

Sr. Editor

En la reciente publicación: *Arch Argent Pediatr* 2009;107(4): 335-39 "Efectos sobre la natremia por administración de soluciones endovenosas...", algunos datos me resultaron difíciles de interpretar. En resultados, se señaló que fueron los menores de un año de edad los que recibieron exclusivamente infusiones endovenosas, con una mediana de 3 meses para un alcance de 1 a 60 meses y pesos de: $6,432 \pm 2,499$. Por último, si de los 35 pacientes que se incluyeron en el trabajo, 31,4% de ellos presentaron un descenso de la natremia ≥ 4 mEq/l, cuál sería el valor del trabajo y qué recomendarían los autores.

Dr. Rafael Roberto Toziano

Hospital de Pediatría

"Prof. Dr. Juan P. Garrahan. Buenos Aires

En respuesta

Sr. Editor:

En respuesta a lo enviado por el Dr. Toziano, se consideraron para el estudio todos los pacientes que tuvieran IRAB y que sólo recibieran líquidos EV; fue criterio de exclusión la ingesta por vía oral. Debido a la epidemiología y la gravedad presentada, la mayoría de los pacientes ingresados en el estudio fueron menores de 1 año, por eso la mediana de edad fue de 3 meses y el mayor tuvo 60 meses. Pero se consideraron todos los pacientes de 1 mes a 18 años.

El trabajo presentado es uno de los pocos estudios prospectivos que se han realizado sobre el tema, y el único que se ha hecho con administración exclusiva de soluciones EV. Por otra parte, nos alerta el alto porcentaje de pacientes que presentaron una disminución significativa de la natremia inicial, ya que las soluciones utilizadas son las que habitualmente se emplean en pediatría.

Los resultados obtenidos no nos permiten realizar recomendaciones sobre el uso de soluciones EV, sólo sirven como punto de partida para nuevos estudios sobre el tema.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.

Dr. Facundo Jorro Barón

Hospital de Niños "Dr. Pedro de Elizalde".

Buenos Aires

La vulneración del derecho a la salud y a la nutrición

Señor Editor:

El interesante trabajo de Bolzán y Mercer¹ relaciona la inseguridad alimentaria presente en los hogares en situación de pobreza con las condiciones de deterioro crónico de la salud de los niños expresado por la alta proporción de niños de baja talla. Como lo hicieran en el trabajo con los datos generales, la situación nutricional fue caracterizada tanto a través de la proporción de niños con bajos indicadores respecto de una población de referencia como al comparar la distribución de esos indicadores en la población. Estas dos maneras de medir la magnitud del problema muestran aspectos epidemiológicos diferentes: por un lado, la proporción de niños más allá de determinado valor límite identifica a los que están peor, mientras que por el otro, el análisis de la distribución permite cuantificar a todos los que tienen algún grado de deterioro.²

Las causas que se han identificado en el retardo de talla en la población se pueden resumir en las categorías de nutrición, infección y de interacción de la díada madre-niño, al mismo tiempo que los aspectos genéticos parecen ser poco importantes al respecto.³

Bolzán y Mercer señalan la vulneración del derecho a la seguridad alimentaria. Asimismo, la magnitud del deterioro poblacional de la talla también está señalando la magnitud de la vulneración del derecho a la salud, habida cuenta de que la baja talla en la población es consecuencia de los deterioros en la salud y nutrición durante períodos sostenidos y críticos en la vida del niño.

La población de referencia usada en este trabajo corresponde a las curvas locales usadas anteriormente por la SAP y que fueron compiladas con datos originales de 1965 (La Plata) y de 1970 (Córdoba) para los niños menores de 5 años. Actualmente la SAP adhiere⁴ a las curvas de la OMS⁵ cuya población de referencia responde a criterios de alimentación, cuidado de la salud y crianza reconocidos como óptimos y promovidos por la OMS y UNICEF y a los que adhieren plenamente SAP, ALAPE e IPA. Desde esta perspectiva es obvio que estas nuevas curvas pueden representar un instrumento para evaluar el cumplimiento de la satisfacción del derecho de los niños a su alimentación y salud.

El puntaje z de la talla de las curvas actuales de la SAP respecto de las anteriores usadas en este trabajo es de 0,15 a 0,5 mayor para los niños y de

0,1 a 0,7 mayor para las niñas. Esto implica que la utilización de las nuevas curvas señalarán mayor proporción de niños con baja talla que la referencia empleada en el trabajo comentado. Usando un valor conservador de diferencias entre ambas curvas de talla de $z = 0,4$, la proporción de la población de niños con baja talla en las tres categorías de percepción de hambre aumenta de 19,2%; 24,6% y 32,9% a 36,2%; 38,5% y 45,7%, respectivamente como totales de la tabla 4 para SPH, PHM y PHG. Estos últimos guarismos señalarían la magnitud de la vulneración de los derechos individuales de los niños a la mejor salud y nutrición posibles. Estos derechos individuales están considerados en los artículos 24 y 27 de la Convención sobre los Derechos del Niño incluida esta última en la ley 26.061 de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. n

Enrique O. Abeyá Gilardon
Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo
eoabeya@intramed.net

1. Bolzán A, Mercer R. Seguridad alimentaria y retardo crónico del crecimiento en niños pobres del norte argentino. *Arch Argent Pediatr* 2009;107(3):221-8.
2. Abeya Gilardon E. No es suficiente contar los que están peor; es necesario también contar los que están mal. *Arch Argent Pediatr* 2005;103:484-5.

3. Waterlow JC. Summary of causes and mechanisms of linear growth retardation. *European J Clin Nutr* 1994;48;Supl1:S210.
4. Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo. La Sociedad Argentina de Pediatría actualiza las curvas de crecimiento de niñas y niños menores de 5 años. *Arch Argent Pediatr* 2008;106:462-7.
5. World Health Organization. Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. Ginebra: WHO, 2006. [Acceso: 7-10-09]. [Disponible en: http://www.who.int/entity/childgrowth/standards/technical_report/en/index.html].

En respuesta

Sr. Editor:

La carta del Dr. Abeyá Gilardon me pareció interesante e ilustrativa, de manera que estoy en un todo de acuerdo con las consideraciones que hace con respecto a los datos de las curvas OMS (con las que no se contaba en el momento del estudio). Asimismo, muestra cómo el problema es aun mayor al tomar los nuevos estándares.

Un cordial saludo.

Lic. Andrés Bolzán
Fundación FEMEBA