

Cartas al Editor

Controversias o intereses controvertidos

Señor Editor:

En el último *Archivos Argentinos de Pediatría* del 2007, se publicó el artículo "Hidróxido férrico polimaltosado contra sulfato ferroso en el tratamiento de la anemia ferropénica: estudio prospectivo aleatorizado", del Dr. Donato et al. El estudio demostró la mayor eficacia del sulfato ferroso (SF) comparado con hierro polimaltosa (PM) para el tratamiento de la anemia ferropénica en chicos, a tal punto, que los autores suspenden prematuramente el estudio. Sin embargo, en el comentario editorial: "Anemia por deficiencia de hierro: estrategias disponibles y controversias por resolver", el Dr. Durán manifiesta que "el estudio es adecuado en función de los objetivos perseguidos, pero no está exento de aspectos discutibles". Y describe que aborda "la diferencia en la eficacia y la seguridad de dos compuestos, el sulfato ferroso y el hierro polimaltosato, tema aún sin suficiente consenso".

No coincido con el comentario editorial en que no hay suficiente consenso para el uso de SF en el tratamiento y la profilaxis de la anemia ferropénica en niños. Consenso, según la Real Academia Española, es el acuerdo entre miembros de un grupo. La inmensa mayoría de los Consensos o Guías de los distintos hospitales pediátricos sobre tratamiento y prevención de la anemia ferropénica recomiendan al SF como primera elección.^{1,2} Entre las publicaciones de la SAP sobre este tema, también se recomienda al SF, tanto para el tratamiento como para la profilaxis de la anemia ferropénica.³⁻⁶ Incluso, el SF se recomienda para los recién nacidos de pretérmino⁷ y es el compuesto utilizado en el plan Remediar para esas indicaciones.

Consenso hay, lo que puede no haber es suficiente evidencia para la recomendación del SF como primera opción. La evidencia se basa en las investigaciones de mejor calidad metodológica. Los ensayos clínicos controlados y aleatorizados son los que aportan la evidencia de mayor grado para responder las preguntas sobre tratamiento. Lamentablemente, en pediatría no abundan este tipo de investigaciones y se buscan otras fuentes, hasta la opinión de expertos, que es la de menor grado de evidencia, a veces, lo único disponible. Yendo a las críticas metodológicas del artículo del Dr. Donato, el comentario editorial describe "la eliminación de los pacientes con incrementos en la concentración de hemoglobina menores a 1 g/dl al día 60, en especial, el modo en que se distribuyeron los casos

excluidos entre cada una de las ramas de tratamiento, la amplia variabilidad observada y la no mención de si se trató de un estudio enmascarado". A mi entender, la más importante de todas las debilidades del estudio es la última (si se trató de un estudio a doble ciego o no). En la misma revista, el Artículo especial "Pediatría basada en la evidencia. Estudios de intervención" describe los criterios primarios y secundarios para el análisis crítico de la validez interna de un trabajo científico. Entre los criterios secundarios que "le agregan validez al estudio pero son menos esenciales" se describe el enmascaramiento. La investigación describe que los grupos fueron aleatorizados pero no menciona si los pacientes y los investigadores eran "ciegos" a la intervención utilizada. Los revisores del artículo deberían haberle pedido a los autores que se expidieran al respecto dentro del proceso previo a la impresión o, en todo caso, si el error metodológico fuese lo suficientemente grave, tal vez no debería haberse publicado el artículo.

He buscado en la bibliografía médica otros trabajos que den respuesta al tema. No hay datos en la base Cochrane. Hay muy pocos estudios comparativos de SF y PM en Medline¹ y LILACS.^{2,4} Ningún artículo dice que la eficacia de PM sea mayor que la del SF para el tratamiento de anemia ferropénica en chicos. Y no encontré ningún artículo que los compare en profilaxis de anemia. Hasta aquí, la información médico-científica parece avalar que sigamos tratando y previniendo las anemias con SF como primera elección, como hasta ahora.

Pero en la contratapa de la misma revista y de muchas otras e, incluso, tal vez, de la que se está leyendo ahora, parece que las controversias llegan a su fin, pero en sentido inverso. La propaganda del laboratorio Roemmers dice que el polimaltosato es la "primera elección en tratamiento y profilaxis de la anemia del lactante". Sé que una propaganda quiere vender un producto y no reniego de ello. Lo que no considero correcto es que en una publicación médica se permita un concepto normativo, erróneo o controvertido aunque sea en la propaganda.

En diciembre de 2004 se publicó en *Archivos*, "La publicidad en las revistas médicas, esa delgada línea roja", un editorial de los Dres. Wahren y De Cunto. En él, respondían a una crítica por la publicación en *Archivos* de un aviso que no respetaba el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de la OMS. Allí decían "si consideramos que la publicidad influye en la prescripción médica y que, además, muchos de los avisos son engañosos, surge la pregunta de si las revistas deberían publicarlos, y si lo hacen, si

deberían ser revisados por pares, tal como se hace con los trabajos científicos”.

¿No será hora de que empecemos por casa a controlar lo que dicen las propagandas? Es obvio que son muchos más los pediatras que ven las contratapas y las publicidades en los Congresos que los que entienden lo suficiente de medicina basada en la evidencia y tienen suficiente tiempo para leer críticamente los artículos, buscar en Internet y aplicarlos a su práctica cotidiana. Por eso son necesarios los consensos y las guías de las sociedades científicas basadas en las mejores investigaciones disponibles. Por eso, bienvenida la investigación en pediatría de temas tan prevalentes para dar respuesta a los interrogantes con los que nos enfrentamos los médicos diariamente.

Dr. Juan Pablo Mouesca
Pediatra
Monte Grande, Buenos Aires

Consensos y guías que recomiendan al SF como primera elección en tratamiento y/o profilaxis de anemia:

1. Guía de diagnóstico y tratamiento. Atención Pediátrica Primaria 1. Htal de Niños “Dr. R. Gutiérrez”. Asoc. de profesionales del HNRG.
2. Criterios de diagnóstico y tratamiento en Pediatría. Htal. Gral. de Niños “Dr. Pedro de Elizalde”. Ed. Journal.
3. Guías para la supervisión de la salud de niños y adolescentes. Buenos Aires: Ediciones SAP, 2002.
4. Guías de alimentación de niños sanos de 0 a 2 años. Buenos Aires: Ediciones SAP, 2001.
5. Anemias nutricionales en la infancia. Pronap 1996, Módulo 4.
6. Anemias en Pediatría. Comité Nacional de Hematología pediátrica. Buenos Aires: FUNDA-SAP ediciones 2005.
7. Guía de seguimiento del recién nacido de riesgo. Ministerio de Salud de la Nación. 2003.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arvas A, Gür E. Are ferric compounds useful in treatment of iron deficiency anemia? *Turk J Pediatr* 2000; 42(4):352-3.
2. Murahovschi J, Stein ML, et al. Tratamiento da ferropenia e da anemia ferropênica com o complexo de hidróxido de ferro polimaltosado por via oral, de crianças em fase de recuperação de infecções respiratórias: ensaio duplo-cego, comparativo com sulfato ferroso. *Rev Paul Pediatr* 1987; 5(18):97-104.
3. Schmidt BJ, Morais MB, Fisberg E, et al. Comparação terapêutica entre o sulfato ferroso e o ferro trivalente em forma de complexo de hidróxido férrico polimaltosado na deficiência orgânica de ferro. *Folha Med* 1985; 90(4):225-9.
4. Loredó Abdala A, Carabajal-Rodríguez L, Paredes Aguilera R et al. Anemia ferropriva: respuestas clínica y de laboratorio a dos presentaciones de hierro oral. *Acta Pediatr* 1993; 14(2):54-63.

En respuesta

Señor Editor:

Me dirijo a Ud. en respuesta a la Carta al Editor “Controversias o intereses controvertidos” remitida por el Dr. Juan Pablo Mouesca, en la que hace referencia a conceptos vertidos en el Comentario Editorial de mi autoría.

Coincido con el Dr. Mouesca en su disidencia acerca de afirmar que “no hay suficiente consenso para el uso de sulfato de hierro (SF) en el tratamiento y la profilaxis de anemia ferropénica en niños”. Considero importante resaltar que en el Comentario Editorial se menciona que si bien existen trabajos científicos en los que se comparan el sulfato ferroso y el hidróxido férrico polimaltosado con relación a su eficacia y seguridad, no existe aún información consistente que permita arribar a una clara conclusión al respecto, considerando siempre la comparación de ambos compuestos.

Si bien la evaluación de la eficacia de intervenciones y prácticas es fundamental, en términos de valorar el logro real de resultados en la población es fundamental la valoración de su efectividad y eficiencia.

Cuando el Dr. Mouesca hace referencia a que “La inmensa mayoría de los Consensos o Guías de los distintos hospitales pediátricos sobre tratamiento y prevención de anemia ferropénica recomiendan al SF como primera elección”, indicando las referencias,^{1,2} debo entender que hace mención a las guías de hospitales pediátricos y no a la bibliografía citada. En tal sentido cabe mencionar que ellas, al igual que otros documentos citados, publicados por la Sociedad Argentina de Pediatría no están orientadas a valorar y comparar ambos compuestos.

Por tanto coincido con la segunda afirmación de la carta del Dr. Mouesca, en que plantea que aún la evidencia no es consistente en términos de la comparación de ambos compuestos, similar a lo manifestado por mí en el Comentario Editorial.

El Comentario Editorial se orientó a valorar la importancia de la anemia, la disponibilidad de estrategias para su prevención y los aún escasos resultados en la población. Como se desprende del Comentario, la suplementación farmacológica es una más entre varias estrategias. No intenta hacer un análisis del trabajo del Dr. Donato, sino que se mencionan los principales aspectos a fin de analizar metodológicamente el trabajo, en el contexto de la situación epidemiológica, las estrategias disponibles y controversias por resolver, según expresa su título.

Tal vez sea dificultoso y riesgoso precisar qué

aspecto metodológico es más importante que otro. En definitiva el diseño de todo estudio de investigación debe estar orientado a lograr la mejor validez, precisión y exactitud de las estimaciones, favoreciendo de este modo la reducción en los diferentes errores posibles.

Ciertamente el enmascaramiento contribuye a la reducción de errores de medición, particularmente en términos de adherencia al tratamiento o presencia de eventos adversos de la medicación. Sin embargo, ante variables de resultado objetivas, como las concentraciones de hemoglobina o ferritina, el potencial efecto de no realizar enmascaramiento es menor.

Por el contrario, otros potenciales sesgos de selección e información deben igualmente ser considerados. En tal sentido se mencionó en el Comentario Editorial que "la eliminación de los pacientes con incrementos en la concentración de hemoglobina menores a 1 g/dl al día 60", en especial, el modo en que se distribuyeron los casos excluidos entre cada una de las ramas de tratamiento, que de estar en mayor medida en alguna de las dos ramas de tratamiento, podría significar sesgo en los resultados.

Por tanto, y en coincidencia con lo planteado por el Dr. Mouesca, es fundamental apoyar y promover el desarrollo de ensayos clínicos controlados y aleatorizados, que particularmente en algunos temas pediátricos no son suficientemente desarrollados sobre los mejores estándares. Al mismo tiempo, ante la insuficiencia en la bibliografía de estudios concluyentes acerca de la comparación de la eficacia y seguridad, y fundamentalmente de la eficiencia de diferentes estrategias para la prevención y tratamiento de la anemia, resta aún mucho por trabajar e investigar.

Dr. Pablo Durán

En respuesta

Deseamos señalar algunos aspectos en referencia a los párrafos finales de su carta, en donde hace mención a la publicidad en *Archivos Argentinos de Pediatría*.

La publicidad en las revistas médicas es algo tradicional y universalmente aceptado. Su aporte permite contribuir en forma importante a la realización y difusión de la revista.

Coincidimos plenamente con Ud. que toda publicidad debe respetar en forma estricta y sin

ningún tipo de concesión todos los aspectos éticos, pero el ejemplo que señala no parece muy acertado ya que no contraría ningún principio ético. Es responsabilidad de los médicos distinguir la veracidad de la propaganda de un producto. Es probable que algunos no lo hagan o prescriban por intereses personales, lo cual sabemos que ocurre y es algo muy lamentable, que sin duda menoscaba enormemente nuestra profesión. Nos llama la atención cuando Ud. dice que *son muchos más los pediatras que ven las contratapas y las publicidades de las revistas*, que su contenido. Realmente sería algo muy triste suponer que tal afirmación responda a la realidad, sobre todo cuando, según su parecer, son la mayoría de los pediatras los que actúan así.

En *Archivos Argentinos de Pediatría* toda publicidad es muy cuidadosamente evaluada por los editores y se rechaza sistemáticamente aquella que no cumpla con los requisitos de ética o incluya información tendenciosa. Cuando se observan términos o frases que puedan no respetar claramente esos principios, se exigen las modificaciones necesarias en el texto.

Aun cuando hayamos disentido en ciertos aspectos, le agradecemos mucho que nos enviara su inquietud, lo cual nos ha permitido intercambiar opiniones y referirnos a un tema de tanta importancia para nuestra profesión.

Lo saludan atentamente

Norma Rossato
Editora Asociada

José M. Ceriani Cernadas
Editor

La posición del niño en la medición de su talla

Señor Editor:

En la Argentina se mide la talla en decúbito supino (longitud corporal) hasta los 4 años y desde esa edad en adelante en posición de pie (estatura). Este procedimiento ha sido el recomendado pues fue el que se utilizó en la construcción de las curvas locales.¹ En las nuevas curvas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), recientemente adoptadas por el Ministerio de Salud de la Nación con el consenso de la Sociedad Argentina de Pediatría, se sigue el criterio de medir la estatura de los niños en posición de pie a partir de los 2 años y éste debe ser el procedimiento de medición para aplicar esas curvas. La diferencia en la medición de la talla entre ambas posiciones, realizada simultáneamente

te en 1.625 niños de 18-30 meses de edad, fue en promedio 0,73 cm, con una desviación estándar de 0,62 cm. Por ello, la OMS sugiere corregir en 0,7 cm la medición de talla por el cambio en la posición.² Las curvas de Lejarraga y Orfila presentan a los 4 años una diferencia entre ambas posiciones de 1 cm en los varones y de 1,3 cm en las niñas.³

El trabajo de Sguassero y col.⁴ compara, en una población de Rosario, las curvas de la OMS con las locales. Comparar la medición de la talla con dos curvas diferentes exige aplicar los mismos procedimientos empleados para construir las curvas. En el tramo de edad de 2-4 años, los criterios con que fueron construidas ambas curvas difieren: la OMS considera a estos niños de pie, mientras que las curvas locales lo hacen en decúbito supino.

Los autores refieren que al aplicar las curvas locales la prevalencia de baja talla es de 1,14% en los niños de 24-35 meses y de 0,95% en los niños de 36-47 meses. Si se hubiera corregido la estatura en estos niños con +0,7 cm, la prevalencia de niños con

baja talla hubiera sido aún menor, ampliando la diferencia respecto de la estimación de la prevalencia al aplicar las curvas OMS.

Enrique O. Abeyá Gilardon
eoabeya@intramed.net

1. Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo. Guías para la evaluación del crecimiento. 2ª edición. Buenos Aires: *Sociedad Argentina de Pediatría*; 2001.
 2. World Health Organization. WHO Child Growth Standards Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Ginebra: *World Health Organization*. Construction of the length/height-for-age standards. 2006; pág 13.
 3. Lejarraga H, Orfila G. Estándares de peso y estatura para niñas y niños argentinos desde el nacimiento hasta la madurez. *Arch Argent Pediatr* 1987; 85:209-22.
 4. Sguassero Y, Moyano C, Aronna A, et al. Validación clínica de los nuevos estándares de crecimiento de la OMS: análisis de los resultados antropométricos en niños de 0 a 5 años de la ciudad de Rosario, Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2008; 106(3):198-204.
-