

# CARTAS AL EDITOR

## **Situación nutricional de niños indígenas en la Comunidad Mocoví, Argentina**

En Argentina la prevalencia de desnutrición aguda ha declinado dando paso al retraso crónico del crecimiento y al sobrepeso. Aproximadamente 1 de cada 10 niños y niñas presenta baja talla para su edad, y una relación similar se observa en términos de obesidad, al considerar la referencia de la OMS.<sup>1</sup> La situación de la Comunidad Mocoví (ubicada en la provincia de Santa Fe), no difiere de la realidad alimentaria nutricional del país, siendo la presencia de la desnutrición infantil un fiel reflejo de la situación de pobreza, marginación y exclusión. La desnutrición en la primera infancia representa un importante problema sanitario ya que puede causar retraso en el crecimiento y el desarrollo cerebral del niño.<sup>2</sup>

En la Comunidad Mocoví se desconocen estudios que reflejen cuáles son los factores que se asocian al riesgo de desnutrición en los niños indígenas; por tal motivo, resultó necesario profundizar sobre dichos factores en el contexto habitacional, demográfico y sociocultural en el que viven los niños mocovíes, a fin de orientar la planificación de intervenciones oportunas de salud pública.

Se realizó un estudio cuantitativo correlacional de corte transversal. La población del estudio fue de 140 niños menores de cinco años de origen indígena, correspondientes al total de familias del universo. Se incluyeron a todos los

niños menores de cinco años de origen indígena, que habitaban en la Comunidad Mocoví y que asistieron durante el año 2006 al control de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Mocoví. Fueron excluidos aquellos niños que presentaron enfermedades crónicas diagnosticadas que pudieran asociarse con el deterioro del estado nutricional, como cardiopatías congénitas, enfermedades renales, parálisis cerebral, alteraciones neurológicas. Asimismo, se excluyeron aquellos niños que presentaron muy bajo peso al nacer (menor a 1500 gramos).

La información se obtuvo de fuentes secundarias que incluían el sistema de Relevamiento Familiar (cuestionario con preguntas estructuradas), utilizado por el equipo de salud para Pueblos Originarios\* y la revisión de historias clínicas en el Centro de Salud Mocoví. El cuestionario contaba con datos demográficos, socioculturales, económicos y habitacionales. La obtención de los indicadores antropométricos (peso/edad, peso/talla y talla/edad) permitieron realizar la valoración del estado nutricional, según estándares nacionales de crecimiento del Ministerio de Salud y la Sociedad Argentina de Pediatría.<sup>3,4</sup> El criterio de clasificación establecido correspondió al percentil 10 para el indicador peso/edad, percentil 3 para

el indicador talla/edad y a 90% de adecuación para el indicador peso/talla.

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión establecidos, se seleccionaron un total de 94 niños. La proporción de varones fue superior a la de niñas ( $p=0.003$ ), encontrándose 60.64% de sexo masculino y 39.36% de sexo femenino. La edad media de los niños incluidos fue de  $27.69 \pm 1.81$  meses. Los resultados obtenidos de la valoración nutricional reflejaron que 51.06% de los niños presentaban deterioro del estado nutricional. La prevalencia de desnutrición hallada fue de 30.85%. Se observó desnutrición crónica en 10.64% de los niños, mientras que un porcentaje similar (9.57%) presentaba desnutrición aguda. La proporción de niños que padecían desnutrición crónica agudizada fue igual a la proporción de niños que presentaban riesgo de desnutrición (5.32%).

Se detectaron como factores de riesgo del estado nutricional de los niños indígenas a la edad de los niños entre 1 y 4 años ( $p=0,0029$ ), la edad materna comprendida entre 20 y 31 años ( $p=0,0064$ ) y el sexo femenino en relación al peso al nacer ( $p=0,0488$ ). Asimismo, se identificaron factores protectores del estado nutricional de los niños originarios, de las familias nucleares y las familias extensas. Así, los niños indígenas de estas familias presentan menos posibilidades de padecer desnutrición que los niños que pertenecen a familias de madres "solas" o aquellas familias binucleares o reconstituidas ( $p<0.01$ ;  $RM=6,72$ ;  $IC=1,34-33.81$ ).

Por su parte, según las condiciones habitacionales, la provisión de agua de

\* Barros V, Labadié S, Serra I. Equipo de salud para pueblos originarios. Programa Médicos Comunitarios. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2006. Documento no publicado

red interna para el consumo también resultó un factor protector del estado nutricional de la población preescolar en este espacio poblacional ( $p=0.0215$ ).

Los resultados obtenidos significan un aporte a un mayor conocimiento sobre los factores que se asocian a la desnutrición infantil, presentes en la Comunidad Mocoí, esperando contribuir en la planificación a nivel local con intervenciones oportunas en salud y nutrición.

Lic en Nutr. Sirley Labadie<sup>(1)</sup>  
sirleylabadie@yahoo.com.ar

MC, Esp en DU. Ruth Fernández,<sup>(1)</sup>  
rfernandez@fcm.unc.edu.ar

<sup>(1)</sup> Universidad Nacional de Córdoba.  
Córdoba, Argentina.

## Referencias

1. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). Documento de resultados. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2007.
2. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. La Infancia Amenazada: niños y niñas que viven en la pobreza. Nueva York: UNICEF, 2005:15-37.
3. Sociedad Argentina de Pediatría. Guías para la evaluación del crecimiento. 2a. edición. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría, 2001.
4. Ministerio de Salud de la Nación. Manual Metodológico de Capacitación del equipo de salud en crecimiento y nutrición de madres y niños. 3a. edición. Buenos Aires: Dirección de Salud Materno Infantil, 2003.

## Prevalencia de enfermedad renal crónica en niños de Aguascalientes, México

Señor editor: La enfermedad renal crónica (ERC) en menores de 20 años<sup>1</sup> ha sido reportada hasta en 74.7 casos por millón y las causas varían de una zona geográfica a otra debido a factores genéticos y ambientales.<sup>2</sup> La presencia de proteínas y eritrocitos en orina son marcadores muy sensibles para la detección de daño renal.<sup>3</sup> En el hospital Miguel Hidalgo, tercer nivel de atención en nuestro estado, se detectó desde 2002 una alta frecuencia de casos de insuficiencia renal crónica en

niños provenientes de Calvillo, municipio del estado de Aguascalientes, por lo que se decidió investigar la prevalencia y las características de la enfermedad renal en este municipio.

En el municipio de Calvillo había 20 311 niños menores de 15 años en el censo escolar durante el año 2005. Para este estudio se hizo una muestra por conglomerados en donde a cada escuela del municipio se le consideró un conglomerado, y se aleatorizaron todos los niños. Previa aceptación para participar mediante consentimiento informado de los padres y de los niños se realizó un uroanálisis con tiras reactivas utilizando un Clinitek-50 Bayer<sup>4</sup> para la detección de proteinuria y hematuria. A aquellos niños con proteinuria y/o hematuria se les realizó tres meses después un examen general de orina y en caso de persistir se les determinó depuración de creatinina en orina de 24 hrs, química sanguínea y estudios complementarios según su caso como ultrasonido y/o biopsia renal. Un especialista en nefrología se encargó de realizar el diagnóstico de ERC según los criterios de K-DOKI.<sup>5</sup>

Se evaluaron 2 712 escolares, de 79 escuelas, la edad promedio fue de  $9.23 \pm 2.99$  años de edad, la relación masculino:femenino fue de 1.14:1, la estatura y el peso promedio fueron de  $133.8 \pm 17.3$  cm y  $34.3 \pm 11.6$  kg, respectivamente; 27.4% de los niños presentaron alteraciones en la orina. Un total de 19 niños (0.7%) presentaron ERC, lo que establece una prevalencia de 700 casos por 100,000 (cuadro I). La pro-

teinuria fue más frecuente en los niños en relación con las niñas (5.6 vs 2.7%, respectivamente  $p<0.00001$ ). Con respecto a los estadios de la ERC, el estadio II (47.4%) fue el más frecuente, seguido de los estadios III (26.3%), I (15.7%), IV y V (5.3% cada uno).

No tenemos referencia del uso de los criterios de K-DOKI en niños, pero la aplicación de estos criterios permiten identificar y tipificar un daño renal aunque exista una depuración de creatinina normal siguiendo las recomendaciones de la National Kidney Foundation.<sup>6</sup>

Actualmente estamos en una segunda fase de estudio buscando las posibles causas de este problema de salud pública, que ignoramos si existe en otras zonas del país. Hay que considerar la utilización de tamizajes masivos en escuelas para mejorar la detección oportuna de ERC, el pronóstico y la calidad de vida en estos pacientes.

Góngora-Ortega J<sup>(1)</sup>  
Serna-Vela Francisco J<sup>(1)</sup>  
Gutiérrez-Mendoza I<sup>(1)</sup>

Pérez-Guzmán C,<sup>(1),(2)</sup>  
perezg6@aol.com,  
carperguzl@hotmail.com

Hernández-Garduño E<sup>(3)</sup>  
Ron-Torres O

<sup>(1)</sup> Coordinación de investigación. Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes, México.

<sup>(2)</sup> Unidad Médica Ambulatoria. Instituto Mexicano del Seguro Social. Aguascalientes, México.

<sup>(3)</sup> British Columbia Centre for Disease Control, Vancouver Canadá

Cuadro I  
PROTEINURIA Y/O HEMATURIA O ERC POR GÉNERO

Anormalidad urinaria	Femenino n= 347	%*	Masculino n= 395	%*	p	Total n= 2 712	%
Hematuria	222	8.2	197	7.3	0.99	419	15.4
Proteinuria <sup>‡</sup>	73	2.7	153	5.6	<0.00001	226	8.3
Proteinuria y hematuria	42	1.5	36	1.3	0.97	78	2.9
ERC	10	0.4	9	0.3	0.84	19	0.7

\* Porcentaje con respecto al total

<sup>‡</sup> Diferencia estadística (ji cuadrada),  $p<0.05$ . ERC= enfermedad renal crónica