

# Parece, pero no es...



Nombre: Karina L. Guadalupe C.(Rotatorio Pediatría)  
Tutor: Dr. Óscar Manrique (Digestivo Infantil)

# Caso Clínico

Niña de 22 meses remitida desde Atención Primaria por percentiles bajos

- **Anamnesis**

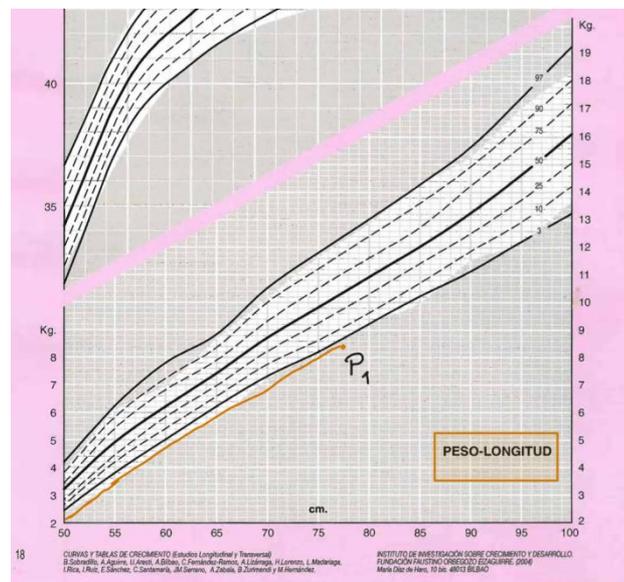
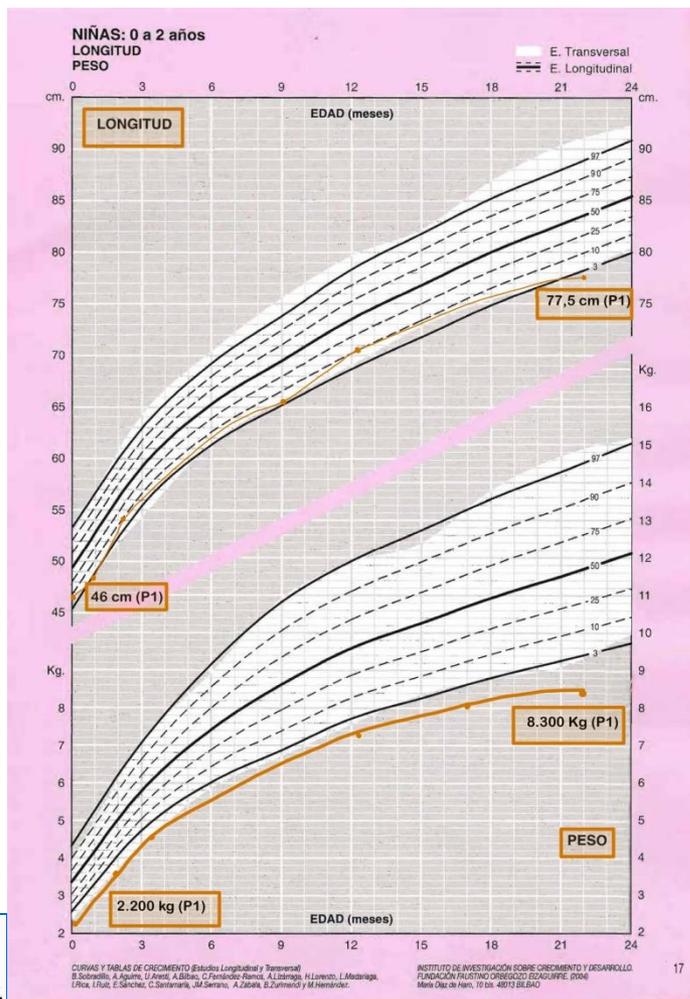
- RNPT 36+5 SG, Peso 2.200 kg(PEG) Talla 46cm.
- Embarazo controlado y normoevolutivo
- Parto vaginal
- Adecuada inmunización
- No acude a guardería
- AF: Madre talla: 52cm Padre talla: 182cm

- **Exploración física**

- Peso 8,3 kg. (<P1, -2.85 DE) Talla 77,5 cm (<P1, -2.45 DE).  
Relación peso/talla: 0,11 (P5, -1,67 DE).
- Neurologicamente adecuada.
- Buena alimentación, come de todo.

# Pruebas diagnósticas

## Curva y tablas de crecimiento Fundación Orbegozo y Eizaguirre



# Fallo de medro (FM)- término médico descriptivo.

- Se define FM como la dificultad para mantener un ritmo de crecimiento normal, tanto en peso como en talla, en niños menores de tres años, con posibilidad de afectación en su desarrollo físico, intelectual, emocional y social.

Tabla 1. Evolución estimada de la antropometría en los primeros años de vida

Peso (ganancia)	0-3 meses: 1 kg/mes 3-6 meses: 0,5 kg/mes 6-9 meses: 0,33 kg/mes 9-12 meses: 0,25 kg/mes 12 meses-edad preescolar: 2 kg/año
Talla o longitud (ganancia)	0-6 meses: 25 cm/año 6-12 meses: 15 cm/año 12-24 meses: 12,5 cm/año 2 años-pubertad: 5-6 cm/año Pubertad: 12 cm/año
Perímetro cefálico (valores medios)	Nacimiento: 35 cm 12 meses: 47 cm 6 años: 55 cm

de Hoyos López MC, León Jiménez JP, Puente Ubierna N, Barasoain Millán A, Bezanilla López C, Botja Arcos G, et al. Fallo de medro en Pediatría de Atención Primaria: recomendaciones para su abordaje y seguimiento. Rev Pediatr Aten Primaria. 2024;26:e17-e29. <https://doi.org/10.60147/3ee7811d>

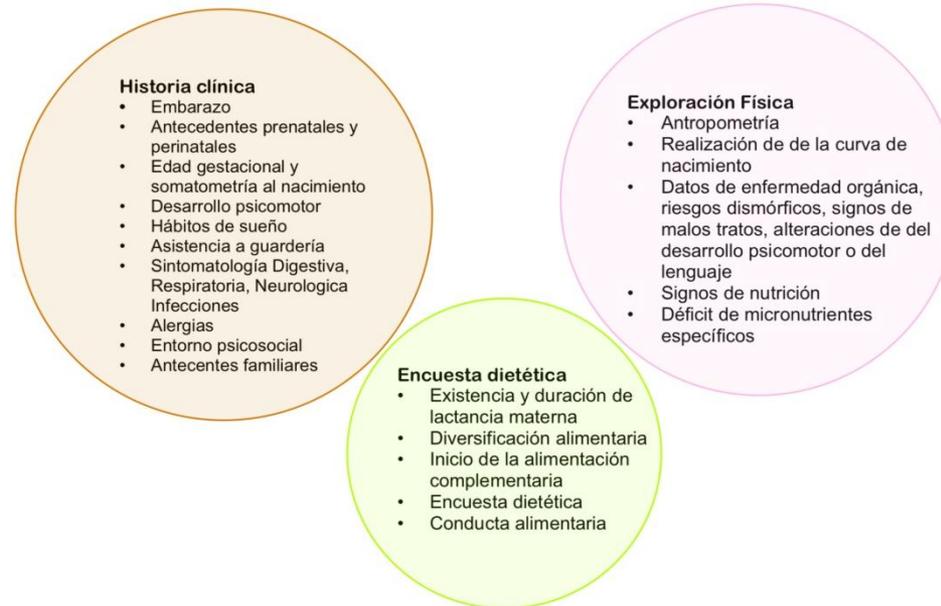
# FM: Etiología y clasificación

**Tabla 2. Clasificación del fallo de medro según su etiopatogenia**

Ingesta insuficiente o inadecuada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta inadecuada</li> <li>• Ingesta calórica insuficiente</li> <li>• Negligencia/maltrato infantil</li> <li>• Deprivación psicoafectiva</li> <li>• Fracaso en la interacción padres-hijo</li> <li>• Técnica alimentaria incorrecta</li> <li>• Rechazo selectivo de alimentos/texturas</li> <li>• Hiporexia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos de la conducta alimentaria</li> <li>• Trastornos alimentarios postraumáticos (tras atragantamientos)</li> <li>• Alteraciones de la succión-deglución</li> <li>• Malformaciones orofaciales: fisura palatina, labio leporino, anquiloglosia</li> <li>• Malformaciones vasculares: angiomas, arteria subclavia aberrante (ARSA)</li> </ul>
Incapacidad para la utilización de los nutrientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflujo gastroesofágico</li> <li>• Esofagitis</li> <li>• Estenosis hipertrófica de píloro</li> <li>• Enteropatías malabsortivas (enfermedad celiaca)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malformaciones intestinales (malrotación, atresia, síndrome de Intestino corto)</li> <li>• Alergias/intolerancias alimentarias</li> <li>• Errores innatos del metabolismo</li> </ul>
Requerimientos aumentados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patología cardíaca congénita con repercusión hemodinámica</li> <li>• Patología pulmonar crónica (displasia broncopulmonar, bronquiectasias, fibrosis quística)</li> <li>• Patología oncológica</li> <li>• Patología neurológica (encefalopatías, parálisis cerebral infantil)</li> <li>• Intervenciones quirúrgicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndromes genéticos/cromosomopatías</li> <li>• Inmunodeficiencias congénitas y adquiridas (VIH)</li> <li>• Patología infecciosa (infecciones agudas recurrentes, hepatitis crónica, parasitosis, infecciones urinarias)</li> <li>• Patología endocrinológica (diabetes tipo 1, hipertiroidismo, tiroiditis)</li> <li>• Patología nefrourológica (reflujo vesicoureteral, hidronefrosis, síndrome nefrótico, acidosis renal)</li> </ul>



# FM: Evaluación diagnóstica



## Criterios diagnósticos FM

- Menor de 3 años de edad
- Peso < percentil 3 (-2 DE) o
- Caída de 2 percentil principal (peso y/o talla)
- durante al menos 3 meses

# FM - Variantes de la normalidad de crecimiento

Talla baja familiar

Prematuridad

Retraso de crecimiento intrauterino

Grandes para la edad gestacional - Catch down

Lactantes con infecciones recurrentes

# Caso clínico: Talla diana

- Talla madre: 152 cm
- Talla padre: 182 cm

## Fórmula de Weech

- Talla diana del caso: 160,5 cm +/- 45,cm [156cm - 165cm]

$$\text{Niñas} = \frac{\text{Talla del padre} + \text{Talla de la madre}}{2} - 6,5 (\pm 4,5 \text{ cm})$$

# Conclusiones

La importancia de FM por su incidencia y por sus consecuencias

La gran mayoría de FM tienen origen multifactorial

La historia clínica, encuesta dietética y exploración física son los pilares en la evaluación diagnóstica de FM

Lo diferente no es patológico

# Bibliografía

- Herrero Alvarez M, García Calatayud S. Fallo de medro. Protoc diagn tér pediutr. 2023; 1: 491-504
- De Hoyos López MC, León Jiménez JP, Puente Ubierna N, Barasoain Millán A, Bezanilla López C, Botija Arcos G, et al. Fallo de medro en Pediatría de Atención Primaria: recomendaciones para su abordaje y seguimiento. Rev Pediatr Aten Primaria. 2024;26:e17-e29.  
<https://doi.org/10.60147/3ee7811d>
- S.Bueno Pardo. Fallo de medro. Pediatr Integral. 2015; XIX (5): 308-312
- M. Rodríguez Salas. Fallo de medro: Aproximacin diagnóstica y enfoque terapéutico. Pediatr Integral. 2020; XXIV (3): 132-138

