

## Se actualiza la guía de práctica clínica para el manejo de niños nacidos pequeños para la edad gestacional

- Aproximadamente 5 de cada 100 niños nacen pequeños para la edad gestacional
- Casi el 90% de los recién nacidos PEG recupera su talla y peso durante los primeros años después del nacimiento, pero no ocurre así en un 10% de los casos
- El seguimiento, y un tratamiento óptimo, pueden mitigar las consecuencias de los nacidos PEG en la edad adulta

Madrid, 14 de marzo de 2017.- El Grupo de Trabajo del Niño Pequeño para la Edad Gestacional (PEG) de la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP), con la colaboración de la compañía biomédica Pfizer, ha actualizado la Guía de Práctica Clínica para el seguimiento de los niños Pequeños para la Edad Gestacional (PEG). Esta guía aborda los posibles retrasos en el crecimiento y la morbilidad específica de estos niños PEG, tanto en el periodo perinatal como durante la infancia y adolescencia, así como las consecuencias en la edad adulta.

La guía está disponible en la plataforma para profesionales Pfizer Pro, en este [enlace](#).

La importancia de un óptimo abordaje de la patología PEG radica en que durante la infancia pueden modificarse algunos de los factores que condicionan y/o son consecuencia de esta patología. En los primeros años es posible mejorar el crecimiento y la composición corporal, implantar estilos de vida saludables y corregir los defectos de aprendizaje y adaptación social.

La actualización de la nueva guía recoge los elementos esenciales para el seguimiento de estos niños que ya estaban contemplados en la versión anterior de hace cinco años, e incorpora una serie de temas novedosos que han surgido en este tiempo, como los avances en la proteómica, en el conocimiento cromosómico y los nuevos medicamentos. Este documento explica la propia definición y los criterios auxológicos de los niños PEG según los actuales consensos internacionales, y pretende ser un documento de cabecera y de referencia para los especialistas implicados en el manejo de estos niños: pediatras de Atención Primaria y Especializada, Endocrinología Pediátrica, Neuropediatría, Gastroenterología y Nutrición infantil.

### Características de un niño PEG

Los niños PEG tienen una talla y/o peso inferiores a lo que cabría esperar para la duración del embarazo. Aproximadamente 5 de cada 100 niños son PEG al nacer<sup>1,2</sup> y no siempre se conoce la causa.<sup>3</sup> El crecimiento fetal normal es el resultado del potencial de crecimiento predeterminado genéticamente y de su modulación por factores maternos, fetales, placentarios, y ambientales. Sin embargo, las causas del retraso en el crecimiento intrauterino que pueden llevar a que un recién nacido sea PEG son multifactoriales y complejas, pudiendo ser de origen placentario (las más frecuentes), maternal o fetal.

Los factores genéticos pueden explicar hasta el 38% de las variaciones observadas en el peso al nacer. El peso al nacimiento presenta variaciones étnicas y raciales y también varía en función del

género. La altura de los padres influye, pero también anomalías genéticas como cromosomopatías (trisomías 15, 18, 21 y síndrome de Turner).

### Impacto de la condición PEG en la edad adulta

Casi el 90% de los recién nacidos PEG gana rápidamente talla y peso después del nacimiento y a los 4 años ya ha alcanzado valores dentro de los rangos normales.<sup>3</sup> Sin embargo, el 10% de estos niños continúa con una velocidad de crecimiento igual o menor por lo que se mantiene la diferencia entre su talla y la de los demás niños<sup>4,5</sup>. A partir de los 4 años, no es de esperar que se produzca un aumento de peso y altura rápido. En estos casos se deriva al niño a un endocrinólogo infantil para determinar un diagnóstico preciso, realizar un seguimiento médico periódico e iniciar un tratamiento específico, si fuera necesario<sup>3,6</sup>.

Las consecuencias de la condición de PEG, si no se aborda adecuadamente, se asocian a mayor morbilidad en la edad adulta aunque los mecanismos fisiopatológicos condicionantes de esta evolución no se conocen con exactitud.

Al respecto, el **doctor Ignacio Díez López**, del Grupo de Trabajo del Niño PEG de la SEEP (siglas de?) y responsable de la Unidad de Endocrinología infantil OSI Araba? señala *“en el niño PEG existe una programación fetal que facilita que aparezcan comorbilidades cardiovasculares y metabólicas, especialmente en aquellos niños que presentan una rápida recuperación del peso y en los que no siguen unos hábitos de vida saludable. Los niños de bajo peso al nacer tienen una incidencia seis veces mayor de síndrome metabólico, hecho que se asocia con el desarrollo de factores de riesgo establecidos para la patología cardiovascular (hipertensión arterial y dislipidemia, o la tolerancia alterada a la glucosa y el aumento de la resistencia a insulina). Además, nacer PEG es un factor de riesgo similar al tabaco para la disfunción endotelial, debido a una disminución en la elasticidad de las paredes vasculares”*.

Por otra parte, los pacientes PEG tienen mayor predisposición a tener pubarquia precoz y, en general, a un avance de la adrenarquia, especialmente en niñas PEG que realizan un crecimiento recuperador posnatal rápido y exagerado. En estos casos, el pico de velocidad de crecimiento ocurre en un estadio puberal precoz y su duración puede ser más corta, lo que puede condicionar una talla adulta inferior a la esperada. Además, nacer PEG puede conllevar problemas en el neurodesarrollo, independientemente de que se produzca un crecimiento recuperador posnatal y se ha observado una mayor prevalencia de casos de trastornos relacionados con déficit de atención e hiperactividad.

*“El tratamiento se basa en los aspectos preventivos (nutricional y seguimiento) y evitar las consecuencias instauradas. El tratamiento con hormona del crecimiento en el niño PEG con crecimiento recuperador inadecuado mejora la talla final y parece contribuir a mejorar la composición corporal, prevenir la evolución hacia el cuadro metabólico alterado”,* apunta **Díez López**.

### Nuevas perspectivas para los niños PEG

En los últimos años, han surgido novedades como la aplicación de técnicas ómicas (proteómica) o la identificación de nuevas alteraciones genéticas y cromosómicas en el niño PEG. En este sentido, el **doctor Ignacio Díez López** apunta *“actualmente podemos caracterizar el metabolismo proteico y el perfil de proteínas en distintos tejidos y fluidos biológicos, como el cordón umbilical y líquido amniótico de pacientes PEG. La caracterización de un perfil proteómico específico en PEG permitiría identificar aquellos pacientes con mayor riesgo de presentar comorbilidades, y por consiguiente, incidir en esta población con medidas preventivas precoces”*.

Y añade “recientemente se ha identificado una familia de genes homeobox implicados en el desarrollo de la placenta normal expresándose a corto plazo. Una comprensión mejor de las dianas moleculares de los genes homeobox puede conducir a nuevas terapias para la restricción del crecimiento fetal.”.

## Pfizer Enfermedades Poco Frecuentes

Durante más de una década, la compañía biomédica Pfizer ha trabajado en la investigación y el desarrollo de tratamientos para responder a las necesidades médicas no cubiertas de aquellas personas que conviven con patologías poco frecuentes. Hoy por hoy, nuestra compañía pone a disposición de este grupo de pacientes toda la experiencia científica y los recursos acumulados a lo largo de nuestros más de 150 años de historia para ofrecerles opciones que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

A través de la Unidad de Investigación en Enfermedades Raras, la planta biotecnológica de Pfizer en San Sebastián de los Reyes y del Grupo de Enfermedades Poco Frecuentes, Pfizer aplica toda su experiencia en el desarrollo y distribución de nuevos tratamientos para estas enfermedades poco frecuentes en distintas áreas, entre las que destacan hematología, neurología, endocrinología, distrofias musculares, neumología y oncología. Gracias a la colaboración con universidades, centros de investigación y asociaciones de pacientes, Pfizer ofrece hoy 22 tratamientos aprobados en todo el mundo para estas patologías.

Desde hace más de 150 años, Pfizer mantiene un compromiso con la sociedad que le lleva, en estos momentos, a contar con medicamentos, vacunas y algunos de los productos de consumo para el cuidado de la salud más conocidos del mundo. Los colaboradores de Pfizer se esfuerzan para mejorar el bienestar, la prevención y la eficacia de los tratamientos con los que cubrir las necesidades médicas de nuestro tiempo. Consecuentes con nuestra responsabilidad con las personas, colaboramos con todos los implicados para garantizar el acceso a nuestras medicinas y apoyar la mejor asistencia al paciente de manera asequible y fiable. Para obtener más información, visítenos en [www.pfizer.es](http://www.pfizer.es).

---

### Para más información:

#### Pfizer Comunicación

Ana Luzuriaga- 91 490 97 41

[ana.luzuriaga@pfizer.com](mailto:ana.luzuriaga@pfizer.com)

#### Ketchum

Guadalupe Sáez/Mónica Escusa 91 788 32 40

[Guadalupe.saez@ketchum.com](mailto:Guadalupe.saez@ketchum.com)

[Monica.escusa@ketchum.com](mailto:Monica.escusa@ketchum.com)



[twitter/pfizer\\_spain](https://twitter.com/pfizer_spain)



[youtube/user/pfizerspain](https://youtube.com/user/pfizerspain)



[www.pfizer.es](http://www.pfizer.es)

---

## Referencias

1. Albertsson-Wikland, K. y Karlberg, J. Postnatal growth of children born small for gestational age. *Acta Paediatr. Suppl.* 1997; 423: 193–195.
2. Lee, P. A. *et al.* International Small for Gestational Age Advisory Board Consensus Development Conference Statement: Management of Short Children Born Small for Gestational Age, 24 de abril al 1 de octubre de 2001. *Pediatrics* 2003; 111 (6): 1254–1261.
3. Clayton, P. *et al.* Consensus statement: management of the child born small for gestational age through to adulthood: a consensus statement of the International Societies of Pediatric Endocrinology and the Growth Hormone Research Society. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2007; 92 (3): 804–810.
4. Saenger, P. *et al.* Small for gestational age: short stature and beyond. *Endoc. Rev.* 2007; 28 (2): 219–251.
5. Albertsson-Wikland, K. y Karlberg, J. Natural growth in children born small for gestational age with and without catch-up growth. *Acta Paediatr. Suppl.* 1994; 399: 64–70.
6. Grote, F. K. *et al.* Developing evidence-based guidelines for referral for short stature. *Arch. Dis. Child* 2008; 93: 212–217.  
704629 1011259