

COMENTARIO EDITORIAL:

Nuevas tablas de crecimiento mundiales basadas en niños amamantados

Juan Pablo Mousesca*

Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS) presentará en 2006 las nuevas tablas de crecimiento basadas en niños amamantados. Las curvas actualmente utilizadas se basan en lactantes alimentados con fórmula o en forma mixta. Hay divergencia entre el crecimiento de estos niños y los que son amamantados en forma exclusiva. La OMS decidió reelaborar el criterio de desarrollo de patrones de crecimiento infantil. Hasta ahora, mayormente, se han usado patrones descriptivos (basado en grupos de niños sanos estadísticamente representativos). El nuevo patrón de crecimiento fue diseñado para describir el modo en que los niños deberían crecer. Este enfoque prescriptivo toma la lactancia materna como norma biológica y establece al lactante amamantado y bien cuidado como paradigma de crecimiento. Se describe brevemente el diseño del estudio que originó estas nuevas tablas. Habrá que evaluar cómo seguir a los niños en condiciones especiales. Las bajas tasas de lactancia materna exclusiva en todo el mundo nos alertan. Estudios recientes muestran estrategias útiles para aumentarlas y facilitar su mantenimiento.

Mousesca J. Nuevas tablas de crecimiento mundiales basadas en niños amamantados. Evid. actual. práct. ambul; 9(2): 34-35, Mar-Abril 2006.

A partir de este año (2006) estarán disponibles las primeras tablas de crecimiento construidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que utilizan como patrón a niños amamantados en un entorno ambiental favorable. Una médica argentina, la Dra. Mercedes de Onis, encargada del departamento de Nutrición para la salud y el desarrollo de la OMS fue la coordinadora del estudio multicéntrico que originó dichas curvas¹.

Las tablas utilizadas en la mayor parte del mundo son las del Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias de EEUU y las de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estas curvas fueron elaboradas en 1977 sobre la base del crecimiento de niños norteamericanos alimentados predominantemente con leche de vaca modificada o fórmulas actualmente inexistentes. Asimismo, las pautas de alimentación en ese tiempo eran diferentes a las actuales ya que no era infrecuente la incorporación de semisólidos desde los primeros meses de vida. En el 2000, en EEUU, el Centro de Control de Enfermedades (CDC) elaboró nuevas tablas, también basadas en lactantes norteamericanos alimentados con fórmula². En Argentina contamos con curvas de crecimiento propias elaboradas en 1975, que asimismo utilizan como patrón a niños alimentados con fórmulas lácteas, por lo que las críticas antes mencionadas son aplicables³.

El punto central que llevó a elaborar nuevas curvas fue la divergencia entre el crecimiento de niños sanos amamantados y el patrón de referencia utilizado actualmente, reflejada en los resultados del Grupo de Trabajo sobre Crecimiento Infantil de la OMS. Este comparó el patrón actual, con el crecimiento de 226 lactantes de Europa central y América del Norte alimentados con lactancia exclusiva o predominante durante cuatro a seis meses y que siguieron siendo amamantados hasta el año de vida^{4,5}. Las desviaciones⁶ eran de tal calibre que llevaban a pensar que la producción de leche de muchas mujeres no era suficiente para mantener un crecimiento fisiológico durante el período de lactancia exclusiva. Y, en consecuencia, a introducir alimentos complementarios en forma anticipada. Esto tiene efectos adversos sobre la salud de los lactantes y los priva de efectos beneficiosos de la lactancia exclusiva^{6,7}. Otros estudios también mostraron esas diferencias en el crecimiento de los amamantados respecto a los alimentados con fórmula^{8,9}.

A partir de estos hallazgos y luego de muchas deliberaciones, la OMS decidió reelaborar el criterio de desarrollo de patrones de crecimiento infantil. Hasta ahora dichos patrones se han basado en la identificación y medición de grupos de niños sanos estadísticamente representativos. Estos estándares son llamados descriptivos porque describen la forma en que los niños sanos crecen en una población¹⁰. La definición de sano incluía la ausencia de enfermedad reconocible y estar cerca de la media de los datos de la población de referencia. Esta metodología tiene la limitación de que las curvas de crecimiento serán distintas según como sea esa población¹¹. Por ejemplo, con el aumento en la tasa de niños obesos, las curvas de referencia construidas en una zona próspera,

subestimarían la cantidad de niños obesos. En oposición, en un país pobre, la desnutrición crónica e intergeneracional daría como normal crecimientos subóptimos.

Surgió como alternativa realizar estándares llamados prescriptivos. Es decir, realizar un nuevo patrón basándose en el crecimiento de niños sanos en óptimas condiciones que representara como deberían crecer los niños en todos los países; en lugar de describir como crecen en un determinado tiempo y lugar.

El nuevo patrón de crecimiento fue diseñado para describir el modo en que los niños deberían crecer mediante criterios de inclusión concordantes con las recomendaciones vigentes de promoción de la salud (por ejemplo, madres no fumadoras). Este enfoque prescriptivo toma la lactancia materna como norma biológica y establece al lactante amamantado y bien cuidado como paradigma de crecimiento.

Entre 1997 y 2003 se realizó el Estudio multicéntrico de la OMS sobre el Patrón de Crecimiento en niños de diferentes orígenes étnicos y culturales (Brasil, Estados Unidos, Ghana, India, Noruega y Omán)¹². El diseño combinó un estudio longitudinal desde el nacimiento hasta los 24 meses con un estudio transversal de niños de 18 a 71 meses. Los criterios de reclutamiento de los recién nacidos fueron: 1) condiciones socioeconómicas favorables, 2) cumplimiento de las recomendaciones sobre alimentación (lactancia materna exclusiva o predominante hasta el cuarto mes por lo menos y continuada hasta el año), 4) madre no fumadora, 5) feto único a término, 6) ausencia de morbilidad significativa. Las madres y los recién nacidos fueron visitados en las semanas 1, 2, 4 y 6; una vez al mes desde el segundo mes hasta el año y cada dos meses durante el segundo año.

En cada visita se tomaron los datos de antropometría (peso, talla, perímetro cefálico, perímetro braquial y pliegue cutáneo tricipital y subescapular). Además se evaluaban pautas sencillas de desarrollo motor, características socioeconómicas y seguimiento de las pautas de alimentación. Las madres contaron con acceso a apoyo para la lactancia. El estudio transversal incluyó niños que habían sido amamantados hasta por lo menos el cuarto mes.

Debido a estos exigentes criterios de inclusión, se esperaba que solo el 20% de los individuos fuera elegible para la muestra, lo que aumenta el riesgo de que los niños estudiados fueran diferentes en otros aspectos al resto de la población y al resto de los países. Sin embargo, el estudio -que no incluye poblaciones latinas- refiere (datos aun no publicados) que hay muchas similitudes en el crecimiento entre los seis centros.

Esto evidenciaría que las diferencias de crecimiento entre poblaciones ricas y pobres y de diferente origen étnico se deben más a factores ambientales que a diferencias genéticas. Como el estudio incluye niños de hasta cinco años de edad, los mayores de esta edad deberán seguir rigiéndose por las curvas actuales. Recientemente, un estudio de la población adolescente argentina de 10 a 19 años mostró que las tablas actuales continúan siendo vigentes¹³.

* Médico Especialista en Pediatría. Monte Grande.

Está claro que las nuevas curvas van a ser útiles para el seguimiento de lactantes amamantados exclusivamente y que éste es el paradigma del crecimiento. Habrá que evaluar cómo seguir a los lactantes alimentados con fórmula o en forma mixta. Y cómo se pueden considerar los problemas derivados de las dificultades ambientales, de la madre o del niño (pobreza, lactancia y trabajo materno, hipogalactia, gemelos, pretérminos, retraso de crecimiento intrauterino, etc.) para evaluar el crecimiento de los niños que no cumplen con esa meta, aún recibiendo lactancia exclusiva.

En este sentido, quisiera transcribir las palabras del Dr. Lejarraga en el prólogo a la Primera Edición (1986) de las Guías de Crecimiento que usamos actualmente en Argentina:

"...quiérase o no, una tabla normal de referencia adquiere casi siempre una connotación que podríamos llamar "ética". Se termina pensando que un determinado niño "debe" seguir rígidos dictados, expresados por una curva impresa... ; ...la gráfica constituye una guía para que el médico pueda valorar mejor al niño, pero no debe prescindirse del criterio clínico, recordando en última instancia que el mejor control del niño es el niño mismo, a lo largo del tiempo..."¹⁴.

Bibliografía

1. Ageitos M. Documento seleccionado. PRONAP 2005; 2:132.
2. Ogden C, Kuczmalski R et al. Center for Disease Control and Prevention. 2000 Growth charts for the US: improvements to the 1977 National Center for Health Statistics Version. *Pediatrics* 2002;109:45-60.
3. Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo. Sociedad Argentina de Pediatría. Criterios de Diagnóstico y tratamiento. 1986.
4. Garza C, De Onis M et al. Justificaciones para la elaboración de una nueva referencia internacional del crecimiento. *Food an Nutrition Bulletin* 2004; 25(1) S5-S14. United Nations University.
5. De Onis M. Crecimiento de niños amamantados. Nuevas gráficas de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud basadas en niños amamantados. PRONAP 2005; 2:133-140.
6. Kramer M, Guo T, Platt R et al. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared to 6 month of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr* 2003;78:291-295.
7. Jakobson M, Sodemann M et al. Termination of breastfeeding after 12 month of age due to a new pregnancy and other causes is associated with increased mortality in Guinea-Bissau. *International Journal of Epidemiology* 2003; 32: 92-96.
8. Kramer M, Guo T, et al. Breastfeeding and infant growth: Biology or bias? *Pediatrics* 2002; 110:343-7.
9. Spyrides M, Struchiner C et al. Amantação e crescimento infantil: um estudo longitudinal em crianças do Rio de Janeiro; Brasil, 1999/2001. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2005;21(3): 756-766.
10. Lejarraga H. Concepto y uso de estándares de crecimiento. Guías para la evaluación del crecimiento. 2ª Edición. Comité Nacional de Crecimiento y desarrollo. Sociedad Argentina de Pediatría. 2001:37-8.
11. Wright Ch. Growth charts for babies. New WHO charts are based on breast fed babies from rich and poor countries. *BMJ* 2005; 330:1300-400.
12. De Onis M, Garza C et al. El estudio multi-centro de la OMS de las referencias de crecimiento: Planificación, diseño y metodología. *Food an Nutrition Bulletin* 2004;25(1) S15-S26. United Nations University.
13. Del Pino M, Bay L, et al. Peso y estatura de una muestra nacional de 1971 adolescentes de 10 a 19 años: las referencias argentinas continúan vigentes.
14. Lejarraga H. Prólogo a la Primera Edición (1986). 2ª Edición. Comité Nacional de Crecimiento y desarrollo. Sociedad Argentina de Pediatría. 2001: 11-14.
15. Ciapponi A. Nueva guía de cuidados preventivos de la Fuerza de Tareas de Estados Unidos (primera entrega). *Evid actual pract ambul* 2005;8:179-182.

El adiós a un amigo

En estas pocas líneas queremos despedir a una persona muy querida por nosotros, recientemente fallecida a una edad demasiado temprana. Fernando Colmenero fue una persona inolvidable, con una inteligencia, un sentido del humor y una calidad humana fuera de serie. Fer era un médico generalista, que luego de terminar su carrera en la UBA se fue a trabajar al sistema público en Esquel, en el Sur de Argentina.

A su retorno a su gran ciudad natal (Ciudad de Buenos Aires), fue orientando sus intereses hacia temas muy variados que incluían la farmacología clínica, la epidemiología clínica, y la economía de la salud.

Fue durante ese derrotero en el que tuvimos la suerte de conocernos, y disfrutar a una de las personas más inolvidables que pasaron por las aulas de nuestro Programa de Efectividad Clínica (el PEC).

Fernando fue un alumno brillante de la promoción 2001 y una persona muy querida y respetada por sus compañeros y docentes. Luego trabajó un tiempo con nosotros en la Unidad de Ensayos Clínicos de la Unidad de Medicina Familiar, fue colaborador en EVIDENCIA, y al poco tiempo hizo las valijas y se fue junto a su mujer Verónica a continuar su carrera a la Universidad de Harvard, donde fue becado para realizar un doctorado (PhD) en Políticas de Salud y Administración en la Escuela de Salud Pública.

Vale la pena mencionar que la beca que consiguió Fernando es inusual que se la otorguen a un extranjero.

Aunque fueron pocos los años que allí pasó, sabemos que los disfrutó mucho junto a Verónica y en buenas temporadas con su hija Martina.

Queremos reproducir aquí un fragmento del mensaje que nos envió Verónica en ocasión de su fallecimiento.

"Quería avisarles que Fernando murió el sábado 15 de abril (para aquellos que no estaban al tanto tenía un cáncer de pulmón hace casi un año del diagnóstico). Qué decirles,... una tristeza infinita pero a la vez la paz de haber hecho lo mejor que pudimos. Los que lo conocieron mas imaginarán que pasamos un año divertido a pesar de todo, paseamos y estuvimos juntos acumulando el amor que Martina y yo necesitaremos para lo que se nos viene. Lo vamos a extrañar horrores... Una idea para aquellos que tengan ganas: tenía ganas de juntar historias sobre Fer para Martina (para cuando tenga ganas de volver a preguntarse quien era su papá). Cualquier historia es buena, no tiene porque ser magnífica..."

Sabemos que Fernando va a seguir siempre muy presente en nuestro recuerdo y en el de cada persona que tuvo el enorme privilegio de conocerlo y disfrutarlo.

- Federico Augustovski
- Fernando Rubinstein
- Adolfo Rubinstein