



Concha Sánchez Pina
Presidenta

Paloma Hernando Helguero
Vicepresidenta

Marién Llorente Miñarro
Secretaria

Julia Hernández Delgado
Tesorera

Estimada Dra. Miquel

Madrid, 7 de marzo 2010

La monitorización del crecimiento físico en la infancia es un buen indicador del estado de salud del niño y, por tanto, un elemento esencial de la práctica pediátrica. Sin embargo, la interpretación de la evolución del crecimiento depende en gran parte de los datos de referencia escogidos.

Actualmente sabemos que los niños alimentados con lactancia materna crecen de forma distinta que los alimentados con sucedáneos, y estas diferencias pueden tener implicaciones en el manejo nutricional. Los lactantes que no reciben lactancia materna engordan más que los niños alimentados al pecho y este crecimiento precoz excesivo se asocia a un mayor riesgo de obesidad en la infancia[1][2]. Si se comparan con niños alimentados con sucedáneos, podría parecer que los amamantados engordan menos de lo normal y esto puede inducir la introducción de complementos innecesarios e incluso el abandono, por desconfianza, de la lactancia materna, lo que podría poner en riesgo su salud y tener importantes repercusiones de salud pública[3].

Por otra parte, en los últimos años existe una preocupación creciente por el aumento de la prevalencia de la obesidad infantil. Los resultados del estudio enKid permiten estimar una prevalencia de obesidad del 13,9% en la infancia y adolescencia, y del 12,4% para el sobrepeso, lo que supone que un 26,3% de los niños y adolescentes españoles de 2 a 24 años tiene sobrecarga ponderal[4].

También se ha producido en los últimos años un aumento significativo de la población inmigrante, que en la actualidad llega al 17% en la Comunidad de Madrid[5].

Las curvas de crecimiento que utilizamos actualmente en atención primaria son las de la Fundación Orbegozo. Estas gráficas están elaboradas con una población autóctona de niños de la zona de Bilbao, muchos de ellos alimentados con sucedáneos de la leche materna, y describen el crecimiento de una población determinada en un momento concreto, independientemente de que su crecimiento sea o no el óptimo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en 2006 unos nuevos patrones de crecimiento infantil para niños de 0 a 5 años, basados en un estudio multicéntrico que fue diseñado para reflejar el crecimiento óptimo los niños en lugar de limitarse a describir su crecimiento en un momento y lugar concretos[6]. El estudio se elaboró a partir de una muestra de casi 8.500 niños de diverso origen étnico y cultural, procedentes de 6 países (Brasil, Estados Unidos, Ghana, India, Noruega y Omán), con criterios de inclusión y exclusión explícitos, mediciones muy estandarizadas y un control de calidad muy riguroso. El estudio ha demostrado que los niños sanos de diversas regiones del mundo tienen un crecimiento muy similar cuando se crían en ambientes sanos, se satisfacen sus necesidades de salud y siguen las prácticas de alimentación recomendadas[7].

La originalidad de los nuevos patrones de la OMS radica en que reflejan el crecimiento óptimo logrado cuando los niños crecen en condiciones ambientales adecuadas, que permiten alcanzar el máximo potencial genético de crecimiento. Definen a la lactancia materna como el modelo normativo de crecimiento y desarrollo, y son la mejor descripción del crecimiento fisiológico a esta edad, por lo que son preferibles a las referencias del crecimiento que están basadas en niños alimentados mayoritariamente con fórmula y reflejan un mayor aumento de peso. Estos patrones proporcionan una herramienta técnicamente sólida que puede ser utilizada para evaluar el crecimiento en cualquier circunstancia, independientemente del origen étnico, el estado socio-económico o el tipo de alimentación, y son de aplicación universal.

En la actualidad existe un amplio consenso internacional sobre la utilidad de los patrones de crecimiento de la OMS para evaluar el crecimiento infantil, y se han incorporado o se van a incorporar en más de 100 países, entre los que se encuentran el Reino Unido y Canadá. En Estados Unidos y Australia también se está estudiando la posibilidad de incorporarlos. En España, se han incorporado ya en Andalucía, Galicia, Navarra y Valencia.

Motivada por el aumento global de la obesidad infantil, la OMS publicó en 2007 unas curvas de crecimiento para escolares y adolescentes de 5 a 19 años, elaboradas con los mejores datos históricos disponibles a partir de una población que había alcanzado el potencial de crecimiento en talla, pero cuando todavía no se había iniciado la epidemia de obesidad, que permiten una mejor detección del sobrepeso y la obesidad y que están siendo adoptadas en diversos países preocupados por el problema creciente de la obesidad infantil.

La justificación para usar en nuestro medio los nuevos patrones de crecimiento para niños de 5 a 19 años se basa en que podrían permitir una mejor estimación del sobrepeso y la obesidad que las referencias locales. Tradicionalmente se viene recomendando el uso de referencias nacionales, con el argumento de que son más representativas de los niños de una nación. Pero con la epidemia actual de obesidad infantil no se sostiene en lo que se refiere al peso y al IMC. La interpretación del IMC debe estar basada en patrones de crecimiento prescriptivos o, si no es posible, en datos de referencia que no subestimen la prevalencia de sobrepeso y obesidad[8]. Creemos que las curvas de la OMS para escolares y adolescentes proporcionan una referencia válida en el entorno actual de aumento de la obesidad y de la población inmigrante, y se podrían utilizar junto a los patrones de la OMS para niños de 0 a 5 años.

Por estas razones, consideramos que las nuevas curvas de la OMS aportan ventajas sustanciales y deberían incorporarse a la historia clínica de atención primaria en Madrid, manteniendo las actuales, que siguen teniendo una función en la evaluación del crecimiento físico.

Saludos cordiales

Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria

Bibliografía

- [1] Baird J, Fisher D, Lucas P, Kleijnen J, Roberts H, Law C. Being big or growing fast: systematic review of size and growth in infancy and later obesity. *BMJ*. 2005;331:929-34.
- [2] Ong, KK, Loos RJ. Rapid infancy weight gain and subsequent obesity: systematic reviews and hopeful suggestions. *Acta Paediatr* 2006;95:904-8.
- [3] WHO Working Group on Infant Growth. An evaluation of infant growth: the use and interpretation of anthropometry in infants. *Bull World Health Organ*. 1995;73:165-74.
- [4] Serra Majen LI, Ribas Barbas L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P. Epidemiología de la obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio enKid (1998-2000). En: Serra Majen LI, Aranceta Bartrina J, editores. *Obesidad infantil y juvenil. Estudio enKid*. Barcelona: Masson; 2001. p. 81-108.
- [5] Consejería de Inmigración y Cooperación. Informe de la población extranjera empadronada en la Comunidad de Madrid. Enero de 2010. [Fecha de consulta: 03/03/2010]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220705245060&ssbinary=true>
- [6] de Onis M, Carza C, Victora CG, Onyango AW, Frongillo EA, Marlines J, WHO Multicentre Growth Reference Study Group. The WHO Multicentre Growth Reference Study: planning, study design, and methodology. *Food Nutr Bull*. 2004;25:S15-215
- [7] WHO Multicentre Growth Reference Study Group. Assessment of differences in linear growth among populations in the WHO Multicentre Growth Reference Study. *Acta Paediatr*. 2006;Suppl 450:56-65.
- [8] de Onis M. Growth Curves For School-Age Children And Adolescents. *Indian Pediatr*. 2009;46:463-5.