oct. 9.



La prevalencia de reacciones anafilácticas va en aumento. La epinefrina autoinyectable es el tratamiento de elección y debe prescribirse a los niños de riesgo para tratar los síntomas y prevenir defunciones. Los autores del artículo describen 22 casos de complicaciones locales derivadas del uso de este tratamiento en niños, y analizan las características de los tres dispositivos comercializados en Estados Unidos, sus instrucciones de uso y cómo éstos pueden contribuir en la producción de las lesiones. Para la obtención de los casos realizaron una consulta por correo electrónico en listas de distribución de médicos de urgencias y en redes sociales de grupos relacionados con la alergia alimentaria. Incluyeron los casos en los que se habían producido laceraciones y aquellos en los que la aguja había quedado incrustada en el muslo del paciente y se había requerido atención médica para su extracción, y que hubieran ocurrido en Estados Unidos.

Resultados

Se recogieron 22 casos que cumplían los criterios descritos; 17 de ellos eran laceraciones y 5 problemas relacionados con la aguja: en 4 la aguja quedó atascada en el muslo y en otro caso lesiones en el dedo de la enfermera. El dispositivo había sido utilizado por profesionales sanitarios en 6 de los casos y por padres o cuidadores en el resto. Los autores hacen una descripción detallada con imágenes de la mayoría de los casos. En todos ellos las lesiones se produjeron por movimientos bruscos del niño durante la inyección. En el análisis de los tres dispositivos comercializados los autores constataron que ninguno de ellos recoge en las instrucciones la recomendación de inmovilizar la pierna del niño. En sólo uno de ellos la aguja queda oculta tras la administración. La recomendación de mantener el dispositivo durante 10 segundos en contacto con el muslo se relaciona con algunos de los eventos. Ninguno de ellos advierte sobre la prohibición de reinyectar el mismo dispositivo si se extrae antes del tiempo recomendado.

Conclusiones

La epinefrina autoinyectable es un tratamiento que puede salvar vidas. Las lesiones descritas son infrecuentes y no deberían disuadir de su uso. El análisis de estos casos permite implementar mejoras en el diseño de los dispositivos y en las instrucciones de uso para los pacientes. En cuanto a las primeras, los autores proponen que los dispositivos contengan agujas de material suficientemente fuerte para que no se doblen y que permanezcan insertadas en el muslo el menor tiempo posible. Asimismo, proponen revisar la recomendación de mantener el dispositivo durante 10 segundos, puesto que hay evidencia de

que la dosis completa se vacía en menos de 3 segundos. Del mismo modo, plantean la revisión de la forma de administración. Actualmente se recomienda separar el dispositivo del muslo unos 10 cm y clavarlo enérgicamente en el muslo del paciente, lo cual podría aumentar la dificultad para quien lo administra e incrementar el dolor y la angustia en los niños, favoreciendo los movimientos bruscos. Se ha descrito como técnica alternativa sostener y comprimir el dispositivo, maniobra que los autores consideran más apropiada en los niños. En cuanto a la información facilitada a los pacientes, se propone incluir la recomendación de sujetar al niño e inmovilizar la pierna, y no reinsertar la aguja utilizada previamente aunque el tiempo de permanencia haya sido inferior a 10 segundos.

Comentario

La posibilidad de que se produzcan lesiones durante la administración de epinefrina es un hecho poco conocido por los profesionales sanitarios que participan en la prescripción y en el adiestramiento del niño y su familia en el uso de dispositivos autoinyectables. El presente artículo alerta sobre esta posibilidad y nos permite incorporar algunas recomendaciones, como la de inmovilizar al niño para evitar patadas y movimientos bruscos, causa principal de estos eventos adversos. El análisis de las características del dispositivo y su relación con el mecanismo de producción de dichas lesiones nos permitirá seleccionar el más adecuado para cada caso.

Actualmente en España están comercializados dos dispositivos: Altellus, de los laboratorios MEDA Pharma, y Jext, de los laboratorios Alk Abelló. Ambos contienen agujas que quedan ocultas en el dispositivo antes y después de la administración, lo que impide la reinsertación del dispositivo y los pinchazos accidentales. Altellus recomienda clavar enérgicamente y Jext presionar contra el muslo. En ambos casos se incluye la recomendación de mantener el dispositivo en contacto con el muslo durante 10 segundos. También los dos incluyen una ventana de inspección que cambia de color tras la administración, lo que permite al usuario tener garantías de la que técnica se ha realizado correctamente. Para ambos preparados existen vídeos demostrativos que se pueden recomendar a los padres:

- Administración de Altellus. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=1JndtEff-tw>
- Administración de Jext. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=MhFnwz3PEHo>

M.L. Peralta Ibáñez

Pediatra de Atención Primaria.
Centro de Salud Huerta de los Frailes. Leganés (Madrid)