

Talla baja o retraso en el crecimiento

Historia clínica. Antecedentes familiares y talla media parental, Antecedentes personales neonatales y postnatales
Exploración física
Valoración auxológica. Peso. Talla. Velocidad de crecimiento
Valoración de la gráfica de crecimiento
Proporciones corporales
Estadio puberal

Antecedentes familiares

- Talla diana o genética: potencial genético de altura.
 - Niño = (talla padre + talla madre) / 2 + 6.5 cm
 - Niña = (talla padre + talla madre) / 2 - 6.5 cmSi restamos o sumamos 8.5 cm obtendremos el p3 y el p97
- Ritmo de maduración de padres y hermanos (edad menarquia madre y hermanas y estirón puberal del padre y hermanos).
- Etnia/país de origen (ajustar la talla a las tablas de la población de origen).
 - Consanguinidad.
 - Enfermedades hereditarias/genéticas.

Antecedentes personales

- Embarazo: tóxicos o enfermedades maternas.
- Antropometría al nacer: el peso y/o la longitud < p3 define al niño pequeño para la edad gestacional (PEG).
 - Periodo neonatal: hipoglucemias ± ictericia.
 - Enfermedades crónicas y hábitos de vida
- Traumatismo craneoencefálico grave o lesión del sistema nervioso central.
- Tratamientos: corticoides, derivados anfetamínicos...
 - Inicio del retraso de crecimiento y sus posibles desencadenantes.
 - Evolución del desarrollo puberal.
 - Desarrollo psicomotor.

Exploración física:

General, auxología, composiciones corporales. Estadio puberal.
Valoración de aspectos fenotípicos, nutrición, desarrollo psicomotor y examen exhaustivo por aparatos.

¿Qué grafica usar?

Existen diferentes graficas de crecimiento con base en estudios transversales y longitudinales.
La diferencia entre graficas se observa, principalmente, en la valoración de la obesidad.
El estudio longitudinal español unifica la medición de niños de diferentes CC. AA. y nos es útil para la valoración de la talla, dependiendo de su estado madurativo.
1. Estudio Transversal Español de Crecimiento 2010 (Carrascosa y grupo col.)³
Unión de estudios de crecimiento de niños de Andalucía, Barcelona, Bilbao, Madrid y Zaragoza finalizado en 2010. Se valoraron un total de 38 461 sujetos caucásicos.
Es adecuado para la valoración de:

- Recién nacidos según sexo y edad gestacional (26-42s): peso, longitud y perímetro cefálico.
- Talla, peso, perímetro cefálico e IMC entre los 0-22 años

Estudio OMS 2006

Resulta de la combinación de un estudio longitudinal (0 - 24 meses), un estudio transversal 18 - 71 meses y de 5 - 19 años; datos del estudio del NCHS (National Center for Health Statistics) y de la OMS de 1977.
Comparado con el estudio español, existen escasas diferencias en la talla y mayores diferencias en el IMC.
Estudio Longitudinal español de crecimiento 1978/20004
Unión de estudios de crecimiento longitudinales de niños de Barcelona, Bilbao, y Zaragoza, realizados entre 1978-2000. n = 540 sujetos caucásicos.
Construcción de graficas según los diferentes ritmos puberales de maduración.
Datos de talla, velocidad de crecimiento, peso e índices de masa corporal, desde el nacimiento hasta la talla adulta, de 1453 sujetos sanos y no obesos.

Estadio puberal

Dentro de la exploración física se debe valorar el estadio puberal
A partir de los 8 años en las niñas y 10 años en los niños, la aceleración de la velocidad de crecimiento nos diferencia los distintos niveles madurativos.
Niñas: el inicio del brote de crecimiento puberal coincide con Tanner 2
Maduradoras muy tempranas 8-9 años
Maduradoras tempranas 9-10 años
Maduradoras intermedias 10-11 años
Maduradoras tardías 11-12 años
Maduradoras muy tardías 12-13 años
Niños: el inicio del brote de crecimiento puberal coincide con Tanner 3
Maduradores muy tempranos 10-11 años
Maduradores tempranos 11-12 años
Maduradores intermedios 12-13 años
Maduradores tardíos 13-14 años
Maduradores muy tardíos 14-15 años