

<https://doi.org/10.48061/SAN.2026.27.1.27>

LA PERSISTENCIA DEL RETARDO DE CRECIMIENTO: UN DESAFÍO PARA LA NUTRICIÓN Y LA PEDIATRÍA

THE PERSISTENCE OF STUNTING: A CHALLENGE FOR NUTRITION AND PEDIATRICS

Adriana Fernández¹, Sergio Britos² y Patricia Sosa³

¹ Pediatra, Cátedra de Nutrición Humana Universidad Nacional de La Plata, UNLP. ORCID 0000-0002-2207-7522

² Licenciado en Nutrición. Facultad de Ciencias Médicas, UCA. ORCID 0000-0001-7261-1263

³ Pediatra. Carrera de Especialista en Nutrición y Diabetes, UBA. ORCID 000-0001-8783-6887

Correspondencia: Adriana Fernández
E-mail: adrianafernandezlp@gmail.com
Presentado: 21/9/25. Aceptado: 23/2/26

Todos los autores han realizado contribuciones sustanciales a la concepción y al diseño del estudio, a la recolección de datos, así como a su análisis e interpretación. Asimismo, participaron en la redacción del artículo y en la revisión crítica sustancial de su contenido intelectual. Los autores aprobaron la versión final del manuscrito y asumen la responsabilidad por todos sus aspectos, asegurando que cualquier cuestión relacionada con la veracidad o integridad de sus fue adecuadamente investigada y resuelta.

RESUMEN

La mayor velocidad de crecimiento ocurre en los primeros dos años de vida. El crecimiento lineal es un marcador de la salud infantil y su alteración debe ser detectada precozmente, ya que puede determinar complicaciones tanto en edades tempranas como en la edad adulta. El retardo de crecimiento se asocia con diferentes causas, entre ellas el contexto socioeconómico y ambiental, el acceso a la salud de la madre gestante y del recién nacido, la lactancia, la alimentación complementaria, las infecciones frecuentes, entre otras. Las intervenciones nutricionales durante los primeros 1000 días de vida, en el primer nivel de atención, son fundamentales para su prevención.

Palabras clave: baja talla; retardo de crecimiento; nutrición; intervenciones nutricionales.

ABSTRACT

The greatest growth rate occurs in the first two years of life. Linear growth is a marker of childhood health, and its alteration must be detected early, as it leads to complications both at early ages and in adulthood. Growth retardation is associated with various causes, including socioeconomic and environmental conditions, access to healthcare for pregnant mothers and newborns, breastfeeding, complementary feeding, and frequent infections, among others. Nutritional interventions at the first level of care during the first 1,000 days of life will be essential for its prevention.

Keywords: low stature; failure to thrive; nutrition; nutritional interventions.

INTRODUCCIÓN

El crecimiento lineal es un indicador de bienestar infantil y de las desigualdades del desarrollo humano. La mayor velocidad de crecimiento ocurre en los primeros dos años, un periodo especialmente vulnerable y oportuno para intervenciones nutricionales¹.

El retardo de crecimiento (RC) se asocia con una mayor morbimortalidad en menores de 5 años² y se vincula con capacidades cognitivas, del lenguaje y sensoriomotoras. En la adultez se relaciona con enfermedades no transmisibles, déficit de aprendizaje y disminución de la capacidad laboral^{3,4}.

El objetivo de esta revisión narrativa es describir la importancia del RC como problema de salud pública y

destacar el rol del pediatra en las intervenciones tempranas sobre el crecimiento y el desarrollo. Se realizó una revisión narrativa no sistemática mediante el análisis de la bibliografía disponible sobre “baja talla nutricional” o “stunting”, priorizando estudios clínicos y revisiones sistemáticas publicadas entre 2010 y 2025.

Diagnóstico / Definiciones

El RC ocurre cuando un niño no crece de acuerdo con su potencial genético y su longitud/talla para la edad es inferior a -2 desviaciones estándar (DE), según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/who-multicentre-growth-reference-study> (MGRS-OMS), y se considera grave cuando es inferior a -3 DE. Estos puntos de corte definen el diagnóstico, pero es necesario la detección previa alteraciones de la curva de crecimiento.

Epidemiología

En entornos saludables, aproximadamente el 2,5 % de los niños presenta una talla inferior a -2 DE⁵. El estudio Intergrowth-21 demostró que la talla de nacimiento fue similar en ocho sitios diferentes con iguales condiciones de cuidado de la salud⁶.

Aunque la prevalencia de niños con RC descendió globalmente, su prevalencia se estima en 23 % de los menores de 5 años⁷.

En Argentina, la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2019 (ENNyS 2), (<https://iah.msal.gov.ar/doc/902.pdf>) reportó un 7,9 % de baja talla en niños menores de 5 años (8,2 % en 2007).

Un estudio realizado en 2024, sobre 17883 niños <18 años en 15 jurisdicciones reportó una prevalencia de RC de 22,2% (talla < Pc 3, según OMS) en < 2 años; 10,1 % entre 2 y 5 años; 2,6 % entre 6 y 9 años y 2,7 % entre 10 y 17 años⁸.

Otro estudio realizado en una población vulnerable sobre 767 niños⁹ observó RC en el 20 % de los niños al nacer, 20 % se sumaba en los primeros 6 meses, 50 % entre los 6 y 24 meses y el 10 % en el tercer año. Estos datos reflejan la alta vulnerabilidad en los primeros meses y entre 6 y 24 meses.

Causas de retardo del crecimiento

La Figura I describe determinantes del RC infantil destacando los relacionados con aspectos nutricionales

Lactancia materna y alimentación complementaria

Según la Encuesta Nacional de Lactancia (ENaLac, 2022) (<informe-enalac-2022.www.argentina.gob.ar>), el 90,6 % de los niños a los 6 meses se alimenta con leche humana, pero solo un 44,7 % en forma exclusiva. Entre los 6 y 8 meses, un tercio ya incorporó leche de vaca y el 24 % consume fórmula infantil¹⁰.

Se observó que solo el 20 % y el 27 % de la energía ingerida entre 6 y 12, y 12 a 24 meses respectivamente correspondía a alimentos de alta densidad nutricional y el 24 % y 34% a alimentos de baja densidad⁹.

Otro estudio sobre AC, realizado sobre 1002 familias nivel nacional con niños < 2 años mostró que el 32 % no alcanzaba el estándar de diversidad alimentaria mínima, el 25 % la frecuencia mínima de comidas y solo el 53 % presentaba una dieta mínima aceptable¹¹.

Los datos de la ENNyS 2 reflejan que los ácidos grasos poliinsaturados omega 3 entre 6 a 12 y 12 a 24 meses alcanzaban la máxima prevalencia de deficiencia (ingesta vs requerimiento medio) (80 %), hierro entre 6 y 12 meses (69 %) y Vitamina D entre 12 y 24 meses (67 %). Vitamina B9, calcio y zinc (en el 1er año) presentaban deficiencias entre el 20 % y el 34 %⁸.

El período de AC es determinante del crecimiento en talla de los niños¹². Cuando es deficiente, se comporta como un factor de riesgo directo del RC¹³.

Una adecuada AC comprende el momento de inicio, la diversidad alimentaria, las formas de preparación de los alimentos, la cantidad diaria de comidas^{14,15}, la mirada atenta a señales del niño y el almacenamiento seguro de los alimentos^{16,17} (Tabla I).

Consecuencias

El RC está asociado con una mayor morbimortalidad por infecciones tales como diarrea, neumopatías¹⁸, sepsis, meningitis, tuberculosis y hepatitis¹⁹.

Los primeros 24 meses de vida son significativos para el desarrollo cerebral. El desarrollo y la arborización de las dendritas apicales continúan después del nacimiento y se completan alrededor del segundo año²⁰. Se ha reportado que los niños con RC presentan dificultades en el desarrollo de la conducta, apatía y dificultades en la escolarización²¹.

Las consecuencias a largo plazo del RC durante los dos primeros años de vida conducen a una baja talla final y menor masa magra, menor capacidad de aprendizaje y disminución de las capacidades intelectuales. En la adultez, también se han observado asociaciones con enfermedades cardiovasculares, alteración de la función renal y alteraciones del metabolismo de la glucosa²².

Las madres con baja talla tienen mayor riesgo de concebir recién nacidos con RC²³, lo que se asocia con un aumento de la mortalidad perinatal, contribuyendo así a un ciclo intergeneracional de pobreza y deterioro del capital humano²⁴. En la Figura II se describen de forma esquemática las consecuencias del RC a través de tres generaciones.

Intervenciones

Las intervenciones en el primer nivel de atención deben enfocarse en la salud materna previa al embarazo, en la atención de la mujer gestante, en el cuidado del recién nacido y en el inicio de la lactancia materna. Los pediatras del primer nivel son fundamentales en el sostenimiento de la lactancia exclusiva durante seis meses y la educación de una AC completa y segura. Asimismo, es importante la suplementación con micronutrientes, especialmente hierro, según las recomendaciones de acuerdo con la edad²⁵.

En niños con RC es necesario realizar una evaluación nutricional completa para indicar la intervención nutricional adecuada a la situación clínica.

Las principales intervenciones gubernamentales vigentes están representadas por el Programa Sumar + y la Ley 27611 (Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia).

El programa Sumar+ dirigido a población sin cobertura formal promueve la prevención y el cuidado integral del embarazo y la salud infantil.

La Ley 27611 garantiza asignaciones monetarias (actualmente \$ 42162 mensuales) hasta el tercer año de vida. Además, establece las bases del modelo de atención, capacitación del personal responsable, modalidades del trabajo de los equipos comunitarios y provisión de insumos (leche fortificada y/o fórmulas para niños/as que ya no sostienen la lactancia materna).

CONCLUSIONES

El RC de crecimiento es uno de los principales marcadores de desigualdad nutricional en los primeros 1000 días de vida. Las intervenciones nutricionales tanto en situaciones en salud como de enfermedad son fundamentales para disminuir el RC en los grupos más vulnerables.

REFERENCIAS

1. de Onis M, Branca F. Childhood stunting: a global perspective. *Matern Child Nutr.* 2016 May;12 Suppl 1(Suppl 1):12-26.
2. Olofin I, McDonald CM, Ezzati M, Flaxman S, Black RE, Fawzi WW, et al., for the Nutrition Impact Model Study (anthropometry cohort pooling). Associations of suboptimal growth with all-cause and cause-specific mortality in children under five years: a pooled analysis of ten prospective studies. *PLoS One* 2013;8(5): e64636.
3. Black R.E., Victora C G, Walker S.P., Bhutta Z.A., Christian P., de Onis M. et al. (2013) Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* 382, 427-451.
4. Deshpande A, Ramachandran R. Early childhood stunting and later life outcomes: A longitudinal analysis. *Econ Hum Biol.* 2022 Jan; 44:101099.
5. Leroy JL, Frongillo EA. Perspective: What Does Stunting Really Mean? A Critical Review of the Evidence. *Adv Nutr.* 2019 Mar 1;10(2):196-204.
6. Rahim A, Nuruddin R, Azam I, Rahim KA, Tikmani SS, Mohammed N. A comparative analysis of INTERGROWTH-21st and the World Health Organization fetal growth chart in detection of term small for gestational age newborns and prediction of short-term adverse perinatal outcomes. *BMJ Paediatr Open.* 2025 Mar 4;9(1):e003230.
7. UNICEF/WHO/World Bank. Joint child malnutrition estimates, March 2020 edition. 2020 [cited 2020 May 05]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>.
8. Isepici. Indicador Barrial de Situación Nutricional. Informe Final 2024. Documento no publicado (cedido especialmente por la Institución) <https://isepci.org.ar>
9. Maleta K, Virtanen S, Espo M, Kulmala T, Ashorn P. Timing of growth faltering in rural Malawi. *Arch Dis Child* 2003; 88:574–8.
10. Albornoz M, Britos S, Cabreriso S, Kenny P. Inadecuaciones dietéticas en niños menores de 2 años en Argentina. Recomendaciones e intervenciones y una perspectiva de costo-efectividad. *Actualización en Nutrición* Vol. 26 N° 1 Enero- Marzo de 2025: 103-110.
11. UNICEF y CESNI (2024). Prácticas de lactancia y alimentación complementaria en niños y niñas y menores de 2 años de la Argentina. CABA: UNICEF. <https://www.unicef.org/argentina/media/22276/file/Prácticas>
12. Victora C.G., de Onis M., Hallal P.C., Blossner M. & Shrimpton R. Worldwide timing of growth faltering: revisiting implications for interventions. *Pediatrics* 2010; 125, e473–e480.

13. Bhutta Z.A., Das J.K., Rizvi A., Gaffey M.F., Walker N., Horton S. et al. (2013) Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *Lancet* 382, 452–477.
14. Stewart CP, Iannotti L, Dewey KG, Michaelsen KF, Onyango AW. Contextualizing complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Matern Child Nutr.* 2013 Sep;9 Suppl 2(Suppl 2):27-45.
15. Babys IY, Dewi YLR, Rahardjo SS (2022). Meta-Análisis del Efecto de las Prácticas de Alimentación Complementaria en el Retraso del Crecimiento en Niños de 6-59 Meses. *J Matern Child Health.* 07(04): 465-478.
16. Khalil AH, Hawi M, Hoteit M (2022). Feeding patterns, mother-child dietary diversity and prevalence of malnutrition among under-five children in Lebanon: a cross-sectional study based on retrospective recall. *Frontiers in Nutr.* 9:815000.
17. Masuke R, Msuya SE, Mahande JM, Diarz EJ, Pedersen BS, Jahanpour O, Mgongo M (2021). Effect of inappropriate complementary feeding practices on the nutritional status of children aged 6-24 months in urban Moshi, Northern Tanzania: Cohort study. *PLoS One.* 16(5):0250562.
18. Cumming O, Arnold BF, Ban R, Clasen T, Esteves Mills J, Freeman MC, et al. The implications of three major new trials for the effect of water, sanitation and hygiene on childhood diarrhea and stunting: a consensus statement. *BMC Med.* 2019 Aug 28;17(1):173.
19. Vaivada T, Akseer N, Akseer S, Somaskandan A, Stefopoulos M, Bhutta ZA. Stunting in childhood: an overview of global burden, trends, determinants, and drivers of decline. *Am J Clin Nutr.* 2020 Sep 14;112(Suppl 2):777S-791S.
20. Cordero ME, D'Acuña E, Benveniste S, Prado R, Nuñez JA, Colombo M. Dendritic development in neocortex of infants with early postnatal life undernutrition. *Pediatr Neurol.* 1993 Nov-Dec;9(6):457-64.
21. Hoddinott J, Alderman H, Behrman JR, Haddad L, Horton S. The economic rationale for investing in stunting reduction. *Matern Child Nutr.* 2013 Sep;9 Suppl 2(Suppl 2):69-82.
22. Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, Sachdev HS; Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet.* 2008 Jan 26;371(9609):340-57.
23. Ozaltin E., Hill K. & Subramanian S.V. Association of maternal stature with offspring mortality, underweight, and stunting in low-to middle-income countries. *Journal of the American Medical Association.* 2010; 303, 1507-1516.
24. Freer J, Orr J, Walton R, Storr HL, Dunkel L, Prendergast AJ. Does stunting still matter in high-income countries? *Ann Hum Biol.* 2023 Feb;50(1):267-273.
25. Varea A, Disalvo L, Sala M, Matamoros N, Fasano MV, González HF. Nuevo punto de corte de hemoglobina propuesto por la Organización Mundial de la Salud: su impacto en la prevalencia de anemia en menores de 2 años *Arch Argent Pediatr.* 2025; e202510670.

Figura 1. Determinantes del retraso del crecimiento infantil



Tabla 1. Aspectos de la alimentación complementaria que se relacionan con el retardo de crecimiento

Características de la AC	Consecuencias
Baja calidad de alimentos y escasa diversidad	Ingesta inadecuada de micronutrientes ^{13, 14}
Prácticas inadecuadas, baja frecuencia de oferta de alimentos, baja densidad calórica, actitud poco perceptiva, inadecuada alimentación frente a la enfermedad	Baja ingesta de energía, inadecuada ingesta de macro y micronutrientes ^{13, 16, 17}
Falta de seguridad de alimentos y agua	Mayor número de episodios infecciosos (diarrea, parasitosis) ¹³

Figura 2. Descripción de las consecuencias del retardo de crecimiento a través de tres generaciones

