

Coordinación:

Dra. María José Galiano Segovia

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

Vitamin D deficiency in Europe: pandemic?

Cashman KD, Dowling KG, Skrabakova Z, González-Gross M, Valtueña J, De Hens S, et al.
Am J Clin Nutr. 2016; 103: 1.033-1.044



Hay una gran dispersión en los datos sobre la prevalencia de deficiencia de vitamina D en la población europea de todas las edades. Una de las explicaciones de esa variación es el distinto método de medición empleado. Un amplio grupo de investigadores europeos han utilizado una metodología validada, financiada con fondos de la Unión Europea, a partir de la cromatografía líquida asociada a un tándem en masas para analizar los sueros de pacientes de 18 estudios europeos, nacionales o regionales. Para la consideración de deficiencia, los autores escogieron un punto de corte de 30 nmol/L, según el criterio del Instituto de Medicina norteamericano.

De los 18 estudios, sólo uno de ellos (el estudio HELENA) incluía sujetos españoles, y tres de los firmantes son investigadores de nuestro país.

Al reanalizar las muestras con esta metodología uniforme, las tasas de prevalencia variaron: en algún estudio hacia una mayor prevalencia y en otros en sentido contrario. En los resultados globales, de los 55.844 sujetos (jóvenes y adultos), un 13% presentaba cifras de 25-OH-vitamina D <30 nmol/L. En función de la época del año en que se realizara el estudio, los porcentajes variaban: el 17,7% en los realizados en invierno y el 8,2% en verano. No se encontraron diferencias en función del sexo. En cuanto a la edad, los adolescentes tenían un riesgo de deficiencia mayor que en las edades infantiles (el 12-40% en adolescentes, el 4-7% en niños de 1-6 años y el 1-8% en los de 7-14 años de edad). La prevalencia era muy variable según los países: mayor en los más meridionales (5-20%) que en los del sur de Europa (4,2-6,9%). También la raza (el color de

la piel) era determinante: el riesgo de padecer deficiencia era entre 3 y 71 veces superior en las poblaciones de piel oscura.

Cuando esas cifras de prevalencia se aplican a la población, el rango de sujetos con deficiencia de vitamina D es considerable, entre 5 y 10 millones de europeos, lo que lo sitúa en un nivel de pandemia y obliga a plantearse estrategias de prevención probablemente basadas en el enriquecimiento de determinados alimentos. ■

Lo que aporta este trabajo:

Cuando se determina el porcentaje de población europea con deficiencia de vitamina D con una metodología similar y estandarizada, se alcanzan tasas del 13%, aunque con grandes variaciones en función de la edad, la raza o el lugar donde se vive, así como la época del año en que se realizara el estudio. Sin duda, estas cifras suponen un problema de gran magnitud que obliga a las Administraciones a establecer estrategias de salud pública para corregirlo. Aunque hay pocos datos sobre lactantes y niños pequeños, es posible que se obtengan resultados similares, pese a las recomendaciones realizadas por las sociedades pediátricas acerca de la suplementación con vitamina D hasta, al menos, el año de edad.

J.M. Moreno-Villares

Unidad de Nutrición Clínica. Hospital Universitario
«12 de Octubre». Madrid

SIDS and other sleep-related infant deaths: updated 2016 recommendations for a safe infant sleep environment

Task Force on Sudden Infant Death Syndrome
Pediatrics. 2016; 138(5): e2016938.



Este artículo no tiene desperdicio. Es el resumen del trabajo de un Grupo de Trabajo de la Academia Americana de Pediatría que actualiza las recomendaciones sobre las prácticas de sueño seguro en lactantes, encaminadas a la prevención de la muerte súbita del lactante (SMSL). En este breve comentario sólo cabe la mención a cada una de las recomendaciones. Hay que recordar que mueren alrededor de 3.500 lactantes cada año en Estados Unidos por esta causa. No disponemos de datos sobre nuestro país.

Es cierto que la recomendación que pasó a generalizarse en los años noventa sobre la posición boca arriba durante el sueño supuso un antes y un después en la incidencia del SMSL; sin embargo, desde entonces las cifras al respecto se han estancado.

Los grados de recomendaciones están basados en estudios epidemiológicos que incluyen lactantes de hasta 1 año de edad, y van desde A (máxima fortaleza) a C (necesidad de más estudios):

1. *Back to sleep for every sleep*. Dormir boca arriba (A). Dormir de lado no es seguro ni recomendable. La posición supina no aumenta el riesgo de atragantamiento o aspiración en lactantes, aunque tengan reflujo. Se pueden poner en prono mientras estén vigilados y despiertos. La recomendación es también válida para los prematuros. Los lactantes deberían continuar durmiendo en posición supina hasta el año de edad o hasta que se den la vuelta solos. Entonces se les puede permitir dormir en la posición que ellos asuman (sobre un colchón firme y sin ropa de cama holgada).
2. Uso de una superficie firme para dormir (A), ajustada a los bordes de la cuna, cubierta por una sábana también ajustada, sin más ropa de cama u objetos blandos. Las cunas tienen que cumplir unos estándares de seguridad, así como las camas de lactantes pegadas a la de los padres, pero no hay estándares de seguridad para el colecho.
3. Se recomienda la lactancia materna (A), pues se asocia a un menor riesgo de SMSL, sobre todo si es exclusiva.
4. Es recomendable que los lactantes duerman en la habitación de los padres, cerca de su cama, pero en superficies separadas; idealmente durante el primer año de vida, pero por lo menos los 6 primeros meses (A). Hay circunstancias específicas que se asocian a un mayor riesgo de SMSL en colecho: en niños a término menores de 4 meses; en niños pretérmino y/o de bajo peso; cuando alguno de los padres fume; si la capacidad de despertar de los padres está alterada; si el colecho se realiza en superficie blanda, o con accesorios blandos.

5. Mantener alejados del área de dormir del lactante los objetos blandos y la ropa de cama holgada (A).
6. Considerar ofrecer al lactante el chupete en el tiempo de siesta y de dormir (A). Aunque el mecanismo todavía no está claro, se han publicado estudios sobre el efecto protector del chupete respecto a la incidencia de SMSL. El chupete debería usarse cuando se pone a dormir al lactante.
7. Evitar la exposición al tabaco durante el embarazo y después del nacimiento (A).
8. Evitar el uso de alcohol y drogas ilícitas durante el embarazo y después del nacimiento (A).
9. Evitar el calor excesivo en la habitación y cubrir la cabeza de los lactantes (A).
10. Efectuar controles regulares de la madre durante el embarazo (A).
11. Los lactantes deberían vacunarse según las recomendaciones actuales (A).
12. Las empresas y los medios de comunicación deberían guiarse por los estándares de dormir seguro en sus mensajes y anuncios (A).
13. No usar monitores cardiorrespiratorios en casa como estrategia para disminuir el SMSL (A).
14. Se recomienda poner al lactante en posición prono a ratos, mientras esté despierto, para facilitar el desarrollo y prevenir la plagiocefalia posicional (B).
15. Envolver al lactante con una manta fina para mantener la posición en supino (C).
16. Todos los médicos, enfermeras y otros profesionales de salud deberían recibir información sobre el sueño seguro del lactante, e implementar todas las recomendaciones para disminuir el riesgo de SMSL (A).
17. Continuar con la campaña de dormir seguro, enfocada a reducir todas las causas de mortalidad de los lactantes relacionadas con el sueño, incluido el SMSL, la sofocación y otras no intencionadas. ■■■

Lo que aporta este trabajo:

La muerte súbita del lactante es prevenible en gran medida, y muchos casos están relacionados con el sueño en los primeros meses de vida. La Academia Americana de Pediatría, a la luz de los datos de los estudios científicos, ha actualizado las guías para garantizar un sueño seguro en el lactante. Todo pediatra o profesional de la salud que atienda a niños debería tenerlas en consideración.

M.J. Galiano Segovia