

Referencias y estándares de crecimiento en la Argentina. Consideraciones del Grupo *ad hoc* para el análisis de las tablas de la Organización Mundial de la Salud y su uso en la Argentina

Grupo ad hoc: Dres. Enrique Abeyá Gilardon, Carlos Anigstein, Luisa Bay, Silvia Caíno, Elvira Calvo, Mariana Del Pino, Alicia Di Candia, Pablo Durán, Nidia Escobal, Virginia Fano, Luis Guimarey, Alejandro O'Donnell y Virginia Orazi
Coordinación: Dr. Horacio Lejarraga

INTRODUCCIÓN

La utilización de un único estándar o referencia para la evaluación de un parámetro biológico en cualquier país es una de las condiciones necesarias para una tarea clínica eficaz, evaluar las intervenciones, comparar la información y confeccionar e interpretar las estadísticas de salud.

La aparición reciente de estándares de peso y estatura preparados por la Organización Mundial de la Salud para niñas y niños de 0 a 5 años, hace que en Argentina, donde se dispone desde hace veinte años de tablas nacionales, resulte pertinente e incluso necesario contar con una opinión técnica sobre las formas de evaluar el crecimiento y la nutrición en el país y sobre la contribución que para tal fin, pueden hacer los estándares OMS.

A estos efectos, en mayo de 2006 se celebró una reunión convocada por el Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Garrahan para reflexionar junto a un grupo de profesionales con experiencia en el tema. En este documento se incluyen los aspectos más significativos del análisis y las opiniones brindadas; se aprovecha la oportunidad para efectuar comentarios sobre las tablas nacionales, así como sobre los posibles usos de las tablas de crecimiento.

Se espera que los contenidos del presente documento contribuyan a la reflexión sobre el tema en diversos ámbitos del país.

LOS ESTÁNDARES DE LA OMS

En 1993, un Comité de Expertos de la OMS llamó la atención sobre una serie de

problemas biológicos y técnicos serios detectados en la referencia internacional de evaluación del crecimiento y nutrición recomendada por la OMS.¹ La *Figura 1* muestra las curvas de crecimiento en niños alimentados a pecho en relación a las tablas del Centro Nacional para Estadísticas de Salud (NCHS por sus siglas en inglés) recomendadas por la OMS como referencia internacional en ese momento.²

El grupo de niños alimentados a pecho proviene de una muestra de niños de buen nivel social y de salud de Europa y Estados Unidos y se desvía negativamente de las tablas del NCHS; este desvío ocurre alrededor de los seis meses de edad. El otro hallazgo de importancia fue que la variabilidad del crecimiento en los niños alimentados a pecho del banco de datos de la OMS es menor que la mostrada por las tablas del NCHS.

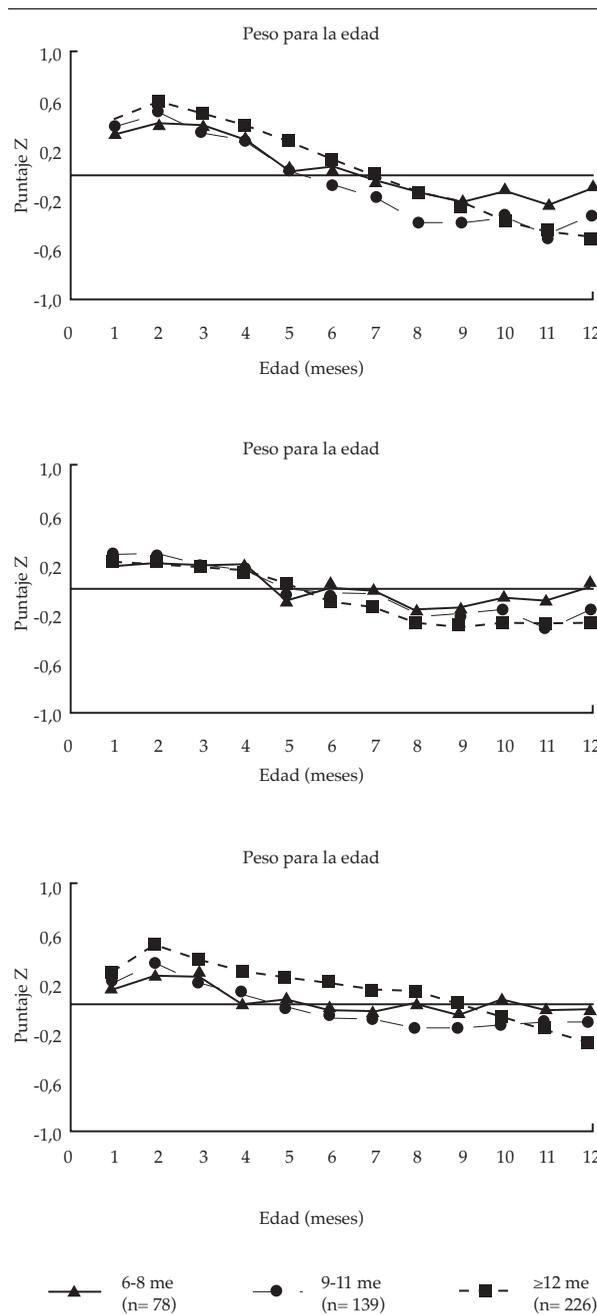
Ante la evidencia de que: 1) el crecimiento en los primeros años no es independiente de los modelos de alimentación; 2) las referencias internacionales recomendadas por la OMS en ese momento (NCHS) podrían interferir con las prácticas alimentarias contemporáneas que se consideran saludables y 3) el uso de tablas del NCHS podría llevar a falsas estimaciones de desnutrición en estudios poblacionales; por mandato de la Asamblea Mundial de Salud, se encomendó a la OMS estudiar el tema y preparar referencias con niños criados según recomendaciones actuales de alimentación y salud hechas por ese organismo. Consecuentemente, la Organización Mundial de la Salud, con la colaboración de la Universi-

Correspondencia:

Dr. Horacio Lejarraga
hlejarraga@garrahan.gov.ar

dad de las Naciones Unidas, cumplió con lo encomendado, realizó un estudio multicéntrico que incluyó varios países de los cuatro continentes:

FIGURA 1. Medias de los puntajes "Z" de lactantes alimentados a pecho del banco de datos agrupados de la Organización Mundial de la Salud, comparados con el estándar del NCHS



Reproducido del documento: An evaluation of infant growth. A summary of análisis performed in preparation for the WHO expert committee on Physical status: the use and interpretation of anthropometry. WHO Working group on infant growth. Nutrition Unit, World Health Organization, Geneva, 1994.

Pelotas (Brasil), San Francisco (EE.UU.), Oslo (Noruega), Accra (Gahna), Nueva Delhi (India) y Muscat (Omán).³

Se realizaron dos tipos de estudios:

- Estudio longitudinal: mediciones a las 1, 2, 4 y 6 semanas, mensuales a los 2-12 meses y bimensuales de 13 a 24 meses. Total: 1.743 niños.
- Estudio transversal: 6.669 (3.450 mujeres y 3.219 niños). Todos fueron medidos una vez, excepto San Francisco y Brasil que fueron estudios longitudinales mixtos (muchos niños fueron medidos trimestralmente varias veces). En esta muestra, la información sobre alimentación en los primeros meses fue obtenida mediante interrogatorio y, por lo tanto, el tipo de alimentación en los primeros meses de vida no pudo ser confirmado. Total: 7.554 niños.

La muestra fue seleccionada en todos los países según criterios muy estrictos de elegibilidad de la subpoblación, tanto primarios (nivel socioeconómico, baja talla, baja morbilidad, proporción de madres que lactan, existencia de instituciones de apoyo a la lactancia), como secundarios (número de partos, conductas de salud de la población, atención pediátrica, inmunizaciones, etc.). Los criterios de selección de *individuos* también fueron muy estrictos: ausencia de limitaciones económicas y medioambientales en el crecimiento, madre deseosa de seguir las recomendaciones OMS sobre alimentación, embarazo a término (37-42 semanas), ausencia de morbilidad significativa, madre no fumadora (antes del parto y después él).

Sobre las bases antedichas, se deduce que la OMS define previamente las condiciones de salud del niño y luego estudia su crecimiento. El presupuesto es "no sabemos bien cómo crecen los niños sanos; por lo tanto, definimos primero las condiciones de salud y luego, el crecimiento que obtengamos tendrá carácter prescriptivo".

De esta manera y a nuestro modo de ver, es incorrecto llamar a este trabajo "estudios de niños alimentados a pecho" porque se trata de un estudio realizado también con otras condiciones agregadas a la de la lactancia, cuya sumatoria configura un conjunto de variables que se considera garante de "óptimas condiciones de salud". Los trabajos previos sobre el crecimiento de niños alimentados a pecho muestran una curva de crecimiento que es algo diferente a la descripta por las recientes tablas de la OMS.

Otra característica del estudio de la OMS es que las curvas medias de crecimiento de los países son extremadamente similares entre sí, lo que demuestra que bajo condiciones óptimas del

medioambiente y nutrición, los niños crecen en forma similar, independientemente de las diferencias étnicas o culturales.

El trabajo de la OMS ha finalizado y los datos están disponibles. Incluyen estándares para peso, talla y peso/talla, (o peso/longitud corporal) para niños de 0 a 5 años.³⁻⁵ Se podrá en un futuro contar con estándares de IMC (Índice de Masa Corporal), pliegues cutáneos y velocidad de crecimiento. Uno de los protagonistas del trabajo publicó recientemente una síntesis.⁶

LAS TABLAS ARGENTINAS

Muestras utilizadas

La Argentina es uno de los pocos países que han logrado un consenso sobre el uso de referencias nacionales para la evaluación en niños desde el nacimiento hasta la madurez⁷⁻¹⁰, junto con el Reino Unido, Estados Unidos, Venezuela, Francia, Suecia y algunos países más. Este consenso rige desde 1987 e incluye el uso de tablas nacionales de peso y estatura para niños y niñas desde el nacimiento hasta la madurez. Estas tablas se emplean en el primer nivel de atención, en estudios epidemiológicos y de crecimiento y son recomendadas tanto por las instituciones científicas como por las políticas de salud. A raíz de un acuerdo celebrado en ese año entre la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Nación y la Sociedad Argentina de Pediatría, en todo el ámbito nacional se recomienda el uso de las tablas nacionales, que son editadas por el Ministerio de Salud y por la Sociedad de Pediatría en formatos según sus respectivas necesidades y prioridades y constituyen un ejemplo de acción interinstitucional.^{11,12}

Las tablas fueron confeccionadas con varias muestras:⁷⁻⁹

- 0-3 años: muestra longitudinal de 250 niños del área de Gonnet, de 1965.
- 4-12 años: muestra transversal de La Plata, de 1970, 1.800 niños.
- 4-12 años: muestra transversal de Córdoba, de 1970, 1.800 niños.
- 12-19 años: muestra transversal de 15.200 estudiantes secundarios de todo el país, 1985.

A estas tablas se agregan las tablas de crecimiento perinatal,⁹ que incluye percentilos de peso, longitud corporal y perímetro cefálico para recién nacidos desde 26 a 92 semanas de edad postconcepcional (de 26 semanas a 1 año postérmino), realizadas con 9.536 recién nacidos sanos de la Maternidad Sardá, recogida entre 1976 y 1978.

En todos los casos el criterio de selección fue la condición de salud del niño (niño sano, definido

como ausencia de enfermedad específica).

Las mediciones antropométricas fueron hechas en todas las muestras con técnicas e instrumental estandarizado.

Comparación de las tablas nacionales con datos más actualizados

Cuando en el curso de las dos últimas décadas surgieron estudios poblacionales adecuados se aprovechó la oportunidad para chequear la validez y vigencia de las tablas nacionales. De modo que estas tablas se pudieron comparar con dos muestras.

- Muestra de 3.573 niños sanos de 0 a 5 años, seleccionados de todas las provincias en forma proporcional a la población de menores de seis años descripta por el Censo Nacional del INDEC. Se halla sesgada hacia niveles educativos maternos altos. Es producto del Trabajo Nacional Colaborativo¹³ y representa la muestra enviada a la OMS, en 1998, como muestra más actualizada de la Argentina en ese rango de edad. Esta muestra se comparó con las tablas nacionales.¹⁴ *La principal diferencia encontrada es un mayor peso y estatura de los datos OMS en el primer semestre, que decae por debajo de la media nacional en el segundo semestre.* Después de esta edad, se observan similitudes en los valores de la muestra "actual" y la de las tablas nacionales, tanto en peso como en estatura y tanto en los valores centrales como en la variancia a cada edad. No hay diferencias sistemáticas entre ambas muestras. A ciertas edades hay diferencias ligeras a favor de los estándares nacionales; a otras edades, en cambio se verifican pequeñas diferencias a favor de la muestra de estudio. A los 5 años, la mediana de varones del estudio es 1 cm más altos y 400 g más pesados que el centilo 50 de los estándares. Las niñas son 1 cm más altas y 100 gramos más pesadas.
- Muestra de adolescentes sanos participantes de una encuesta nacional de conducta alimentaria llevada a cabo por la Sociedad Argentina de Pediatría. Se midieron 1.971 adolescentes en los consultorios de los pediatras participantes de todo el país. Se trató de una muestra con un sesgo hacia la obesidad, que sabemos, supone una estatura final mayor que la observada en los niños no obesos. Sin embargo, ambas medianas, de peso y estatura a la madurez, fueron similares. Como conclusión, podemos decir que no hay diferencias sustanciales en la talla y peso final entre los estándares y la población adolescente sana actual de nuestro país.¹⁵

Tendencia secular en la Argentina

Hemos encontrado cuatro trabajos en nuestro país sobre tendencia secular¹⁶⁻²⁰ y en base a ellos podemos decir que desde 1938 hasta el año 1993 se comprueba una tendencia secular positiva en peso y estatura, pero mucho menos intensa desde 1982 en adelante. No obstante, a partir de esa fecha no hay información.

Comparación de las curvas de la OMS con las nacionales

En el peso, hasta los ocho meses en las niñas y hasta los seis meses en los niños, la mediana de la OMS es mayor que la nacional. Desde esas edades hasta los 5 años, la curva OMS tiene una mediana de peso levemente menor que la nacional y estas diferencias son de hasta 400 gramos entre los 3 y 4 meses.

El percentilo 3 de peso es algo mayor que los nacionales, en niñas y niños, los primeros siete meses. Luego es menor que los nacionales y esta diferencia está por debajo de los 400 gramos.

En la talla, las tablas OMS son más altas que las nacionales sólo a partir de los dos años. Antes de esa edad existen muy pocas diferencias y no son sistemáticas.

El empleo de los estándares de talla de la OMS va a seleccionar como anormales a una proporción de niños y niñas mayor que la que se logra mediante el uso de las tablas nacionales.

La Asamblea Mundial de la Salud encomendó la tarea de construir referencias para "...evaluar el crecimiento de niños alimentados a pecho".

Opiniones del grupo de estudio

En la reunión se vertieron opiniones sobre: 1) el concepto de normalidad, 2) el concepto de estándares y de referencias, 3) la concepción y uso de tablas de crecimiento, 4) consideraciones operativas, 5) aplicaciones de las tablas de crecimiento y recomendaciones.

La idea de normalidad

En la reunión se mencionó que las tablas de la OMS constituyen una guía para el pediatra respecto a cuál es el crecimiento de niños de 0 a 5 años criados en condiciones óptimas, más allá de los criterios de evaluación que se empleen en cada país.

Estas tablas sugieren la existencia de un estado óptimo ideal a alcanzar. Hablan sobre un concepto ideal de salud que resulta conveniente y necesario analizar y debatir en profundidad, teniendo en cuenta la gran variedad de formas mediante las cuales el ser humano puede adaptarse al medio.

Las tablas de crecimiento son una herramienta y, como tal, tienen sus alcances (que son muchos) y sus limitaciones. Como alcance, establece una referencia o estándar de comparación muy necesario para cualquier evaluación y, como limitación, debemos recordar que cada ser humano se tiene a sí mismo como su propio control y referencia (se ha dicho que el mejor control de un niño es él mismo a lo largo del tiempo).

La concepción y uso de tablas de crecimiento

El estudio de la OMS plantea la existencia de dos tipos de tablas para la evaluación del crecimiento: *referencias* y *estándares*. Las primeras (*referencias*) se confeccionan con amplios sectores de la población sana de un país; son las muestras utilizadas para la confección de las tablas argentinas (y las usadas también para las tablas nacionales del Reino Unido, Francia, Venezuela, etc.). Estas muestras son representativas de un espectro amplio, abarcativo de la población (y no de un grupo altamente seleccionado).

Estas tablas nacionales tienen, consecuentemente, un carácter *descriptivo*; es decir, muestran o describen la forma en que crece la mayoría de los niños sanos de un país, entendiendo por sanos, la ausencia de enfermedades específicas y de condiciones manifiestamente adversas al crecimiento.

Por el contrario, las tablas de la OMS (*estándares*) fueron confeccionadas a partir de una muestra altamente seleccionada de la población de seis países, con niños que crecen en óptimas condiciones de salud y atención, en un medio socioeconómico y condiciones ambientales altamente favorables. Estos estándares tienen un carácter *prescriptivo*, es decir, muestran que los niños *deben* crecer de esta manera.

Las curvas de la OMS no muestran, estrictamente hablando, el crecimiento de niños alimentados a pecho *solamente*, muestran las curvas de niños altamente seleccionados, alimentados según recomendaciones de la OMS, de un nivel socioeconómico alto, que vive en condiciones medioambientales muy favorables, con madres no fumadoras y un control sanitario regular y periódico. La caída pondoestatural que muestran los niños alimentados a pecho a partir de los seis meses, respecto de las tablas NCHS y de las tablas nacionales, se debe seguramente a la alimentación. Pero los pesos y tallas más altos que los de otros países que muestran las tablas OMS, en edades cercanas a los cuatro y cinco años, se deben seguramente al tipo de muestra altamente seleccionada utilizada y no a la alimentación a pecho.

Por las razones anteriores, las tablas de la OMS van

a clasificar niños de manera diferente en los primeros 12 meses que en las edades ulteriores. En los primeros meses, las tablas OMS dan cuenta del peso y la talla algo menores de los niños alimentados a pecho y, seguramente, van a impedir que niños menores de un año bajo lactancia natural sean clasificados como portadores de un crecimiento deficitario, que es lo que puede ocurrir con las tablas actuales de muchos países. Esta es una de las contribuciones más importantes de las tablas de la OMS al seguimiento pediátrico.

Pero alrededor de los 4 ó 5 años, las cosas son diferentes. A estas edades, las tablas de la OMS son un poco más altas que las nacionales y va a haber niños dentro de los límites normales de estas tablas, pero, que se encuentran por debajo de las de la OMS. En estos casos el pediatra sabrá si ello se debe a una enfermedad o carencia específica en el niño o a que el niño no comparte las condiciones medioambientales especiales del grupo de estandarización con el que se construyeron las tablas internacionales.

La evaluación pediátrica de niños con una tabla OMS a partir de los 3 ó 4 años va a seleccionar más niños anormales que los que selecciona la tabla nacional o la NCHS.

Eso ocurre porque las características de inclusión en el estudio OMS fueron definidas a partir de otros criterios, además de la alimentación a pecho.

Los métodos de construcción de los estándares OMS fueron los mejores actualmente disponibles.

Todos los niños del mundo tienen derecho a disfrutar de las condiciones medioambientales bajo las que creció el grupo OMS de estandarización. De esta manera, las tablas de la OMS muestran un paradigma potencialmente accesible a todos los países, a todas las etnias y entornos culturales. Esta es otra importante contribución de las tablas de la OMS a la atención de salud del niño.

Sin embargo, este crecimiento no ocurre en la mayoría de los países del mundo, sean o no desarrollados. Las medidas para lograr el cumplimiento de esta meta no son de carácter individual, sino que están dirigidas a grupos de población, desde una perspectiva social y de salud pública y las modificaciones de las condiciones generales de vida de la población requieren medidas que no dependen del pediatra sino de los organismos que ejecutan políticas específicas sobre las poblaciones.

Consideraciones operativas

En el área de crecimiento y nutrición, la Argentina posee referencias nacionales para la evaluación de niños desde el nacimiento hasta la madurez. Estas tablas se emplean en todo el país por los

pediatras y demás miembros del equipo de salud en consultorios, centros de atención primaria y estudios epidemiológicos. Hace poco tiempo la provincia de Salta, la única que usaba otras tablas, decidió incorporar las tablas nacionales de peso y estatura y organizó todo su material asistencial en este sentido. En el país se trabaja en la preparación de referencias de peso/talla con una muestra nacional más reciente, con el método LMS.

Existe un seguimiento histórico y secular sobre prevalencias de desnutrición u obesidad en las distintas provincias según las tablas nacionales, que es necesario mantener con fines operativos.

Al uso de las tablas nacionales se suma, desde hace muchos años, la tarea de educación y capacitación realizada por la Dirección de Salud Materno-Infantil y las provincias argentinas en los centros de atención primaria del todo el país. El cambio de tablas provocará confusión en el primer nivel y obligará a reformular las normas de atención.

Las tablas nacionales cubren toda la edad pediátrica, desde las 26 semanas de edad gestacional hasta la madurez. El estudio de la OMS no incluye referencias para edades gestacionales pretérmino, ni para la evaluación del crecimiento perinatal. La sobrevida de niños de bajo y muy bajo peso está aumentando en el país y estas tablas van a ser cada vez más necesarias para la tarea asistencial. El estudio OMS tampoco incluye niños mayores de 5 años. Las tablas NCHS muestran una estatura media adulta (varones) de 1,78 cm y en las nacionales esa media es de 1,72 cm. Las tablas NCHS no son "internacionales", sino de un país específico con un alto índice de obesidad. Esas tablas "de uso internacional" no son adecuadas para empleo clínico por las razones ya explicadas.

Las tablas nacionales muestran percentilos de talla medida en decúbito supino hasta los cuatro años, las de la OMS hasta los 2 años.

Si bien las tablas nacionales, en algunas edades incluyen datos obtenidos con muestras antiguas, su comparación con muestras más recientes no muestran diferencias importantes.

Las tablas nacionales han resistido la prueba funcional de su empleo generalizado en todo el país durante veinte años. No se trata de discutirlos, sino de hallar la contribución que las tablas de la OMS pueden hacer a la mejor atención de salud del niño y a la promoción de su crecimiento y desarrollo.

Aplicaciones de las tablas y recomendaciones del Grupo

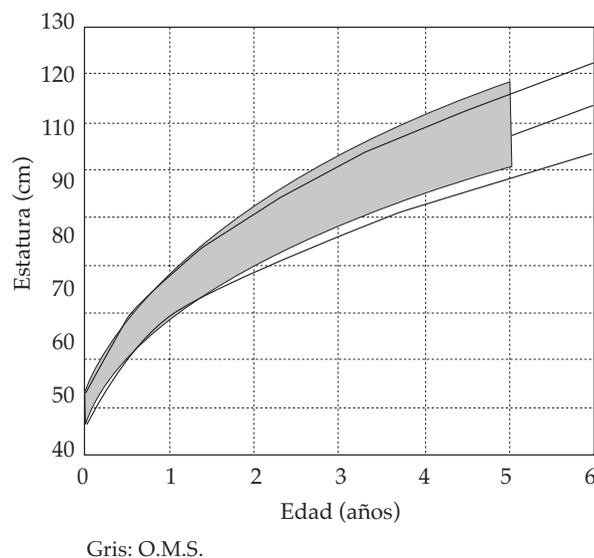
Las tablas de peso y estatura han sido usadas para muy diversos fines. Sin embargo, no todas las

formas de uso presentan la misma utilidad.²¹ A continuación se mencionan las más comunes, con un comentario crítico sobre las diferentes finalidades para las que han sido utilizadas:

- a. Para la pesquisa o selección, dentro de un grupo de población, de individuos que requieren cuidados especiales o pueden beneficiarse con intervenciones educacionales, sociales, médicas, ayuda alimentaria, etc. Este uso puede denominarse como en *medicina comunitaria* y aquí el tema central es el punto de corte o límite que se establezca, haciendo jugar en las consideraciones la mayor o menor sensibilidad y especificidad deseadas.
- b. Para la evaluación de la salud general del niño a lo largo del tiempo, de los efectos de una enfermedad o de un tratamiento sobre el crecimiento, que es lo que llamamos *aplicación pediátrica*. En este caso, las referencias son muy útiles, no sólo las de distancia (con las que se puede evaluar la pendiente del crecimiento), sino también las de velocidad. Resulta conveniente y necesario el uso de los estándares nacionales desde la concepción hasta la madurez y el grupo recomienda su plena vigencia en el ámbito nacional. No obstante, en el primer año de vida es necesario dar cuenta del crecimiento diferencial de niños alimentados a pecho.

Una propuesta surgida en el seno de la reunión fue la de incorporar las tablas de la OMS, en las tablas nacionales como se ilustra en la Figura 2, con una leyenda al margen referida a las de la OMS, que reza: "Este gráfico

FIGURA 2. Tablas de estatura de la OMS superpuestas a la tabla de la Sociedad Argentina de Pediatría



superimpuesto ha sido preparado por la OMS con niños de muy diferentes culturas, sanos, bien alimentados y cuidados, que han crecido en un medioambiente muy favorable y expresa el crecimiento al que debemos aspirar para todos los niños del mundo".

Esta alternativa requiere una tarea docente y mensajes explicativos sobre el significado de las tablas, para evitar causar confusión en el nivel de atención pediátrica. Teniendo en cuenta que uno de los aportes de las tablas OMS se verifica sobre el crecimiento diferencial de los niños alimentados a pecho, sobre todo en los primeros 12 meses, tal vez, en lugar de la superposición de tablas entre los 0 y 5 años, se deban expandir las tablas OMS en los primeros 12 meses.

- c. Para la tarea de comparar datos de crecimiento como índice de salud y nutrición de grupos de población en algún tipo de riesgo (por ejemplo, grupos sociales, étnicos, geográficos, etc.). El grupo de población que se quiere estudiar tiene características específicas y con esta intención es que algunos autores han comparado el grupo en estudio con las referencias nacionales. Se considera más adecuado comparar el crecimiento de ese grupo con algún rasgo específico, con el de otro grupo de población (grupo control o testigo), que difiera con el grupo de estudio en el rasgo que se quiere evaluar (nivel social, étnico o geográfico). Se trata de un problema de diseño experimental y aquí se recomienda usar algo más que la comparación de estaturas medias.
- d. Como paradigma internacional. Para la comparación entre países de la prevalencia de niños por debajo o encima de límites normales de peso, estatura u otros índices. En este caso, las tablas OMS son la mejor alternativa, como paradigma de condiciones de bienestar y crecimiento fisiológico al cual todas las poblaciones infantiles del mundo tienen derecho. Las tablas OMS deberían ser tenidas en cuenta como patrón de comparación entre países y como meta para las poblaciones de los países. Asimismo, es importante para las publicaciones científicas que pueden encontrar en las tablas de la OMS un patrón común de comparación. Asimismo, las tablas OMS deberían ser tomadas como meta de crecimiento y desarrollo positivos por los ministerios, organismos de salud pública y agencias encargadas de trabajar por la salud, el crecimiento y desarrollo de los niños. Todos los niños del país deberían poder crecer como prescriben las tablas de la OMS. El Grupo recomienda a las autoridades de salud que se incorpore el crecimiento como

indicador positivo de salud. Aquí enfatizamos que se trata de acciones sobre *grupos de población* y no sobre individuos. Por lo tanto, el grupo recomienda a las autoridades de salud que se incorpore el crecimiento de grupos de población como indicador positivo de salud.

Resulta entonces razonable concluir que los estándares de la OMS y las referencias nacionales no compiten entre sí sino que son complementarios.²²

El Grupo considera necesario continuar con la capacitación de los pediatras y otros agentes de salud que atienden niños, sobre evaluación del crecimiento y la naturaleza de una tabla de crecimiento ya sea una referencia o un estándar y sobre la interpretación de la evaluación antropométrica.

RECOMENDACIONES

La Organización Mundial de la Salud ha generado con este estudio una conciencia internacional sobre un modelo de medioambiente y condiciones de vida con características tales que se asocian al concepto contemporáneo de salud infantil y a un crecimiento positivo.

Se considera que las autoridades del estado y de las instituciones privadas cuyas acciones repercuten en la salud de grupos de población, disponen ahora de un paradigma para reforzar sus acciones en pro de la salud infantil, con el fin de lograr para todos los niños de nuestro país un medio ambiente y condiciones de vida similares a aquellas con las que se criaron los niños del grupo de estandarización de la OMS, desde la alimentación a pecho hasta las condiciones de bienestar general y de atención médica.

Se considera que para el uso clínico son necesarias las referencias nacionales desde la concepción hasta la madurez y el Grupo recomienda su plena vigencia en el ámbito nacional. Las tablas nacionales no están en discusión, las normas de la Sociedad Argentina de Pediatría y de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública, Maternidad e Infancia, deberían continuar vigentes.

No obstante, las tablas OMS hacen aportes significativos: 1) dan cuenta del crecimiento diferencial de niños alimentados a pecho, sobre todo en el primer año de vida, que es cuando muchas lactancias son indebidamente suspendidas; y este instrumento debe ser incorporado de la mejor manera a las herramientas pediátricas; 2) brindan un modelo de crecimiento que es expresión de un paradigma alimentario, de atención de salud y de condiciones medioambientales a las que todos los niños del mundo tiene derecho; 3) brindan una referencia

internacional para la comparación del crecimiento en grupos de población entre países.

Se considera que las tablas nacionales y las internacionales no compiten entre sí sino que se complementan.

El Grupo considera relevante la enseñanza del crecimiento, su evaluación y el uso de tablas de crecimiento por el personal de salud que atiende niños, así como la incorporación por parte de las autoridades de salud, del crecimiento de grupos de población como indicador positivo de salud infantil. ■

Aclaración

Los Dres. María L. Ageitos, Juan Heinrich, Carlos Fustiñana y Carmen Maza formaron parte del grupo "ad hoc" pero no consideraron pertinente participar como autores.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization Working Group on Infant Growth. An evaluation of infant growth. Geneva: World Health Organization, 1994.
2. De Onis M, Garza C. Time for a new growth reference. *Pediatrics* 1997; 100(5):1-2.
3. De Onis M, Garza C, Victora CGH, Bahn MK, Norum KR. (Guest editors). The WHO multicentre growth reference study (MGRS): rationale, planning and implementation. *Food and Nutrition Bulletin*. Suppl 2004; (1):1-25.
4. De Onis M, Garza C, Onyango AD, Martorell R. WHO Child Growth Standards. *Acta Paediatr* 2006; 95(Suppl. 450).
5. World Health Organization. WHO Child Growth Standards. Length/height for age, weight for age, length / age, weight for height and body mass index-for age. Methods and Development. 2006.
6. Garza C. New growth Standards for the 21st century: a prescriptive approach. *Nutr Rev* 2006; 64(5):S55-S59.
7. Lejarraga H, Orfila, G. Estándares de peso y estatura para niñas y niños argentinos desde el nacimiento hasta la madurez. *Arch Argent Pediatr* 1987; 85:209-222.
8. Lejarraga H, Morasso M del C, Orfila G. Estándares de peso/edad y peso/talla para el niño menor de 6 años en atención primaria. *Arch Argent Pediatr* 1987; 85:69-76.
9. Lejarraga H, Anigstein C. Desviaciones estándar del peso para niñas y niños argentinos desde el nacimiento hasta la madurez. *Arch Argent Pediatr* 1992; 90:239-242.
10. Lejarraga H, Fustiñana C. Estándares de peso, longitud corporal y perímetro cefálico desde las 26 hasta las 92 semanas de edad postmenstrual. *Arch Argent Pediatr* 1986; 84:210-214.
11. Lejarraga H, Morasso M del C, Longo E. Guías para la evaluación del crecimiento y nutrición del niño menor de seis años de atención primaria. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Subsecretaría de Programas de Salud. Ministerio de Salud y Acción Social, Noviembre 1984. Reimpreso marzo 1988.
12. Sociedad Argentina de Pediatría. *Guías para la evaluación del crecimiento*. 2^a ed. SAP, Comité de Crecimiento y Desarrollo. 2001.
13. Lejarraga H, Krupitzky S, Giménez E, Diament N, Tibaldi

- F, Kelmansky D, Cameron N. Organización de un Programa Nacional Colaborativo de Evaluación del Desarrollo Psicomotor en Niños Menores de Seis Años. *Arch Argent Pediatr* 1996; 94, 290-300.
14. del Pino de Olivera N, Lejarraga H. Vigencia de los estándares nacionales de peso y estatura de 0 a 5 años. *Arch Argent Pediatr* 2003; 101(5):351-356.
 15. del Pino Bay L, Lejarraga H, Kovalsky I, Berner E, Rausch Herscovici CR. Peso y estatura de una muestra nacional de 1971 adolescentes: las referencias argentinas continúan aun vigentes. *Arch Argent Pediatr* 2005; 101(4):323-330.
 16. Lejarraga H, Meletti I, Biocca S, Alonso V. Secular trend and environmental influences on growth at adolescence in Argentina. En: *Auxology 88, Perspectives in the science of growth and development*. JM Tanner ed. Smith-Gordon-Nishimura, chap. 1989; 3:211-220.
 17. Lejarraga H, Andrade JH, Abeyá Gilardón E. Evaluación del peso y talla en varones de 18 años de la República Argentina. Estudio Colaborativo. *Bol. Academia Nacional de Medicina* 1989; 67:325-335.
 18. Cusmisnky M. Tendencia secular del crecimiento en la Argentina. *Revista de Hospital de Niños (Buenos Aires)* 1978; 20:197-200.
 19. Bolzan AG, Guimarey LM. Proporciones corporales y tendencia secular de escolares de San Clemente del Tuyú, Pcia. de Buenos Aires. *Arch Argent Pediatr* 1992; 90:264.
 20. Dirección de Maternidad e Infancia. MSP: Evaluación del estado nutricional de la población de varones de 18 años, Argentina. Calvo E. Editora. Ministerio de Salud y Acción Social, 1999.
 21. Tanner JM. Use and abuse of growth standards. En: Falkner & Tanner: *Human Growth. A comprehensive treatise*. Tomo III. Plenum, London, 2ª edición, 1985; 5:95-112.
 22. Lejarraga H. Evaluación del crecimiento y nutrición. Uso de estándares nacionales versus estándares internacionales: un falso dilema. *Arch Argent Pediatr* 1992; 80:364-368.

“Cuando escucho la multitud aplaudir a un hombre siempre siento compasión por él.
Para escuchar los silbidos sólo deberá vivir bastante.”

HI MENCKEN