

Sr. Editor:

He leído con sumo interés el artículo de Covas y col. publicado en *Archivos Argentinos de Pediatría*.¹ El estudio es muy trascendente ya que aporta nuevas herramientas a la problemática de la enfermedad hemolítica ABO del recién nacido.

Envío algunas observaciones sobre el análisis de los datos y su posterior interpretación, que espero contribuirá a una mejor utilización en la práctica clínica diaria.

Siguiendo los clásicos estudios de Sackett² y el de Demirdjian³ la razón de verosimilitud o "*Likelihood Ratio*" (LR) compara cuántas veces el test acierta contra las veces que se equivoca; así y para el presente estudio se observó que (para el punto de corte de 8,75 mg%) el LR+ de 4,48 indica que un recién nacido (RN) con BI al 2º día de vida $\geq 8,75$ (+) tendría 4 veces y media más chance de desarrollar ictericia grave en la primera semana de vida. Un LR- de 0,27 indica que la probabilidad de desarrollar ictericia grave sería de 0,3. Cabe destacar que para que un método diagnóstico tenga utilidad en la práctica clínica se espera que su LR+ sea alto (idealmente $> 5-10$) y su LR- sea bajo ($< 0,1-0,2$).³

La probabilidad de que un paciente esté enfermo antes de confirmarlo con un método diagnóstico se la denomina probabilidad pre-test y se estima usualmente por la prevalencia de la enfermedad en la población (22% en el presente estudio). Sin embargo, en la práctica diaria el clínico necesita conocer si el resultado del test propuesto aumentará o disminuirá esta probabilidad basal, acercando o alejando el diagnóstico presuntivo, y transformándose en probabilidad post-test.⁴

Siguiendo la técnica bayesiana, para el cálculo de probabilidad post-test se utiliza el Nomograma de Fagan;⁵ tomando la prevalencia de 22% trazamos una línea que pase por ésta y el valor del LR + (4,48) y obtenemos así que la probabilidad post-test aumenta al 50%. Para un LR- (0,27) la probabilidad post-test disminuye al 7%.

¿Qué significan estas cifras? ¿Los resultados modificarán la decisión de colocar precozmente en fototerapia y prevenir el kernicterus? La respuesta es afirmativa, ya que si un RN presenta precozmente una BI $\geq 8,75$ mg%, esto representa el doble de posibilidad de desarrollar ictericia grave a posteriori y "esta información contribuirá a decidir de manera más apropiada la indicación de fototerapia". Además, es de resaltar que en el presente estudio y utilizando esta estrategia, ningún niño requirió exanguineotransfusión ante aumentos de la BI sérica y en tratamiento con fototerapia.¹

En la Figura 4 (Curva ROC) se deslizó un

error: la leyenda del eje x debe ser "1-Especificidad" (falsos positivos).

Dr. Carlos Grandi,

Investigador CIS

Epidemiología Perinatal y Bioestadística

Maternidad Sardá, Buenos Aires

cgrandi@intramed.net

1. Covas M, Medina M, Ventura S, Gomero D, Giuliano A, Esandi M, Alda E. Enfermedad hemolítica por incompatibilidad ABO y desarrollo de ictericia grave en recién nacidos de término: factores predictivos precoces. *Arch Argent Pediatr* 2009;107 (1):16-25.
2. Jaeschke R, Guyatt GH, Sackett DL. Users' guides to the medical literature. III. How to use an article about a diagnostic test. A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1994;271: 389-392 y 703-707.
3. Demirdjian G. Estudios de validación de métodos diagnósticos. En: Programa de Educación a distancia en Metodología de la Investigación para Pediatría (PREMIP). Nivel 2. Módulo 2.8, 2003.
4. Fletcher R, Fletcher S. Epidemiología clínica: elementos esenciales. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006;74-76.
5. Fagan TJ. Nomogram for Bayes Theorem. *N Engl J Med* 1975;293:257.

El sofisma de las tablas de crecimiento más altas posibles

Sr. Editor:

Recientemente, la OMS construyó nuevas tablas internacionales de 0-19 años pegando las tablas OMS de 0-5 años con las tablas del NCHS de 5-19 años.¹ Contando con estas nuevas tablas internacionales, los defensores del uso clínico de tablas OMS en nuestro país con el argumento de que "todos los niños del mundo tienen el mismo potencial de crecimiento", para ser coherentes deberían proponer el uso de las tablas recomendadas por la OMS *en toda su extensión*, de 0-19 años, y no sólo en el segmento 0-5 años. ¿O acaso solamente los niños de 0-5 años tienen derecho a crecer según su máxima potencialidad? Los de 6-19 años no deberían estar excluidos de este supuesto beneficio. El percentil 50º y 3º de niños de 19 años de las tablas NCHS es de 176,5 y 162,8 cm, respectivamente, 3,5 y 2,5 cm superior a los mismos percentiles (173,0 y 160,3 cm) de las referencias nacionales de crecimiento recientemente publicadas por *Archivos*² (que incluyen las tablas OMS de 0-2 porque expresa en este período –y no a edades mayores– el crecimiento de niños alimentados a pecho). El uso de tablas NCHS presupone que miles de adolescentes sean mal clasificados como "anormalmente bajos".

Además de esto, los propulsores del uso de las tablas internacionales para uso clínico se van a encontrar con otro problema: que no hay tablas internacionales de peso/edad para adolescentes. En efecto, la OMS no ha construido tablas de peso/edad de 11-19 años, y propone el uso del índice de masa corporal en forma excluyente. De esta manera, los pediatras tendríamos que prescindir de la más conocida, frecuente y tradicional herramienta clínica para evaluar la nutrición y el crecimiento del niño en atención primaria: el peso corporal en relación a la edad.

Pero ahora surge un tercer problema: la población más alta del mundo es la de Holanda. El percentil 50° y 3° de las tablas holandesas en niños de 19 años es 184,0 y 170,6 cm respectivamente³, o sea, un percentil 50° y uno 3° que son 7,5 y 7,8 cm más altos que los del NCHS y 11,0 y 10,3 cm más altos que las argentinas recientemente construidas. Entonces surgen las siguientes preguntas:

¿Por qué usar las tablas internacionales (del NCHS) si las holandesas expresan un crecimiento más alto? Es que los niños argentinos tiene derecho a crecer como los norteamericanos solamente, pero no como los holandeses? Además, ...¿por qué será que las autoridades de EE.UU. usan las tablas NCHS negando así a su pueblo el derecho

de crecer como los holandeses? Si en Argentina usáramos cualquiera de estas dos opciones de tablas extranjeras para uso clínico, habría muchos niños y adolescentes clasificados como anormalmente bajos por esas tablas: más derivaciones, más estudios innecesarios.

Esta es otra de las razones por las cuales recomendamos el uso en todo el país de las tablas nacionales recientemente confeccionadas y publicadas en *Archivos Argentinos de Pediatría*.²

Dra. Virginia Fano

Dra. Mariana del Pino

Dr. Horacio Lejarraga

Hospital Nacional de Pediatría

"Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

1. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, et al. Development of a WHO growth reference for school aged-children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organisation* 2007;85(9):660-666.
2. Lejarraga H, del Pino M, Fano V, et al. Referencias de peso y estatura desde el nacimiento hasta la madurez para niñas y niños argentinos. incorporación de datos de la OMS de 0 a 2 años, recálculo de percentiles para obtención de valores LMS. *Arch Argent Pediatr* 2009;107(2):126-133.
3. Heck A, Holleman A. Growth of Dutch children. Amstel Institute 2001.