

## No todo lo que brilla es oro

Señor Editor:

Sorprende el trabajo de Lejarraga y otros publicado recientemente en *Archivos*.<sup>1</sup> Los autores han realizado un elegante trabajo matemático al reelaborar los parámetros de las curvas de peso y talla para mayores de 2 años a partir de datos publicados hace ya 20 años, a fin de estimar los valores L, M y S en reemplazo de las medias y desviaciones estándares. Asimismo ajustan sus datos para obtener un empalme suavizado entre la curva propuesta por la OMS y la suya propia.

La SAP ya ha señalado la conveniencia de reemplazar las curvas locales desde el nacimiento y hasta los 5 años por las del Estudio Multicéntrico de la OMS (en vez de hacerlo sólo hasta los 2 años como proponen estos autores) con fundamento en la calidad y documentación de los datos auxológicos y de sus resultados. Estos demuestran la no diferencia entre etnias y culturas muy diversas, siempre que se cumplan los criterios de crianza y alimentación recomendados por la SAP y a los que adherimos ampliamente los pediatras considerando un enfoque de derechos.<sup>2</sup> Por otra parte, los datos originales de las curvas locales para menores de 5 años datan de 1965 (La Plata) y de 1970 (Córdoba). La obstinada persistencia de los autores en la discrepancia de apreciación sobre hasta qué edad usar las curvas de la OMS sólo entorpece y obstaculiza la tarea de consenso de la SAP y no contribuye a una mejor práctica del equipo de salud frente a los problemas y necesidades clínicas y poblacionales.

En una reciente Carta al Editor<sup>3</sup> los mismos autores vuelven con el mismo tema y confunden la situación en Argentina parodiando el uso de las curvas de crecimiento holandesas en nuestro país cuando, en realidad, de lo que se trata es de aplicar aquellas curvas que mejor expresen el crecimiento y los derechos de los niños a un crecimiento y salud satisfactorios.

En igual sentido, las curvas OMS/NCHS de peso y estatura para mayores de 5 años no agregan información a la ya provista por las curvas locales, ya que aquellas responden más a una necesidad operativa de la OMS para países que carecen de curvas propias que la derivada de un diseño auxológico acorde con nuestras necesidades.

La posición de ningunear de manera pertinaz los acuerdos logrados en la SAP y expresados por el Comité de Crecimiento no hacen más que entorpecer la tarea cotidiana del equipo de salud y en tal sentido es válido recordar la famosa máxima atribuida a Hipócrates: *Primum non nocere*.

Enrique O. Abeyá Gilardon  
Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo

1. Lejarraga H, del Pino M, Fano V, Caino S, Cole T. Referencias de peso y estatura desde el nacimiento hasta la madurez para niñas y niños argentinos. Incorporación de datos de la OMS de 0 a 2 años, recálculo de percentiles para obtención de valores LMS. *Arch Argent Pediatr* 2009;107:126-33.
2. 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.
3. Fano V, del Pino M, Lejarraga H. El sofisma de las tablas de crecimiento más altas posibles. *Arch Argent Pediatr* 2009;107:287-8.

## La vulneración del derecho a la salud y nutrición

Señor Editor:

El interesante trabajo de Bolzán y Mercer<sup>1</sup> 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 hicieron 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.<sup>2</sup>

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 diada madre-niño, al mismo tiempo que los aspectos genéticos parecen ser poco importantes al respecto.<sup>3</sup>

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 fueran compiladas con datos originales de 1965 (La Plata) y de 1970 (Córdoba) para los niños menores de 5 años. Actualmente la SAP adhiere<sup>4</sup> a las curvas de la OMS<sup>5</sup> 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. ■

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;107:221-8.
2. Abeyá 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:Suppl1: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. Accesible: [http://www.who.int/entity/childgrowth/standards/technical\\_report/en/index.html](http://www.who.int/entity/childgrowth/standards/technical_report/en/index.html).