

Talla baja

Se habla de talla baja en un niño, cuando ésta se sitúa por debajo de -2 desviaciones estándar (DE) o del percentil 3 (p3) para la edad y sexo del niño. Hipocrecimiento: Una velocidad de crecimiento inferior al percentil 25 durante más de 2-3 años consecutivos.



Etiología

Variante de la normalidad (80%):

- Retraso constitucional del crecimiento y pubertad.
- Talla baja familiar.
- Hipocrecimiento étnico o racial.

Talla baja patológica (20%):

- Hipocrecimientos no armónicos.
- Displasias esqueléticas.
- Radioterapia espinal.

Talla blanco familiar

Talla paterna + Talla Materna

2

Niños + 6.5

Niñas - 6.5

Del 60% al 90% de los pacientes con retraso constitucional del crecimiento, tienen AHF de retraso puberal en uno o ambos padres.

E

Retraso constitucional de crecimiento: son niños sanos con talla que se ubica por debajo de su talla genética y que tienen un ritmo de maduración ósea más lento que el resto, así como, retraso puberal.



E

Talla baja familiar: se reconoce en los niños que tienen una talla acorde a la talla blanco familiar (que resulta de ambos padres) con edad ósea acorde a la cronológica y que presentan un desarrollo puberal a edad normal.



Considerar que la edad ósea se encuentra retrasada con respecto a la edad cronológica, cuando difiera al menos en 6 meses en caso de pre-escolares y en 2 años en escolares.



Diagnóstico

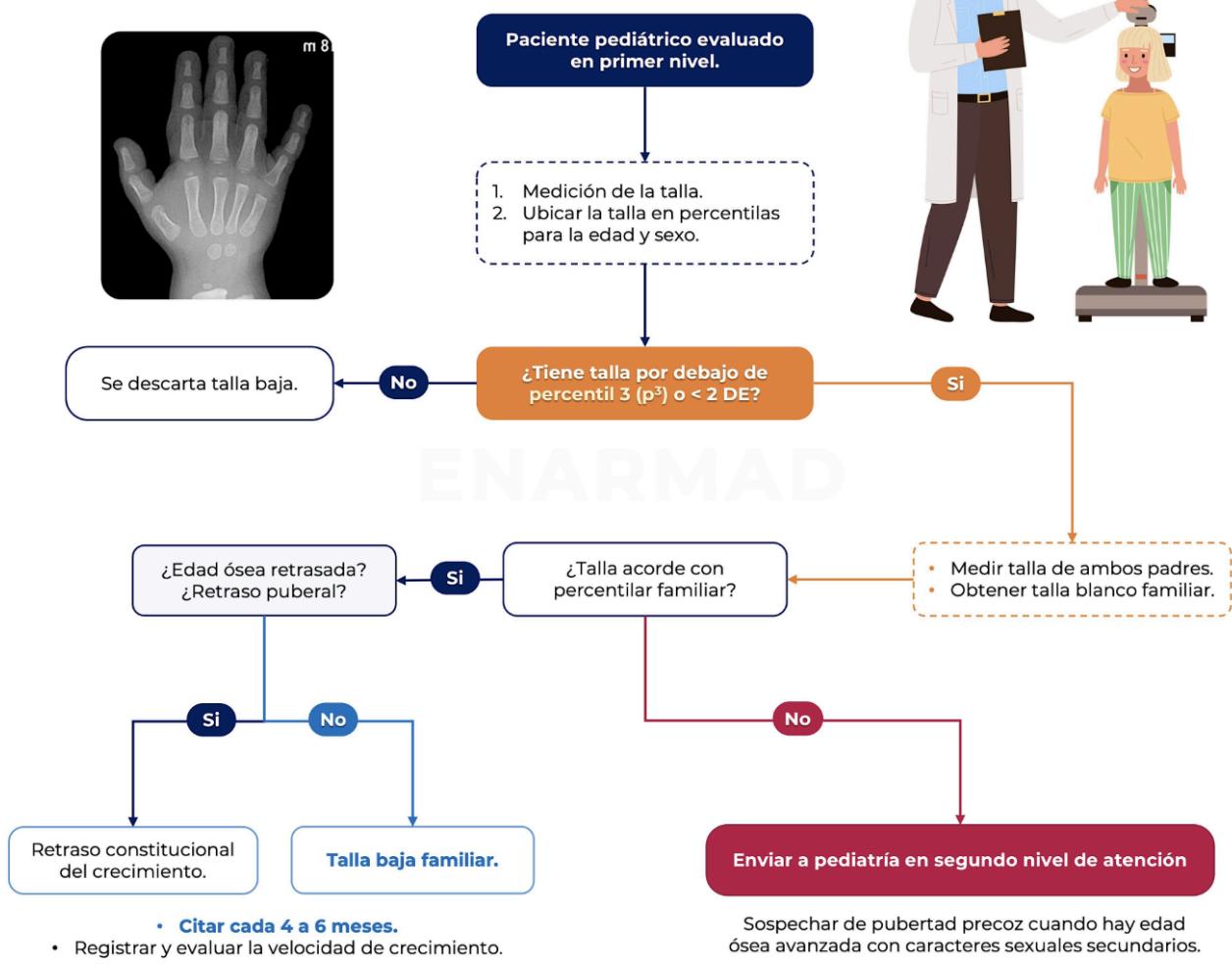
- **Elección:** Historia clínica + talla blanco familiar. Utilizar escala de tanner para valorar el retraso puberal.
- Cuando a través de la historia clínica no se obtienen datos de causa de talla baja, realizar estudios de laboratorio.

R

En todo paciente con talla baja proporcionada se debe solicitar edad ósea:

- Menores de 2 años **radiografía** de pie y tobillo izquierdos
- Mayores de 2 años estudio radiográfico de la mano no dominante

Talla baja



Obesidad infantil

Se define como una enfermedad sistémica, crónica, inflamatoria y recurrente, caracterizada por una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal con riesgo de complicaciones a nivel sistémico.

Epidemiología

En México, la prevalencia combinada de obesidad y sobrepeso en la edad escolar fue de 33.2%, donde el 17.9% corresponde a sobrepeso y el 15.3% a obesidad.

F. de riesgo

Horas pantalla (> 1.5 horas), bebidas industrializadas (>240 ml /día), Macrosómico, alimentación con fórmula, madre obesa (50% más de riesgo de sobrepeso) y ambos padres (80% más de riesgo).

Diagnóstico

Sobrepeso con IMC > 85 percentil

Obesidad: IMC > 95 percentil

Obesidad mórbida: IMC > 97 percentil.

Factores protectores

- Actividad física 2 o 3 horas por semana.
- Comidas familiares y desayunos en casa.
- Ejercicio aeróbico 3 veces x semana de 30-90 min.
- Traslados activos caminando o en bicicleta.

Criterios de síndrome metabólicos en niños

- Hipertensión: HAS / DAS > 90 percentil.
- Hipertrigliceridemia: > 150 mg/dL.
- Glicemia alterada:> 100 mg/dL
- Obesidad central: Cintura > percentil 90.
- HDL bajo: < 40 mg/dL.



Se recomienda la medición del IMC en niños a partir de los 2 años de edad y adolescentes como criterio diagnóstico para sobrepeso y obesidad.



Se sugiere limitar el tiempo que niños y adolescentes pasan frente a pantalla (televisión, videojuegos, tableta, celular, computadora, etc.) a máximo 2 horas



Auxiliares

Solicitar glucosa sérica, niveles séricos de insulina y perfil de lípidos en caso de antropometría anormal.

Tratamiento

- Sobrepeso ($> p85$ y $< p95$): Iniciar manejo con programa de nutrición, psicología, educación física y seguimiento a los 6 meses.
- Obesidad ($>p 95$): Envío a segundo nivel.

- Programa de nutrición: Promover desayuno en casa, evitar bebidas azucaradas, disminuir grasas y proteínas y evitar consumo de alimentos con alta densidad energética (> 275 Kcal /100 gr).

Metas de pérdida de peso en niños y adolescentes.

- Sobrepeso y obesidad grado I: Mantener peso actual.
- IMC > 99 percentil (2 a 11 años con comorbido): 0.5 kg por mes.
- IMC > 99 percentil (Adolescentes): 1 kg por semana.

