

ARTÍCULOS ORIGINALES

ESTUDIO DE TALLA BAJA EN PREESCOLARES DE 2 A 5 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL LA PAZ

SHORT STATURE STUDY IN 2 TO 5 YEARS OLD PRESCHOOL PATIENTS OF THE PEDIATRIC SERVICE OF THE LA PAZ HOSPITAL

Dr. Franz Yugar R.*, Dra. Eliana Flores C.**, Dra. Ninfa Vargas T.**, Dra. Paola K. Vásquez R.**

Recibido: 01/02/2011
Aceptado: 23/03/2011

RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia de presentación de talla baja en preescolares de 2 a 5 años que acudieron a consulta externa del Servicio de Pediatría del Hospital La Paz

Diseño Metodológico: Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo y retrospectivo. Se tomó una muestra no probabilística bajo muestreo intencionado revisando historias clínicas de pacientes preescolares de 2 a 5 años, que acudieron a consulta externa de Pediatría del Hospital La Paz incluyendo las variables sexo, peso actual, talla actual, diagnósticos en consulta, diagnósticos nutricionales y tratamiento con zinc para talla baja. El diagnóstico de talla baja se basó en las tablas de referencia de talla para la edad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se consideró con talla baja a todo niño con talla en o debajo de - 2 desvíos estándar para su sexo y edad.

Resultados: Se revisaron en total 400 historias clínicas. La incidencia global del universo de estudio para talla baja fue de 62 niños con talla baja (15,5%) y 338 (84.5%) niños con talla normal para la edad. En cuanto a la frecuencia por sexo, encontramos mayor incidencia de talla baja en niños con 68%, y tan solo 32% de niñas con talla baja. Solo el 24% recibieron indicación de jarabe de zinc como indica la norma nacional de manejo de talla baja.

Conclusiones: Se observó que los niños con talla baja superan a las niñas en una relación de 2/1 ó sea hay el doble de niños con talla baja en relación a las niñas, suponemos que los niños se encuentran en mayor riesgo de enfermedades

* Médico Pediatra Hospital La Paz (HLP)
** Médicos adscritos al Servicio de Pediatría HLP
Responsable Dr. Franz Yugar R. E- mail:

concomitantes, siendo el grupo de edad más afectado el de dos años en ambos sexos. Se debe reforzar el cumplimiento de la norma nacional sobre el manejo de talla baja en niños menores de 5 años.

Palabras clave: Talla baja, desnutrición, zinc.

ABSTRACT

Objective: The goal was to determine the incidence of low height in preschool children, between 2 to 5 years old, patients of the Pediatric Service of the La Paz Hospital.

Methods: It was a descriptive, quantitative and retrospective study. We took an intentional sample from Clinical files of preschool patients from 2 to 5 years, which came to external Pediatric consultancy in La Paz Hospital, were reviewed. Including sex, current weight, current height, diagnosis in consultancy, nutritional diagnosis and treatment with zinc for low height, as variables. The diagnosis was made using the WHO age/height curves for sex and age. Low height was considered when the cut point was lower than -2 standard deviation for each child.

Results: About sex frequency, it was a higher incidence of short stature in boys (68%) and only (32%) in girls. The global incidence of short stature was of 62 (15.5%) children versus 338 (84.5%) nonshort stature children. The zinc prescription was suitable in only 24 % of all children with low height. COMMENTS: Short stature boys overcome girls in a 2/1 relation, it means that there is twice low height boys in relation to girls, we suppose that boys children are in major risk of concomitant diseases, being the two year old group in both sexes, the most affected. Zinc prescription must be reinforced in the outpatient follow-up in order to guide correct application.

Key words: Short stature, malnutrition, zinc.

INTRODUCCIÓN

La talla constituye un indicador muy útil del estado de salud de un niño.⁽¹⁾ El patrón de crecimiento puede ser alterado por múltiples causas: trastornos primarios de crecimiento y alteraciones secundarias a enfermedades sistémicas o carenciales. Los niños con talla baja desproporcionada generalmente tienen una displasia esquelética o raquitismo.⁽²⁾

La relación peso/talla puede ser muy útil para diferenciar los trastornos sistémicos de las endocrinopatías. Los primeros tienen talla baja y peso bajo, con relación peso/talla baja, los segundos tienen talla baja, peso normal o aumentado, con relación peso/talla normal o aumentada. Las características dismórficas, las desproporciones corporales, los antecedentes de retraso del crecimiento

intrauterino y el retardo mental pueden ser indicios variables pero importantes que apoyan el diagnóstico de trastornos genéticos como las displasias esqueléticas o determinados síndromes cromosómicos.^(3,4) Diversos factores influyen en el crecimiento. En el período prenatal inciden fundamentalmente el tamaño uterino, la placenta, la nutrición y la salud materna, el medio metabólico y los factores de crecimiento como la insulina.⁽⁵⁾ En el período posnatal se expresan los factores genéticos, étnicos, sistémicos, nutricionales, endocrinos y ambientales.^(5,6) Se considera talla baja a una talla menor de -2 desviaciones estándar de la media de la población de referencia para igual edad y sexo.⁽⁷⁾ En países en vías de desarrollo como el nuestro, la baja estatura, es secundaria al estado nutricional de los niños.⁽⁸⁾ La

falta de disponibilidad de alimentos de buena calidad, el consumo deficiente en proteínas de alto valor biológico y la carencia de oligoelementos como el hierro, calcio y el zinc son determinantes para la presentación de este estado clínico. Otros factores, como la falta de orientación a los padres sobre la clase y cantidad de los alimentos que deben suministrar a sus hijos en las diferentes etapas de su desarrollo, contribuyen a la aparición de esta entidad. Esta patología presenta a largo plazo, complicaciones y secuelas como alteraciones psicológicas, sociales y emocionales⁽⁹⁾ por ello consideramos importante realizar un estudio para conocer la incidencia de la presentación de talla baja. En el presente estudio el objetivo es conocer la incidencia de talla baja en preescolares de 2 a 5 años que acudieron a consulta externa del servicio de Pediatría del Hospital La Paz en los meses de Marzo a Junio de la gestión 2009.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo y retrospectivo. Se revisaron historias clínicas de pacientes preescolares de 2 a 5 años, que acudieron a consulta externa de Pediatría del Hospital La Paz durante los meses de Marzo a Junio del año 2009. Se incluyeron las variables sexo, peso actual, talla actual, diagnósticos en consulta, diagnósticos nutricionales y tratamiento con zinc para talla baja. Para los diagnósticos nutricionales se utilizaron los indicadores antropométricos Peso/Talla, para evaluar los casos de bajo peso para la talla en procesos de desnutrición aguda, Talla/Edad que mide de forma indirecta la desnutrición crónica con su manifestación en talla baja, y Peso/Edad como indicador global de crecimiento o desnutrición,^(10, 11) según el patrón de curvas de referencia de crecimiento infantil elaboradas por la Organización Mundial de la Salud OMS para preescolares de 2 a 5 años, de ambos sexos publicados en el cuadro de Procedimientos de AIEPI-nut 2006.⁽¹²⁾

Todos los datos recolectados se descargaron al programa EPI6 para su análisis estadístico. Se excluyeron todas las historias clínicas con datos incompletos.

RESULTADOS

Durante la clasificación en relación al sexo no hay diferencia significativa, observando una proporción del 51.1% en el sexo masculino, el cual representa 205 niños de 400, en comparación con el sexo femenino con un 48.9%, es decir 195 niñas. La media de edad fue de 2.76 años. La incidencia global del universo de estudio para talla baja fue de 62 niños con talla baja (15,5%) y 338 (84.5%) niños con talla normal para la edad. Figura No. 1

Figura No. 1
Frecuencia global de talla baja según el indicador Talla/Edad



Se encontró predominio franco de niños con talla baja en el grupo de edad de 2 años con 189 (46 %), en relación a 126 del grupo de 3 años (32%), 82 del grupo de 4 años (21%), y tan solo 3 niños del grupo de 5 años (1%).

La distribución por edad del grupo de estudio fue la siguiente: de 189 preescolares de 2 años, 159 (84%) no tienen talla baja y solo 30 (16%) niños tienen talla baja. De los 126 preescolares de 3 años, 104 (83%) tienen talla normal y 22 (17%) tienen talla baja. En 82 preescolares de 4 años, 72 (88%) tiene talla normal y 10 (12%) tiene talla baja. De los 3 niños de 5 años, ninguno tuvo talla baja. Figura No. 2

En cuanto a la frecuencia por sexo, encontramos mayor incidencia de talla

Figura No. 2
Comparación por grupos de edad de talla baja vs. talla normal

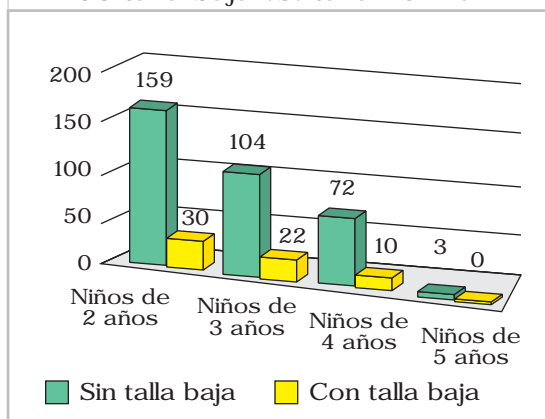
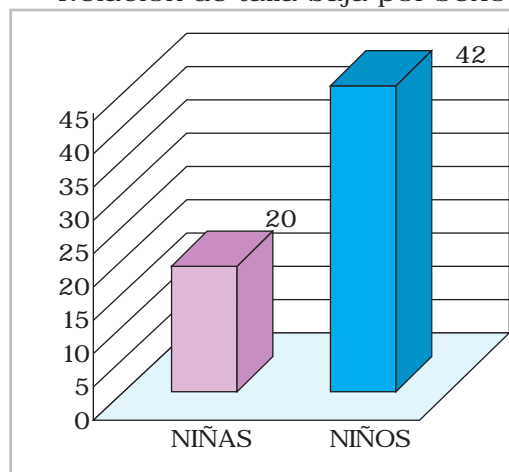


Figura No. 3
Relación de talla baja por sexo



Cuadro No. 1
INDICADOR PESO/TALLA

DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DESNUTRICIÓN AGUDA LEVE	50	3%
DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA	4	1%
DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA	1	0%
NO TIENE DESNUTRICIÓN	345	86%
TOTAL	400	100%

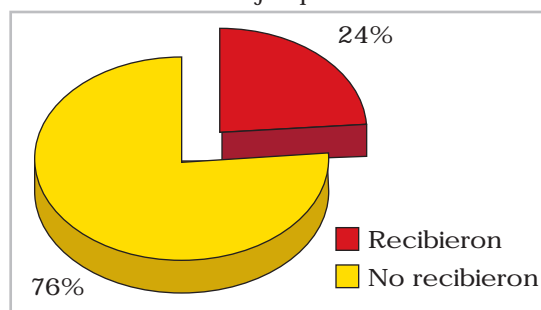
baja en 42 (68%) niños y tan solo 20 (32%) niñas con talla baja. Figura No. 3

Para el diagnóstico nutricional relacionamos peso para la talla, Cuadro No. 1, encontramos a 345 (86 %) preescolares sin desnutrición, 50 (13%) preescolares con desnutrición aguda leve, con desnutrición moderada 4 (1%) y tan solo 1 niño con desnutrición aguda severa.

Para analizar el indicador global de crecimiento y desnutrición, se tomaron las variables de peso para la edad, encontrándose, con peso normal en 342 (86%) preescolares, 34 (8%) con bajo peso, con riesgo de sobre peso 21 (5%) y 3 (1%) preescolares con sobrepeso.

Además se hizo una revisión si en el tratamiento se indicó zinc, encontrándose que no se dio zinc a 362 (90.5%) niños, sólo 38 (9.5%) niños recibieron zinc. Pero además se analizó cuantos de los niños diagnosticados con talla baja recibieron zinc, encontrándose que de los 62 niños con talla baja, 15,

Figura No. 4
Niños con talla baja que recibieron zinc



que representa el 24%, recibieron zinc y 47 (76%) no recibieron tratamiento para la talla baja. Figura No. 4

Dentro de los diagnósticos más frecuentes de consulta externa, acudieron en mayor proporción preescolares con infecciones respiratorias agudas (IRAs) 116 (45%), le siguieron las enfermedades diarreicas agudas (EDAs) con 43 (11%), control de niño sano 18 (5%) y por talla baja 4 (1%), por otras causas consultaron 86 (27%) pacientes. Cuadro No. 2

Cuadro No. 2
Patologías más frecuentes
en consulta

	PORCENTAJE
IRAs	45%
Desnutrición	12%
EDAs	11%
Control de niño sano	5%
Varios	27%

DISCUSIÓN

La frecuencia global de talla baja fue del 16% en nuestro estudio, que es bastante menor al porcentaje encontrado en los datos la Encuesta Nacional de Salud (ENDSA 2003),⁽⁸⁾ que registra un 26.5%. De todas maneras el grupo de estudio es una población concentrada urbana y de rango de clase media, situación que puede incidir en este hallazgo.

Se observó que los niños con talla baja superan a las niñas en una relación de 2.1 ó sea hay el doble de niños con talla baja en relación a las niñas. No hallamos explicación a este hallazgo pero suponemos que los niños se encuentran en mayor riesgo de enfermedades concomitantes como infecciones respiratorias y diarreas que podría comprometer su estado nutricional. El grupo de edad más afectado es el de dos años en ambos sexos, probablemente por la transición de la lactancia materna a la alimentación complementaria que como ya se ha demostrado en otros estudios,^(10,11) repercute grandemente en el estado nutricional del lactante menor y mayor. Los niños de mayor edad van adquiriendo independencia y logran obtener mas alimento y en consecuencia mejorar su estado nutricional.

El 14% de los niños presentaron desnutrición según peso/talla entre leve y moderada, no se encontraron niños con desnutrición grave. Esto nos muestra que aún hay una fuerte incidencia de desnutrición aguda que merece mayor atención tanto en el diagnóstico nutricional, que muchas

veces no está consignado, como en el manejo y tratamiento.

Llama la atención que si bien la desnutrición es un problema importante, también se muestra un porcentaje de 6% niños con peso elevado para la edad, lo cual merece nuevos estudios y énfasis de parte de los médicos de consulta externa, haciendo énfasis en la parte preventiva y educacional.

Es necesario incidir sobre el dato de suplementación con zinc para los niños con talla baja, ya que solamente el 24% de los niños portadores de talla baja para la edad recibieron este tratamiento que está normado en el manejo de la desnutrición. Pensamos que puede deberse ha periodos en los cuales el medicamento no era disponible en farmacia, pero muestra también un grado de negligencia en el manejo de las normas nacionales.

RECOMENDACIONES

- Implementar medidas destinadas a promover mayor información sobre las formas de prevenir la incidencia de talla baja en la población infantil.
- Aplicar métodos de relacionados con práctica de una nutrición adecuada y el uso de alimentos ricos en proteínas que permitan disminuir la incidencia de presentación de la desnutrición aguda en nuestro medio.
- Suministrar a los padres de preescolares información explicativa de forma sencilla sobre las causas de desnutrición crónica y su consecuencia más evidente la talla baja, para evitarla.
- Realizar un cuidadoso examen físico y relacionar el peso y talla de los niños que acuden a la consulta por Pediatría con los cuadros de los distintos indicadores del AIEPI para diagnosticar oportunamente Talla o Peso bajo.
- Administrar el oligoelemento zinc a cada niño diagnosticado con Talla Baja y realizar controles permanentes para verificar los resultados.

REFERENCIAS

1. Cassorla F, Gaete X, Román R. Talla baja en pediatría. *Rev. chil. pediatr.* 2000; 71(3)
2. Vogiatzi MG, Copeland KC. The short child. *Pediatr Rev* 1998; 19(3): 92-9.
3. Hamill PV, Drizd TA, Johnson CL, Reed RB, Roche F, Moore WM. Physical growth: National Center for Health Statistics percentiles. *Am J Clin Nutr* 1979; 32(3): 607-29.
4. Tanner J, Kappy M S, Blizzard R M, Migeon C J, Eds. *The diagnosis and treatment of endocrine disorders in childhood and adolescence.* 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994: 137-192.
5. Mazzei M E, Puchulu M.ç, Rochaix M. *Tabla de Composición Química de Alimentos.* Centro de Endocrinología Experimental y Aplicada, Fundación para la Promoción de la Educación y la Investigación en Diabetes y Enfermedades de la Nutrición. 2 ed. Buenos Aires: Neuhaus, 1995; 242.
6. Burrows R, Castillo C, Átala E, Uauy R. *Guías de alimentación para la mujer.* Instituto Nacional de Tecnología de Alimentos, Universidad de Chile. Santiago de Chile. MSP, 2001; Pág.148.
7. Diago J, Carrascosa A, del Valle C, Ferrández A, Gracia R, Pombo A. Talla baja idiopática: definición y tratamiento. *An Pediatr (Barc)* 2006; 64(4):360-4.
8. Mazzi E, Murillo D. Desnutrición en Bolivia. *Rev Soc Bol Ped* 2006; 45 (1):69-76.
9. Aguirrezabalaga B, Pérez Méndez C. Talla baja: Diagnóstico y seguimiento desde Atención Primaria. *Bol Pediatr* 2006; 46: 261-264.
10. Weisstaub G, Araya M. Acute Malnutrition in Latin America: The Challenge of Ending Avoidable Deaths. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2008; 47 (supl 1)
11. Durán P, Mangialavori G, Biglieri A, Kogan L, Abeyá E. Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). *Arch. argent. pediatr.* 2009; 107(5).
12. Mansilla G, Cordero D. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Salud. Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Unidad Nacional de Alimentación y Nutrición. AIEPI-Nut Clínico Guía del Facilitador. OPS/OMS UNICEF Reforma de Salud GTZ USAID/Gestión y Calidad en Salud 2006. Sección N° 2, Págs.11-28.
13. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Salud. Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en el Marco de la Meta "Desnutrición Cero" AIEPI-Nut. Cuadros de Procedimientos OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Reforma de Salud. GTZ Agencia de Cooperación Alemana. USAID/Gestión y Calidad en Salud. La Paz, 2006.
14. Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo. Criterios de diagnóstico y tratamiento. 5 ed. Buenos Aires: SAP, 1997:11-17.
15. Comité de Nutrición de la Sociedad Uruguaya de Pediatría. Alimentación del niño sano hasta el primer año de vida Montevideo: SUP, 1997; 8: 1-8.
16. Lejarraga H, Fustiñana C. Estándares de peso, longitud corporal y perímetro cefálico desde las 26 hasta las 52 semanas de edad posmenstrual. *Arch Argent Pediatr* 1986; 84: 210-4.
17. Tecnología de Alimentos, Univerd alimentación para la mujer. Instituto Nacional de Tecnología de Alimentos, Universidad de Chile. Santiago de Chile. MSP, 2001; Pág.148.
18. Comité de Nutrición de la Sociedad Uruguaya de Pediatría. Alimentación del niño sano hasta el primer año de vida. Montevideo: SUP, 1997; 8: 1-8.
19. Lejarraga H, Fustiñana C. Estándares de peso, longitud corporal y perímetro cefálico desde las 26 hasta las 52 semanas de edad posmenstrual. *Arch Argent Pediatr* 1986; 84: 210-4.