

Cartas al editor

Señor Editor:

He leído la carta del Dr. Carlos Grandi relacionada con nuestro artículo sobre desarrollo de complicaciones en niños con meningitis.¹ Agradecemos la pertinente intervención y esperamos poder aclarar algunos errores involuntarios.

En relación con las variables cualitativas de más de una categoría, dicho enunciado se refiere al "agente etiológico" (en LCR y/o hemocultivos), que contempla tres categorías: *H. influenzae*, *N. meningitidis* y *S. pneumoniae*. Esta es la variable tratada como "dummy". Su nominación como "variable ficticia" fue efectuada por el corrector de estilo de la revista sin consulta a los autores.

Aunque no fue aclarado, el mejor ajuste del modelo referido en la tabla 3 (evaluado por *likelihood ratio test*) fue realizado con STATA 8.0, arrojando un valor de 31,91.

En esa misma tabla, se consignó exponente beta y error estándar, etiquetándolos erróneamente como coeficiente beta y desvío estándar, respectivamente.

Esperando haber respondido a las inquietudes generadas, saluda atte.

Dra. M. de la Paz Del Valle

Médica Residente de Clínica Pediátrica
Hospital General de Niños "Dr. Pedro de Elizalde"

1. Davenport MC y cols. Meningitis bacteriana: factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones agudas. *Arch Argent Pediatr* 2007; 105(5):405-410.

Nota del editor: las correcciones de estilo no son consultadas con el autor o autores debido a que responden a la premisa fundamental de respetar el apropiado uso del idioma castellano.

La salud y las curvas de crecimiento

Señor Editor:

Virchow revolucionó la ciencia cuando dijo que las causas de las enfermedades había que buscarlas en la célula, dando por tierra al paradigma hasta entonces vigente de los cuatro humores.

Pero también fue pionero al plantear la importancia de los condicionantes sociales y económicos en su relación con las causas y consecuencias de esas enfermedades.

Nuestro primer ministro de salud, Ramón Carrillo, hace más de 50 años dijo: "...frente a la pobreza, frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causa de enfermedades son unas pobres causas..." y así adelantó el pensamiento que hoy llamamos determinantes sociales de la salud y enfermedad.

La salud está determinada en buena medida por factores sociales. Los determinantes sociales de la salud producen amplias inequidades en salud y entre las sociedades. Los pobres tienen peor salud que los no pobres, tienen menos acceso a los servicios y mueren antes en todas las sociedades.

Ahora el siglo XXI nos enfrenta a un paradigma de derechos sobre el concepto de salud, inscripto en la Constitución de la OMS, como principio "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" y que a renglón seguido dice "El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social".

El nuevo patrón de crecimiento de la OMS, adoptado por Resolución 1.376/07 por la máxima autoridad sanitaria de nuestro país, expresa ese ideal de salud al que todos los niños tienen derecho a aspirar.

La salud vista desde la perspectiva de los derechos amplía la mirada biológica. Sólo esta perspectiva de derecho amplía el horizonte hacia una mirada de los determinantes sociales, particularmente educación, situación social, cultural, política, económica como se procura con la ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y no limitando la salud a lo biológico.

El reciente artículo publicado en la sección *Pediatría práctica*¹ es una publicación redundante de lo ya expresado en dos comunicaciones anteriores en *Archivos*, de una de las cuales fui coautor.^{2,3} La sugerencia de limitar la aplicación de las nuevas curvas a los menores de 2 años restringe la posibilidad de procurar el derecho a la salud de los niños de 2 a 5 años.

Las curvas de crecimiento son un excelente

instrumento para la vigilancia de la salud en el control del niño porque el tamaño alcanzado es expresión de la potencialidad genética del individuo pero con una importante influencia del ambiente y de la interacción de éste con esa potencialidad genética.

El aparente dilema que se presenta es si las curvas deben reflejar el crecimiento del niño sano o deben ser representativas del crecimiento de la población. Este dilema puede constituirse en una discusión irrelevante en aquellos países que han alcanzado su potencial genético de crecimiento y además de presentar satisfactorios indicadores de salud (mortalidad infantil, expectativa de vida) y sociales (empleo, educación) tienen una equidad en salud satisfactoria. Pero cuando la población presenta importantes gradientes sociales que se expresan en la inequidad en la salud, no es conveniente utilizar muestras poblacionales representativas del conjunto para monitorear a los individuos. Las curvas construidas a partir de esas poblaciones, considerarán normales a muchos niños que en realidad no lo son si uno aplicara criterios de inclusión basados en el derecho a una mejor salud, como lo ha hecho la OMS.

Las curvas de la OMS son el mejor estándar para nuestro país tanto para la pesquisa y la vigilancia individual como para la epidemiología nutricional comunitaria. Ocurre que hasta ahora no había un estudio antropométrico que respetara el juicio moral que implica que los niños seleccionados fueran aquellos en quienes se respetaran las condiciones de crianza, ambiente y condiciones de vida acordes con las propias recomendaciones de la mejor evidencia en medicina. Por otra parte, este estudio de la OMS reafirma lo que ya había sido señalado por los estudios del INCAP⁴ y de Chile⁵ en el sentido de que habida cuenta de adecuadas condiciones de salud, nutrición y crianza los niños de entornos étnicos y culturales diferentes crecen de manera similar. Además, y no es un dato menor, el estudio de la OMS presenta tres características fundamentales que actualmente carecen nuestros estudios nacionales: a) el tamaño muestral para garantizar en todos los grupos etáneos la precisión en los percentilos extremos; b) la frecuencia de las mediciones y el bajo desgranamiento; c) el proceso matemático y estadístico de construcción de curvas.

Dada la normal variabilidad de las medidas antropométricas en la población, el valor de un estándar está en poder pesquisar individuos, no en hacer diagnósticos. Y la capacidad de esa pesquisa está fuertemente influida por la prevalencia del evento a pesquisar, ya que ésta es la principal

determinante de su valor predictivo. Esto significa que el diagnóstico siempre será el resultado del juicio crítico de quien examina al niño. Guías de orientación diagnóstica así como la capacitación en servicio son imprescindibles y contribuirán a que el uso de estas nuevas curvas facilite la búsqueda de una mejor salud.

En el país hay poco más de seis mil efectores en el primer nivel de atención donde el equipo de salud no sólo realiza prestaciones individuales sino que extiende su actividad a acciones extramurales en la comunidad. Para esos equipos el uso de las nuevas curvas de la OMS serán particularmente útiles para orientar y vigilar las acciones a nivel comunitario en pro de un mayor bienestar de todos los niños.

Dr. Enrique O. Abeyá Gilardon
eoabeya@intramed.net

1. Lejarraga H. Consideraciones sobre el uso de tablas de crecimiento en la Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2007; 105(6):545-51.
2. Lejarraga H (coordinador). 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. *Arch Argent Pediatr* 2007; 105(2):159-66.
3. Lejarraga H, Fano V, del Pino M, Caíno S. Consideraciones sobre las tablas de la OMS (Carta al editor). *Arch Argent Pediatr* 2007; 105(5):478-9.
4. Habicht JP, Martorell R, Yarbrough C, Malina R, Klein R. Height and weight standards for preschool children. How relevant are ethnic differences in growth potential? *Lancet* 1974; 1(7858):611-4.
5. Bustos P, Amigo H, Muñoz S, Martorell R. Growth in indigenous and nonindigenous Chilean schoolchildren from 3 poverty strata. *Am J Public Health* 2001; 91(10):1645-9.

En respuesta a la carta del Dr. Abeyá

Señor Editor:

La carta del Dr. Abeyá publicada en este mismo número, con comentarios sobre un artículo mío de *Archivos* 2007, 106:145-151 me sorprende por varias razones. En primer lugar, porque es contradictoria con un artículo firmado por él mismo (*Arch Argent Pediatr* 2007; 105:159-166), en conjunto con muchos otros pediatras interesados en crecimiento y nutrición. En segundo lugar, porque dice que mi artículo es redundante, cuando en realidad se trata de una expansión del tema de las tablas de crecimiento, un análisis hecho en mayor detalle que puede ser de utilidad a los lectores interesados. En tercer

lugar, me sorprende porque apela a la "máxima autoridad de Salud del país", (autoridad política que nadie discute), cuando de lo que se trata en nuestra Sociedad de Pediatría, que es una sociedad científica, es de hacer un debate de ese carácter, es decir un análisis de los fundamentos científicos de nuestras decisiones frente a los problemas de salud de nuestros niños.

El Dr. Abeyá dice que no usar las tablas OMS de 2 a 6 años sería "...restringir la posibilidad de procurar el derecho a la salud...", como si instalar una tabla más alta que la que corresponde implicara dar un subsidio estatal, o una asignación familiar a grupos de población. En el seno del consultorio pediátrico, una tabla más alta sólo va a servir para hacer más derivaciones y consultas innecesarias, más estudios inútiles, y adicionalmente, provocar la angustia gratuita a miles de madres cuyos hijos, lo único que les pasa es que son argentinos, y su crecimiento es el resultado de esa compleja interacción genética-medioambiente.

El autor de la carta incurre en otros errores, como por ejemplo el que se refiere a los países que han alcanzado su potencial genético de crecimiento. Quisiera sabe cuáles son esos países, porque en USA, Francia, Reino Unido, Japón y hasta en Suecia hay gradientes sociales de estatura. Precisamente, todos esos países que tienen tablas nacionales, han decidido continuar usando tablas nacionales descriptivas, entre otras razones, **porque hay gradientes sociales**.

Siempre hablando de los datos de 2 años en adelante, (ya que nosotros proponemos la inclusión de los datos OMS de 0 a 2 años porque dan cuenta del crecimiento en niños alimentados a pecho), el autor dice que "muchos niños" ...de las muestras con que se construyeron las curvas nacionales... "**son anormales**". Este es un error grave. Los niños de clases sociales medias bajas y bajas que están representados en las tablas nacionales, al igual que esos grupos sociales actuales, **de ninguna manera son anormales**, no están desnutridos, ni tienen tuberculosis, ni malabsorción ni ninguna enfermedad importante. Los niveles sociales medios y bajos incluyen familias de obreros de la construcción, campesinos, secretarías, reposidores de supermercados, etc. Ellos no están representados en las tablas OMS, pero tienen todo el derecho de estar en una tabla nacional. Me pregunto qué dirían los individuos de estos grupos sociales si les dijéramos que el Dr. Abeyá piensa que ellos **son anormales**, y que no deberían estar representados en una tabla de crecimiento para uso clínico, y que si sus hijos están por debajo de ciertos límites,

lamentablemente serán clasificados como anormales. Esta idea es ofensiva y discriminatoria pero, proveniente de un funcionario ministerial como el Dr. Abeyá, es además, muy preocupante.

Dr. Horacio Lejarraga

Señor Editor:

En relación al artículo del Dr. Horacio Lejarraga sobre uso de tablas de crecimiento, recientemente publicado en *Archivos* 2007; 105(2):541-545, quiero manifestar mi total acuerdo con las ideas expresadas en él, recomendando la incorporación de las tablas propuestas por la OMS, solamente en lo que corresponde al período 0-2 años. Más allá de esta edad, para uso clínico debemos continuar con las tablas nacionales, de carácter descriptivo, que dan cuenta de cómo crecen nuestros niños. No siendo recomendable sustituirlas, salvo por nuevas (con datos actualizados) que puedan ser confeccionadas futuramente en nuestro medio. Esta opinión está sustentada por muchos años de investigación y trabajo clínico sobre el tema. Las Tablas de la OMS representan un paradigma a alcanzar, una referencia internacional, que debe servir como guía a quienes tienen responsabilidades en salud pública, en grupos de población. "Los que cotidianamente atendemos pacientes con problemas de crecimiento necesitamos una referencia que describa cómo crecen los niños de nuestro país y esa referencia está dada por las tablas nacionales actualmente en uso".

Atentamente,

Dr. Luis Guimarey

Investigador de la Comisión de
Investigaciones Científicas de la Prov. de Bs. As.
Jefe del Servicio de Especialidades Clínicas Pediátricas,
Hospital Sor María Ludovica
Prof. Adjunto de Pediatría (FCM) y
Antropología Biológica (FCNyM)/UNLP