

Ministerio de Salud Pública y
Asistencia Social
Jefatura de Área de Salud
Sacatepéquez

Instituto de Nutrición de
Centroamérica y Panamá
(INCAP)

MANUAL DE APOYO
A LA CAPACITACION COMPLEMENTARIA
EN MONITOREO DEL CRECIMIENTO FISICO

Folleto No. 1

Material elaborado por:
Dra. Rosa Amurrio C.

RESUMEN DE LA PLATICA INTRODUCTORIA

I. El crecimiento

El crecimiento es el proceso mediante el cual los órganos y el cuerpo humano aumentan de tamaño. Implica tanto el aumento en estatura como el aumento en masa corporal.

El crecimiento se manifiesta como un proceso que transcurre de manera continua desde la fecundación del óvulo en el momento de la concepción hasta la madurez. Se dá como resultado de la interacción de factores genéticos aportados por la herencia y de las condiciones del medio en que vive el individuo. Si las condiciones de vida (físicas, biológicas, nutricionales, psicosociales, económicas, etc) son favorables, el potencial genético de crecimiento podrá expresarse en forma completa. En caso contrario, bajo condiciones ambientales desfavorables el potencial genético se verá limitado dependiendo de la intensidad y la persistencia del agente agresor. (Proyecciones 1,2,3 y 4)

El crecimiento es un proceso susceptible de ser cuantificado. El crecimiento longitudinal, por ejemplo, se puede medir a través de la longitud o talla. La masa corporal puede cuantificarse a través de la medición del peso. (Proyecciones 5 y 6)

Existen otras mediciones que se pueden utilizar para valorar el crecimiento, pero no las discutiremos en esta revisión.

Velocidad de Crecimiento

La rapidez con la que crece un niño va variando de acuerdo a la edad que tenga. Así por ejemplo, la velocidad con la que se crece en el periodo pre-natal es altísimo, ya que en un lapso de 9 meses se pasa de un ser microscópico (del tamaño de una pequeña célula formada por la unión del óvulo y del esperma) a ser un bebé de unos 50 cms. de tamaño! En el período prenatal, la máxima velocidad de crecimiento se alcanza al 4º. mes pues se aumenta un promedio de 11 cms al mes. Después empieza un período de desaceleración en la velocidad del crecimiento. Esto no quiere decir que el niño deje de crecer, sino solamente que disminuye de velocidad con la que va creciendo.

Luego del nacimiento, al año de edad, la velocidad con la que aumenta el tamaño de un niño disminuye un poco y viene siendo de unos 25 cm/año, y de los 3 a los 7 años es un poco menos acelerado, pues aumentamos unos 5-7 cms al año. Luego hay otro pico de aceleración del crecimiento que se da durante la pubertad. (Proyecciones 7,8 y 9)

En términos de PESO y no de tamaño o estatura, podemos decir que el niño recién nacido disminuye más o menos el 10% de su peso durante los primeros 3 días de vida. El peso que tenía al nacimiento se recupera entre 7 a 10 después, de allí en adelante, en condiciones de normalidad, debe esperarse un aumento promedio diario de 1 onza durante el primer trimestre de vida. (lo que equivale a 2 libras por mes durante los primeros 3 meses)

El peso tiene una VENTAJA PRACTICA: durante los dos primeros años de vida, es la dimensión antropométrica más sensible a los cambios nutricionales. Cuando la nutrición no es adecuada, lo primero que se afecta es la actividad física; luego el peso y después la talla.

Cuanto mayor es la velocidad a la que va creciendo el niño, mayores son sus requerimientos nutricionales. Por eso, en esos períodos de crecimiento acelerado (periodo prenatal, primer año de vida, hasta los 7 años y durante la pubertad) es cuando MAYOR EFECTO daño pueden tener los factores nutricionales deficientes y las enfermedades infecciosas sobre el crecimiento de un niño. Por lo tanto, esos constituyen los períodos de mayor riesgo.

(Proyección 10)

Crecimiento Compensatorio

Todos los niños tienen potenciales de crecimiento, bastante similares entre los 0-3 años pero cuando ocurre algún daño (ya sea por enfermedad o por deficiencias en la alimentación) se afecta el crecimiento del niño, ya sea deteniendo su ganancia de peso y/o talla o perdiendo peso. Pero gracias a ese potencial de crecimiento que trae consigo, el niño puede presentar lo que se manifiesta como crecimiento compensatorio.

El crecimiento compensatorio consiste en una aceleración en la velocidad del crecimiento que ocurre en niños que han tenido retraso por alguna causa, SIEMPRE Y CUANDO ESTA CAUSA DESPAREZCA, logrando así la recuperación del crecimiento perdido. Este es pues, una aceleración brusca de la velocidad de crecimiento, seguida de una lenta desaceleración, que termina en una velocidad normal, cuando el niño ha recuperado su tamaño normal.

(Proyección 11)

Los mecanismos íntimos que producen el crecimiento compensatorio no son bien conocidos, pero lo cierto es que no está mediado por factores hormonales. Algunos proponen que la exhalación corre sobre la base del impulso genético de crecimiento celular.

En la proyección II podemos identificar que en:

- a. El niño tiene un crecimiento normal
- b. Ocurre un daño que deteriora el crecimiento
- c. El niño presenta un crecimiento compensatorio que le permite recuperar su crecimiento a lo normal que le correspondería.

En este caso el crecimiento compensatorio puede darse, gracias a que desapareció la causa del deterioro y el niño fue alimentado adecuadamente. Lo que permitió que el potencial de crecimiento compensatorio se manifestara.

Las posibilidades de que un niño presente o no crecimiento compensatorio luego de una injuria dependen de 4 factores:

- La naturaleza del daño: por ejemplo, las infecciones graves, son más lesivas que las infecciones leves. Por lo tanto, después de una infección severa, aunque el niño presentara un gran crecimiento compensatorio, más difícil será que logre recuperar su tamaño normal.
- La duración del daño: cuanto más prolongada sea la enfermedad o carencia, menores serán las posibilidades de presentar crecimiento compensatorio.
- La edad del niño: las posibilidades de crecimiento compensatorio son menores cuanto mayor sea el niño.
- El potencial individual del niño: el niño para crecer está determinado por características individuales genéticas, por lo que su crecimiento no podrá llegar a ser mayor que lo que su propio potencial le permite.

(Proyección IZ)

II. Relación Nutrición-Infección

La desnutrición proteínico-energética es la manifestación clínica de la baja disponibilidad de nutrientes a nivel celular, en relación a los requerimientos. Esta enfermedad afecta el Bienestar Físico, mental y social del individuo y constituye un factor de riesgo de mortalidad.

Sus causas básicas son de naturaleza social, económica y cultural.

La carencia absoluta o relativa de alimentos son determinantes de la desnutrición, así como las infecciones, que pueden interferir con la utilización biológica de los alimentos, aumentar los requerimientos y disminuir el consumo de alimentos.

Cuando la ingesta alimentaria es escasa, las infecciones pueden precipitar la desnutrición. Por otra parte, la desnutrición puede aumentar la duración y la severidad de las enfermedades infección-conlegiosas.

Es importante reconocer que los procesos infecciosos tienen una importancia capital sobre el deterioro del crecimiento; ya que durante los períodos de infección pueden suceder una o varias de los siguientes fenómenos:

1. La infección disminuye el apetito del niño y entonces este ingiere menos alimentos.
2. La infección por si misma interfiere con la utilización biológica de los nutrientes (pues disminuye la capacidad de absorción).
3. La infección produce un aumento de los requerimientos energéticos y proteínicos y, por lo tanto, durante el período de enfermedad el organismo requeriría de consumir mucho más alimento para cubrir sus necesidades. Como el consumo en realidad no aumenta sino disminuye, el niño tiene que hacer uso de la energía que tenía disponible para crecer, utilizandola para cubrir esos requerimientos aumentados por la infección.

Por ello, las infecciones repetidas van produciendo un deterioro nutricional que llevan al niño a un estado de desnutrición. Por otra parte, se sabe que los niños desnutridos son más susceptibles a adquirir enfermedades infecciosas, por lo que se va creando el círculo vicioso que se observa en la proyección Nú.13.

La proyección 13A muestra los resultados obtenidos de un estudio realizado por INCAF en Patulul, Guatemala.

En esta proyección puede observarse la alta asociación que existe entre la presencia de algún grado de desnutrición con la aparición y la duración de enfermedades diarréicas.

Por otra parte, también ha podido determinarse que existe una alta relación entre la mortalidad infantil y los estados nutricionales deficientes. De ahí que, los grupos de niños que presentan adecuaciones de P/E, P/T, y T/E deficientes (más bajas) son aquellos que también presentan las tasas de mortalidad más altas. (Proyección 13B)

TODO ESTO VIENE A CONFIRMAR 3 PUNTOS IMPORTANTES QUE DEBEMOS RECORDAR:

1. Las enfermedades infecciosas pueden llevar a un niño a un estado de desnutrición.
2. Un niño desnutrido severo es más susceptible de adquirir una enfermedad infecciosa y/o morir que un niño no desnutrido.
3. Un niño desnutrido tiene más posibilidades de que si darle una enfermedad le dure más tiempo que a uno que no está desnutrido; agravándole esto aún más su precario estado nutricional o llevándolo a la muerte.

Con todo lo que hemos expuesto anteriormente, es importante recordar que: (Proyección 14)

Las dos principales causas de retraso en el crecimiento en los países en desarrollo (como Guatemala) son:

La Desnutrición y las Enfermedades Infecciosas

Ahora que hemos leído esta parte, sabemos que un niño normal, tiene el potencial de crecer normalmente, y si no lo está haciendo podemos pensar que esto se debe a que ~~no está bien~~ ya sea porque está desnutrido por falta de buena alimentación o porque está teniendo muchas enfermedades infecciosas que a lo largo lo están desnutriendo.

Debemos recordar que:

El proceso de crecimiento constituye un indicador del estado de salud del niño. Es el indicador más cercano a la evaluación real del estado de salud del niño.
(Proyección 15)

Todos los niños nacen con un potencial para crecer normalmente, y el personal de salud que asiste a los diferentes servicios están en capacidad de poder ayudar a las madres para que esto sea posible.

El objetivo de la atención a la salud del niño no consiste solamente en satisfacer sus necesidades actuales, sino también en promover un crecimiento y un desarrollo normales para que llegue a ser un adulto sano.

(Proyección 16)

III Medidas Antropométricas e Indicadores Nutricionales

Las medidas antropométricas que se obtienen más frecuentemente a nivel de los servicios de salud son el peso y la talla.

El peso y la talla como medidas aisladas no nos dan suficiente información sobre el estado general de un niño. Si estas medidas se combinan entre ellas o se relacionan con la edad del niño entonces sí nos pueden servir como parámetro para saber cuál es el estado de un niño. Cuando combinamos 2 medidas antropométricas o bien relacionamos una medida antropométrica con la edad de un niño, entonces estamos creando los llamados indicadores nutricionales.

De esta manera, un ejemplo de una medida antropométrica es: EL PESO.

Varios ejemplos de indicadores nutricionales son:

Relación Peso/Edad	P/E
Relación Peso/Talla	P/T
Relación Peso/Edad Talla	T/E

Al comparar cada uno de los indicadores nutricionales del niño, con los de una población de referencia, podemos obtener una visión del estado nutricional del niño a quién estamos evaluando.

El principio de que todos los niños tienen potenciales de crecimiento similares, dió lugar al uso de las llamadas poblaciones de referencia. Estas consisten en un grupo de niños de diferentes razas y niveles socioeconómicos, que comparten la característica de ser sanos y bien nutridos y cuyas medidas pueden ser utilizadas como base de comparación.

De esta manera, si nosotros obtenemos el peso y la talla de un niño y a la vez conocemos su edad, podremos combinar estas medidas para crear los indicadores nutricionales de ese niño y luego los comparamos con los datos que nos dán las poblaciones de referencia y así podremos saber si se trata de un niño normal, un niño desnutrido agudo o un niño desnutrido crónico.

El indicador P/T nos da información sobre el estado nutricional actual, o sea como está la nutrición del niño en ese momento. Por lo cual nos sirve para hacer el diagnóstico de desnutrición aguda.

El indicador T/E nos informa cómo ha sido la situación nutricional de un niño en el pasado, o sea, nos informa si este niño ha padecido de períodos de desnutrición en el pasado y si padece de desnutrición crónica.

Una sola evaluación con el indicador P/E no permite diferenciar entre desnutrición actual o desnutrición en el pasado. Solo nos informa si el niño es desnutrido o normal. En cambio, la medición periódica de el peso para la edad sí nos puede ayudar a detectar de manera temprana fallas en el estado nutricional por lo que este indicador ha sido seleccionado para llevar a cabo el monitoreo del crecimiento de los niños (sobre lo cual hablaremos más adelante).

En resumen, diremos que:

El INDICADOR P/T Nos sirve para detectar con una sola medición el estado nutricional actual del niño. Si la relación del peso con la talla muestra alguna deficiencia, estamos frente a un caso de DESNUTRICION AGUDA.

El INDICADOR T/E Nos sirve para detectar con una sola medición problemas nutricionales pasados. Si la relación Talla para la edad es deficiente, estamos frente a un caso de DESNUTRICION CRONICA.

El INDICADOR P/E Es un indicador de desnutrición en general. Con una sola medición, no se puede diferenciar DESNUTRICION AGUDA de DESNUTRICION CRONICA.

Si se realizan mediciones periódicas de este indicador podemos llevar a cabo el monitoreo del crecimiento en los niños.

Como dijimos anteriormente, la gran mayoría de los problemas de salud del niño en edad preescolar producen una menor ganancia de peso, si la causa persiste ocurre una pérdida de peso; y si el daño continúa, se altera luego el crecimiento en estatura. De ahí que la alteración de estas medidas indica que la salud del niño está comprometida y que es necesario reconocer la causa.

Desnutrición: La desnutrición es el problema de salud más frecuente en nuestra región y es, por lo tanto, la causa más importante de retardo del crecimiento. La desnutrición puede ser de dos tipos:

- Desnutrición primaria: déficit nutricional por falta de alimentos.
- Desnutrición secundaria: debido a enfermedades que deterioran el estado nutricional del niño ya sea por disminución del apetito, por mala absorción o utilización inadecuada de nutrientes, o por aumento de las pérdidas.

Ambos tipos de desnutrición pueden coexistir. Así un niño con desnutrición primaria (por falta de aportes alimentarios) puede agravar la desnutrición por haber contraído una enfermedad (infecciones, diarrea crónica, parasitosis intestinales, etc.) que repercute aún más sobre su estado nutricional.

La falta de aporte alimentario o la ingestión inadecuada de alimentos con alta calidad nutricional generalmente están ligadas a la pobreza, marginación, falta de acceso a los servicios de salud, ignorancia, factores que disminuyen la calidad de vida de las poblaciones por hacinamiento, escaso saneamiento ambiental, que se suman a la baja disponibilidad de alimentos, más probabilidades de contraer enfermedades infecciosas y que contribuyen a perpetuar el círculo de la pobreza y desnutrición.

La problemática de la desnutrición puede analizarse desde distintos ángulos a saber:

1. Según el tiempo de evolución

a) Desnutrición Aguda: En la infancia toda enfermedad aguda de cierta duración repercute en cierto grado sobre el estado nutricional del niño y por ende sobre su crecimiento. Este deterioro tiene carácter transitorio y de poca trascendencia en los casos de aquellos niños en que el estado de salud previo y las condiciones socioambientales durante y luego del padecimiento permiten una respuesta positiva en términos de crecimiento compensatorio. En cambio en los niños en quien el estado nutricional previo ya era inadecuado y/o que las condiciones

socioambientales no le ayudan a recuperarse totalmente, las consecuencias de este tipo de desnutrición pueden ser devastadoras.

Este tipo de desnutrición puede detectarse fácilmente al observar una adecuación peso para la talla deficiente o bien utilizando la tabla de Nabarro (ya que ésta utiliza la relación peso para talla).

La razón por la cual el indicador P/T se ve afectado en un proceso de desnutrición aguda es la siguiente:

Cuando un niño se enfrenta a una enfermedad o a un periodo de carencia de alimentos, primero detiene su peso, y si ese daño continua, entonces pierde peso.

Al perder peso, si uno analiza la relación de peso que tiene en ese momento con la talla que ha alcanzado hasta entonces, podemos notar que EN ESE MOMENTO existe un déficit de peso en relación a su talla, lo que nos indica que el daño al estado nutricional del niño es de tipo reciente.

b) Desnutrición Crónica: De evolución prolongada en el tiempo. Compromete en mayor medida el proceso de crecimiento, restándole al organismo posibilidades de compensación del déficit. Este tipo de desnutrición va causando daños sobre el crecimiento longitudinal y puede detectarse fácilmente al encontrar una adecuación talla para edad (T/E) deficiente.

Como la talla es la medida que más afectada se ve en la desnutrición crónica, estos niños al irse recuperando, pueden ganar peso pero quedarse pequeños y por ello al medirlos en tabla de Nabarro caen en el color verde.

2. Según el grado de déficit

Cuanto más grave sea el deterioro del estado nutricional, mayor será la deficiencia del peso en comparación con los valores de referencia para la misma edad del niño. Es así que la desnutrición puede clasificarse en grados (escala de Gómez) según el porcentaje de déficit de peso hallado.

Grados	% de adecuación del peso en relación al promedio
normal	> 90%
I	90 - 76%
II	75 - 61%
III	< 60%

Además cuanto mayor es el déficit de peso, mayor es el riesgo de contraer nuevas enfermedades y morir.

3. Según el tipo de carencia (global o específica)

Si la desnutrición se debe a carencia de varios nutrientes a la vez, esta se puede clasificar en 1) Marasmo ó 2) Kwashiorkor.

El Marasmo: implica un déficit global de alimentos. Hay carencia de energía (calorías) y proteínas con predominio de la carencia de calorías, además hay carencia del resto de los nutrientes (vitamina, hierro, minerales). Afecta a todas las edades pero particularmente al menor de un año.

Kwashiorkor: se debe fundamentalmente a un déficit de proteínas. Se observa mas frecuentemente después del 1^{er} año de vida.

Si existe carencia de un nutriente solamente, estamos frente a una desnutrición específica. Ejemplos de carencias específicas son: La anemia por falta de hierro (deficiencia de hierro, solamente), la deficiencia de vitamina A, o deficiencia de vitamina D; etc.

Selección de gráficos para evaluar el estado nutricional

Los gráficos o criterios de evaluación nutricional y de crecimiento físico han sido diseñados para cumplir cada uno de ellos con un objetivo específico y puede ocurrir que un solo gráfico no sea capaz de cumplir con todos los objetivos requeridos, por lo tanto hay que definir previamente el tipo de información que quiere ser recogida y para qué. Por ejemplo: 1) Se puede desechar monitorear el crecimiento a lo largo del tiempo, con el fin de detectar tempranamente fallas en el crecimiento y así implementar medidas preventivas en vez de curativas, para lo cual resulta útil una gráfica de P/E.

2) Se puede necesitar definir la desnutrición aguda en determinado momento y en una población dada con el propósito de implementar intervenciones nutricionales, para lo cual resulta útil la Tabla de Nabarro ó Tablas de adecuación peso para talla.

3) También puede desearse evaluar la recuperación después de un período de rehabilitación nutricional. La elección del gráfico a utilizarse, en todo caso, dependerá del objetivo ;que se deseé alcanzar y debe de tomarse en cuenta el tipo de desnutrición preescolar. Por ejemplo en una población con gran frecuencia de desnutrición crónica como ocurre en nuestro país, la utilización de la gráfica de P/T o de la tabla de Nabarro llevaría a subestimar la cantidad de niños que podrían beneficiarse de una posible intervención ya que no discrimina entre desnutridos crónicos y niños normales como dijimos anteriormente.

También se debe tener presente que puede trabajarse en una sola tabla o gráfica o se puede trabajar con gráficas o tablas separadas según el sexo. En el 1er caso (una sola tabla para ambos sexos) el error de clasificación es mayor.

Gráficas de peso para edad: Pueden utilizarse para evaluar el crecimiento del niño a lo largo del tiempo, al comparar el patrón de crecimiento de éste con el crecimiento de los niños de una población de referencia como se hace con la gráfica de OMS. También existen gráficas que permiten evaluar la gravedad de la desnutrición por el grado de déficit del peso respecto a la mediana de una gráfica de referencia (como la clasificación de Gómez). Así la gráfica de Gómez clasifica al niño por grado de desnutrición y selecciona desnutridos graves. La gráfica de OMS sólo sirve para comparar el crecimiento de los niños que están siendo evaluados con los de la población de referencia. La gráfica de OMS no sirve para hacer una clasificación del grado de desnutrición.

V. Control o Monitoreo del Crecimiento Físico (MCF)

Consiste en la actividad rutinaria de pesar a los niños e identificar ese peso en una gráfica de referencia y de esa manera poder dilucidar como va su crecimiento e identificar cuales son los factores que lo están afectando, con el fin de tomar medidas inmediatas para evitar el deterioro de este y/o promover su mejoría. (Proyección 17)

Entonces, se puede resumir de la siguiente manera, las funciones que cumple el monitoreo de crecimiento en un niño:
(Proyección 18)

- I. Seguimiento de su crecimiento
- II. Detección temprana de un problema de salud o de nutrición.
- III. Toma de acciones preventivas para evitar deterioro ó acciones de promoción para mantener un buen crecimiento.
- IV. Toma de acciones de tratamiento, en casos necesarios.
- V. Promoción de cambios de conducta y no sólo transferencia de información.

El MCF utiliza la relación del peso con la edad para hacer el seguimiento de los niños.

Como dijimos anteriormente TODOS LOS NIÑOS (no importa la raza que sean) tienen potenciales de crecimiento bastante similares entre los 0-5 años. Si hay una detención o retraso en el crecimiento (en un niño menor de 5 años) este no se debe a factores raciales o hereditarios, sino más probablemente a factores ambientales.

Un ejemplo que puede ayudar a aclarar este principio, lo observamos en la proyección No. 22. En esta se muestran los resultados de un estudio que analizó las tallas de niños de varios países. Se sacaron los promedios de las tallas de estos niños y en todos y cada uno de los países, se observó grandes diferencias entre las tallas que alcanzaban los niños de alto nivel socioeconómico con los que llegaban a tener los niños de nivel socioeconómico bajo en ese mismo país.

-Esto apoya el principio que:

Las diferencias en el crecimiento de los niños menores de 5 años son debidas más a factores ambientales que a factores raciales o de herencia.

(Proyección 21)

Población de Referencia

El principio de que todos los niños tienen potenciales de crecimiento similares, dió lugar al uso de las llamadas poblaciones de referencia. Estas consisten en un grupo de niños de diferentes razas y niveles socioeconómicos, que comparten la característica de ser sanos y bien nutridos y cuyas medidas pueden ser utilizadas como base de comparación.

La gráfica de la OMS fue propuesta suponiendo que el crecimiento es un fenómeno biológico que se da con gran similitud en todas las latitudes y países y que las diferencias que se observan se deben a la acción de los factores nocivos del medio (infecciones, falta de saneamiento, de nutrición, etc.)

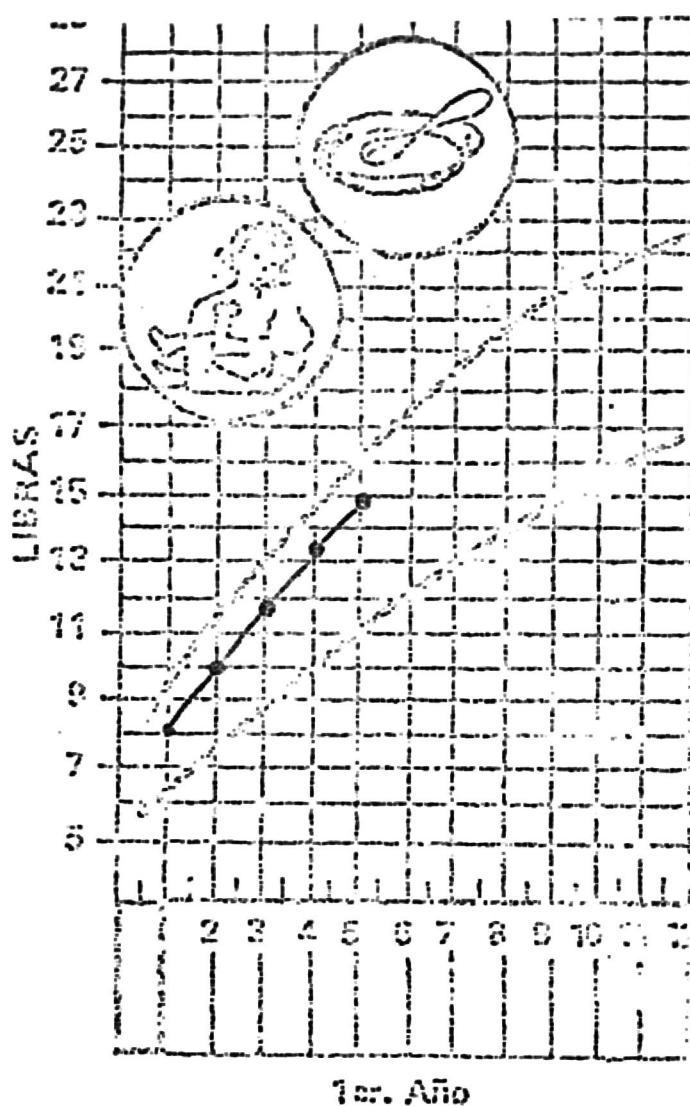
La gráfica recomendada por la OMS fué hecha en base a las mediciones de peso de ±10,000 niños de diferentes razas y edades. Ellos constituyen la población de referencia de esa gráfica. La linea superior de la gráfica representa el promedio de los pesos de esa población para cada una de las edades. La linea inferior dibujada en la gráfica, representa al 3% de las niñas de la población de referencia.(Proyección 22)

Esta gráfica nos sirve para detectar, a través de la actividad de monitoreo del crecimiento, como va el crecimiento de un niño y al mismo tiempo compararlo con el crecimiento de niños normales, quienes como ya dijimos, están representados por la línea superior e inferior impresas en la gráfica. Además, puede servir como un instrumento de información VISUAL para que las madres conozcan el estado de salud y nutrición de sus hijos.

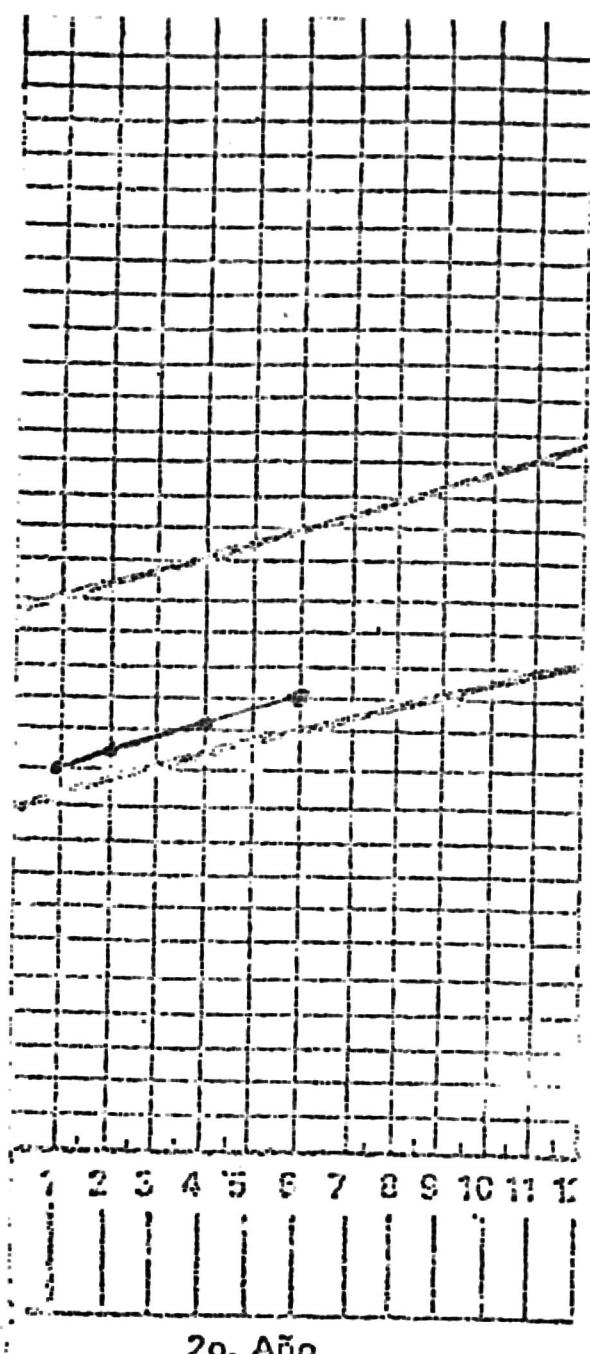
Vamos a decir que un niño va creciendo bien, siempre y cuando:

1. Su curva de crecimiento vaya subiendo en forma paralela a la linea impresa en la gráfica que tiene más cerca desde su nacimiento.

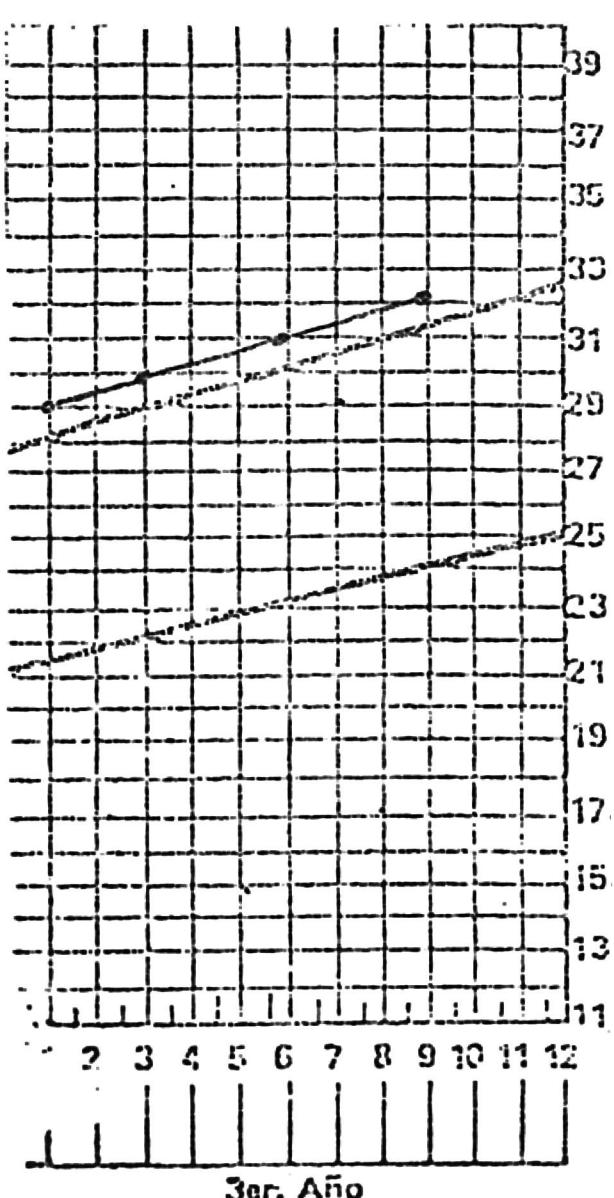
Niño No. 1



Niño No. 2

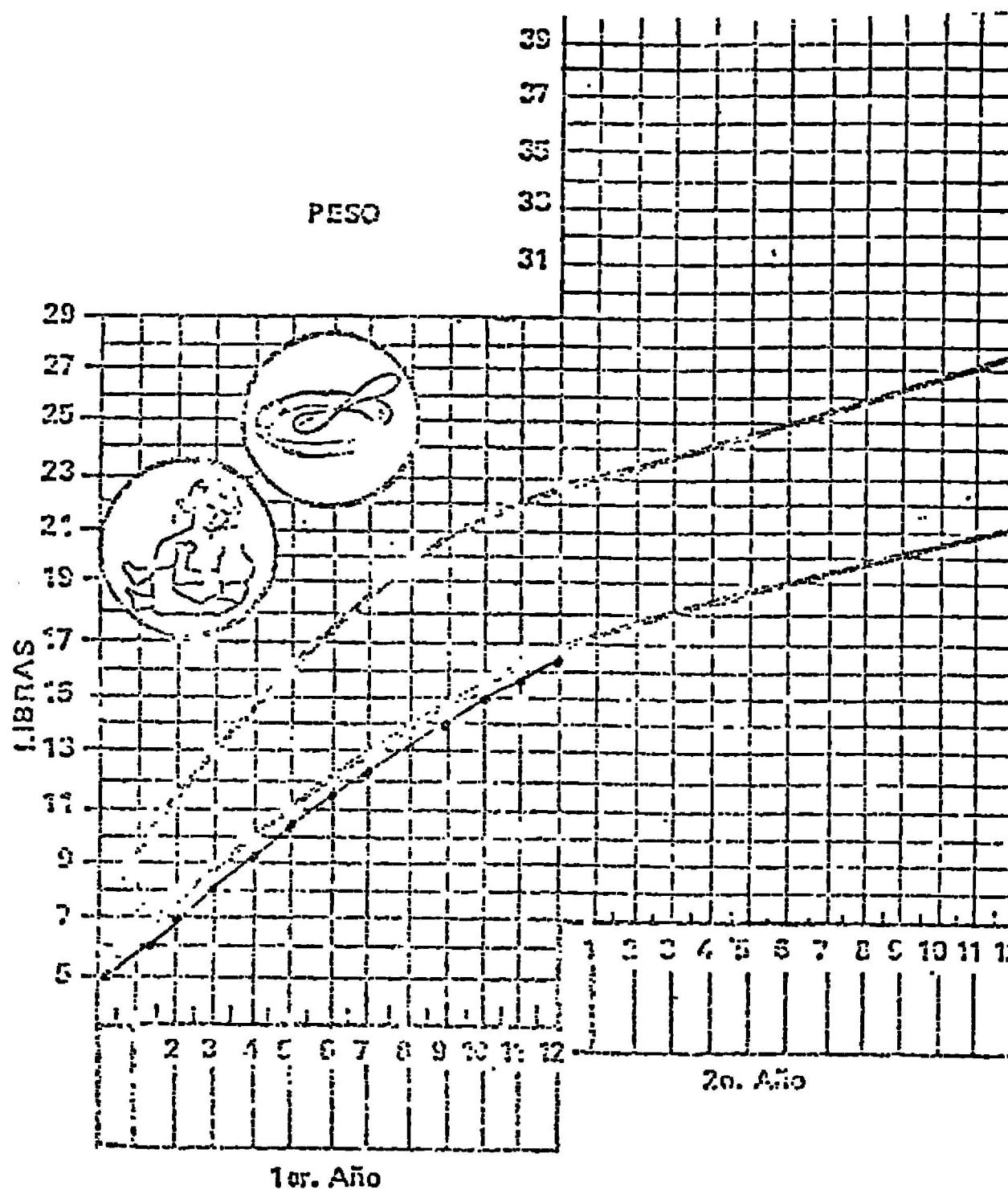


Niño No. 3



En todos estos casos puede notarse que la linea que se forma al unir los diferentes pesos del niño va paralela a las lineas de referencia. Por lo que concluimos que estos 3 niños tienen un **CRECIMIENTO NORMAL**.

2. También vamos a decir que el crecimiento de un niño va bien cuando: Se trate de un niño que desde su nacimiento estaba por debajo de la línea inferior de la gráfica pero va creciendo todo el tiempo paralelo a esta línea.



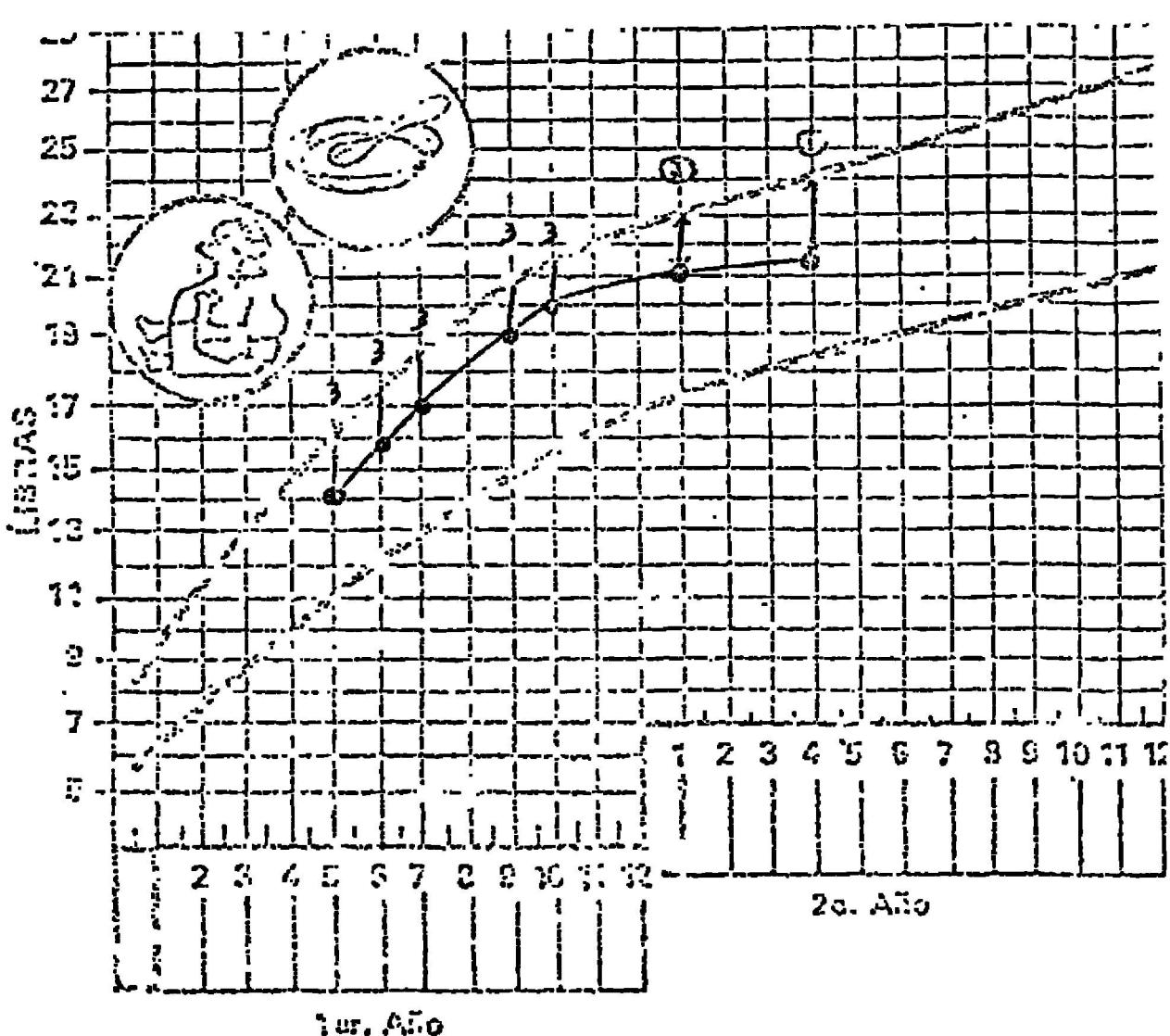
Todo niño que se encuentre por debajo de la línea inferior debe ser examinado con mayor cuidado por el hecho de ser "atípico" para la población, pero NO NECESARIAMENTE ANORMAL.

(Decimos "atípico" porque solamente el 3% de los niños normales de una población, caen por debajo de esta línea).

Debemos vigilar con especial cuidado a todo niño que va creciendo por debajo de la línea inferior, y no sabemos cual fue su peso de nacimiento ni sus pesos durante los primeros tres meses. Pues podría ser que no se trate de un niño "anormal" pequeño, sino de un niño que sufrió algún tipo de daño (ambiental: nutricional, emocional) durante sus primeros meses de vida y por eso se encuentra por debajo de la línea inferior.

Vamos a decir que un niño está empezando a detener su crecimiento (que es lo mismo que disminuir su velocidad de crecimiento) siempre que éste, aunque esté aumentando de peso, empiece a "perder la paralelidad" con la linea de quien iba creciendo cerca, y pueda notarse que ese distanciamiento es porque se va yendo "más hacia abajo" que esa linea de referencia y no más hacia arriba.

Ejemplo 1



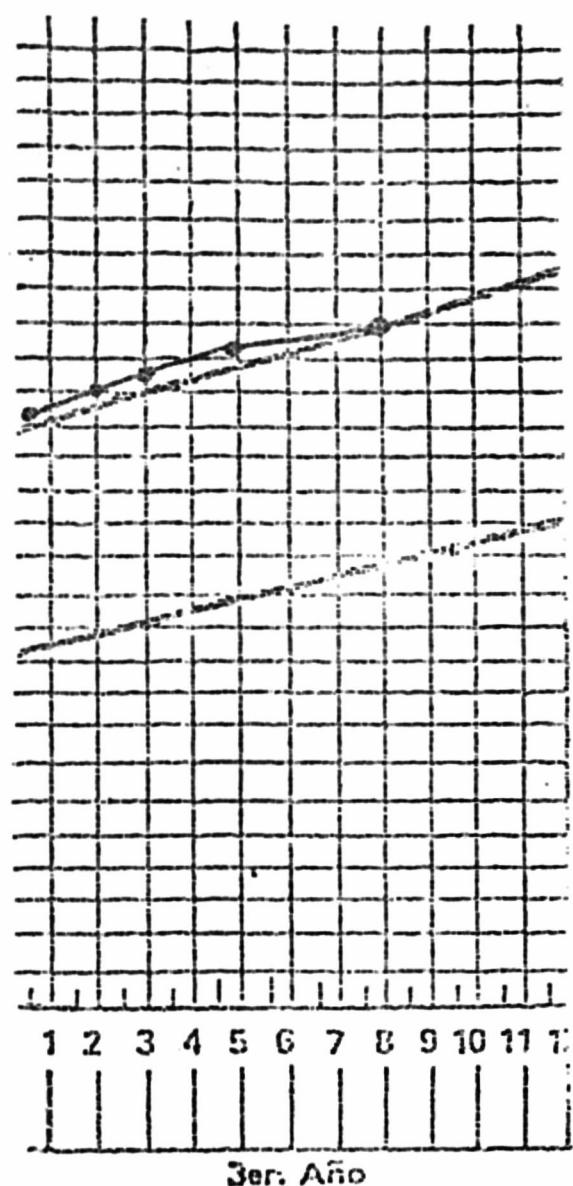
En este caso puede observarse que la distancia entre los pesos a la edad de 5 a 10 meses guardan siempre la misma distancia con la gráfica de referencia (un cuadro y cuarto) por lo que decimos que el crecimiento va paralelo a la curva. Pero a la edad de 1 año 1 mes la distancia que hay entre el punto y la línea de referencia es de 2 cuadritos y medio en vez de ser un cuadrado y un cuarto como en los meses previos. Aquí también el niño empezó a detener su crecimiento.

(O sea, disminuyó la velocidad con la que iba creciendo).

En los puntos marcados con 1 y 2 puede observarse que la distancia que hay entre cada uno de ellos y la linea de REFERENCIA es mayor que la que hay en los puntos marcados con 3. Por ellos concluimos que en la edad que corresponde a esos 2 puntos el niño:

EMPEZO A DETENER SU CRECIMIENTO

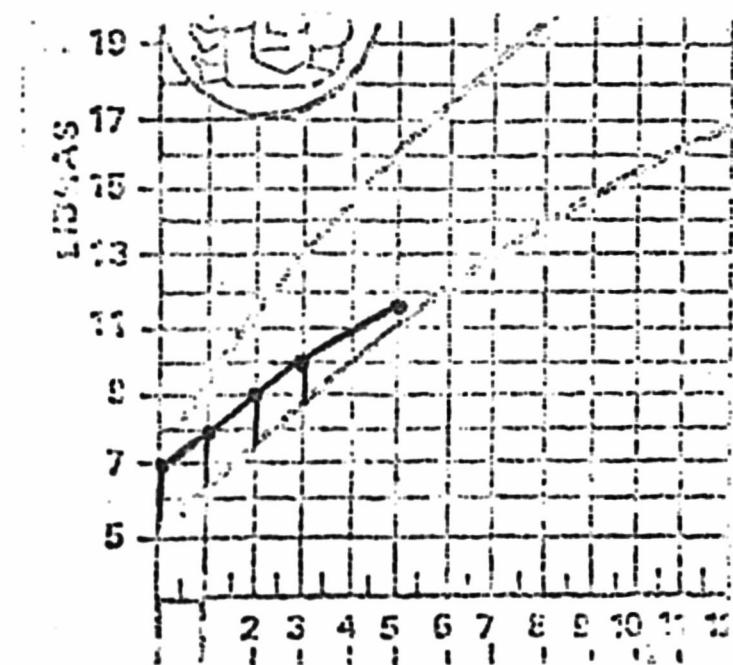
Ejemplo 2



En este caso, el niño iba creciendo paralelo a la linea superior de la gráfica, por lo que podríamos decir que su crecimiento era normal hasta los 2 años 5 meses. Pero a los 2 años 8 meses, aunque si había aumentado peso con respecto al control anterior, perdió "paralelidad" con la linea, por lo que concluimos que el niño Empezó a detener su crecimiento.

(Que es lo mismo que decir que disminuyó su velocidad de crecimiento)

Ejemplo No.3

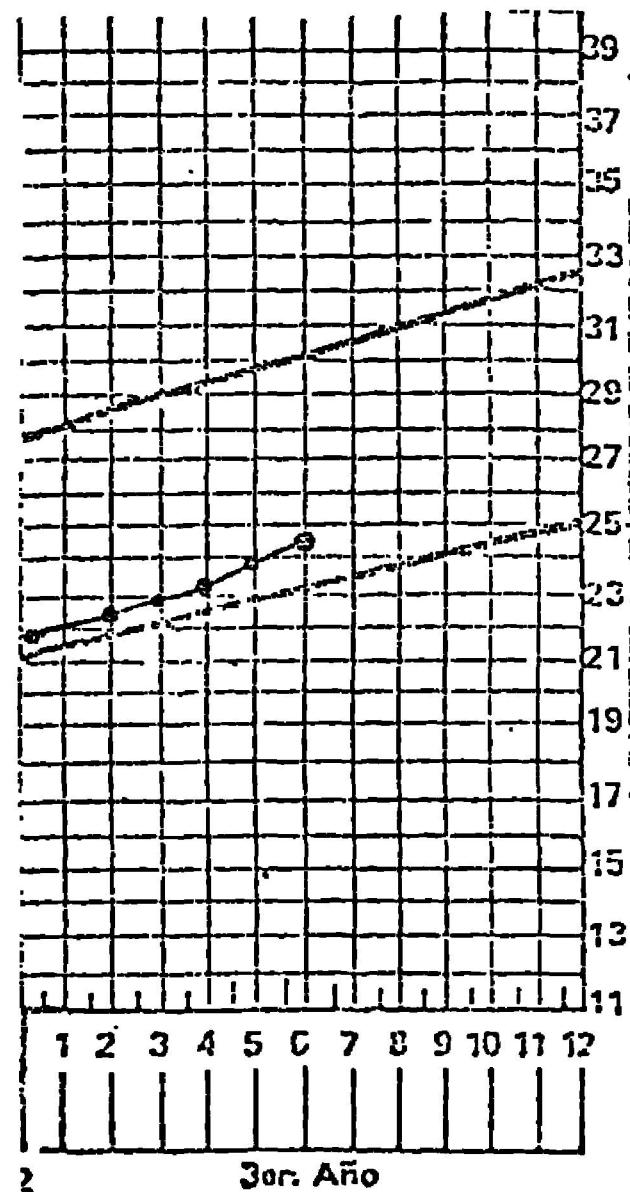


1º Año

Aquí podemos notar que entre el 1er. y 3er mes el crecimiento del niño iba paralelo a la linea inferior de la curva, por lo que su crecimiento era normal. Pero entre el 4o. y 6o. mes, aunque el niño aumentó de peso, perdió la paralelidad con la linea inferior, por lo que concluimos que está empezando a Detener su crecimiento.

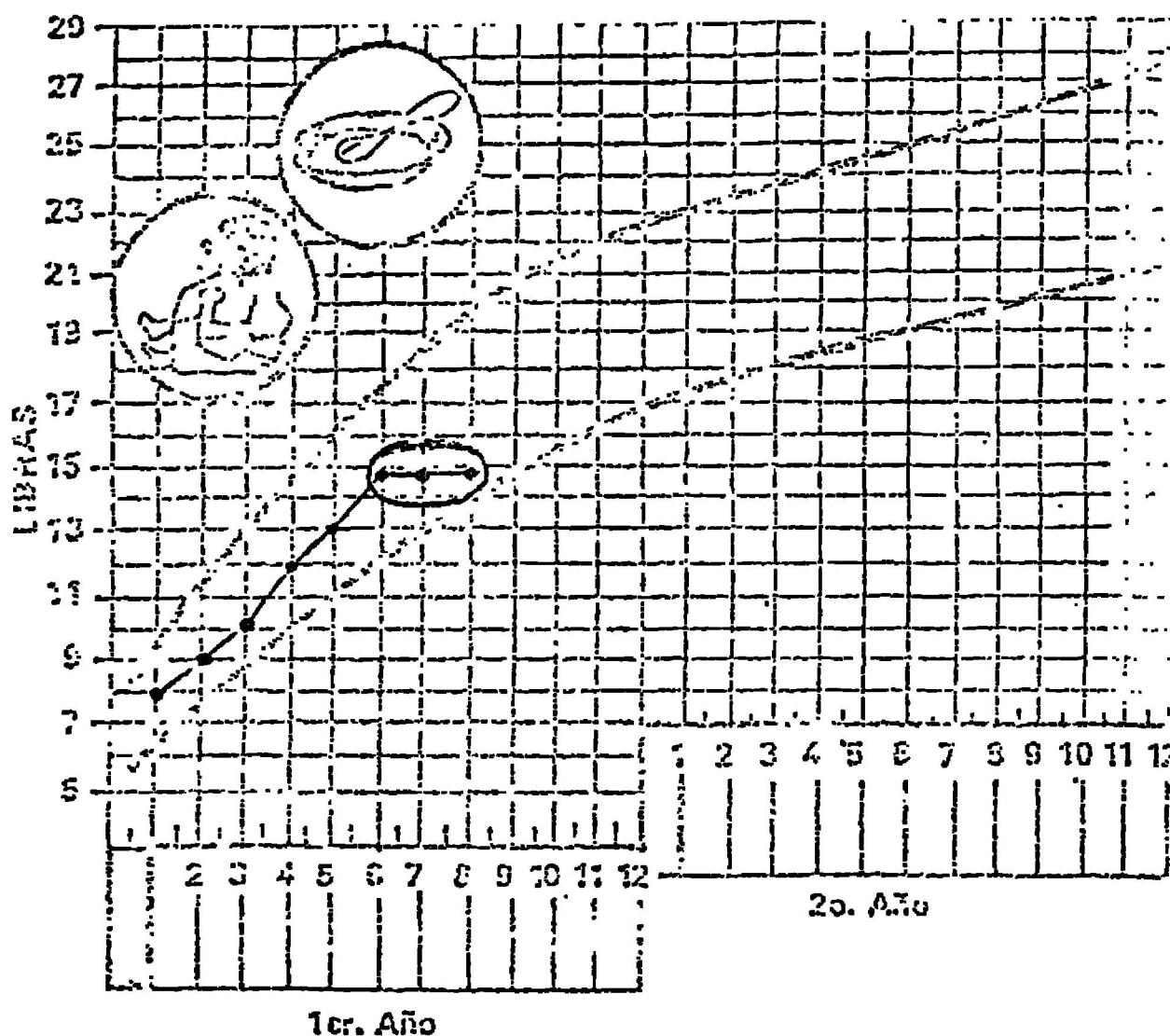
Ejemplo No. 4

En este otro caso, en cambio, el niño iba creciendo paralelo a la línea inferior entre los 2 años y los 2 años 4 meses. Después de eso, a los 2 años 5 meses y a los 2 años 6 meses el niño pierde paralelidad con la línea inferior, pero con una tendencia a ir "MAS HACIA ARRIBA" que esta. Por lo que aquí no se puede decir que detuvo su crecimiento SINO TODO LO CONTRARIO: El crecimiento del niño va muy bien!



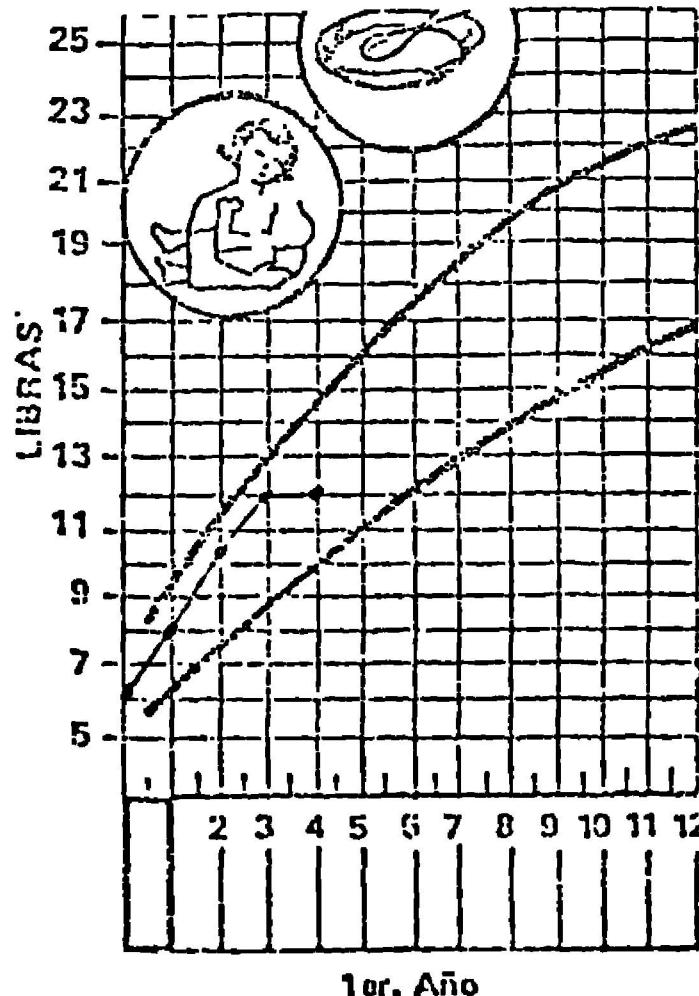
Vamos a decir que un niño DETUVO su crecimiento cuando tiene menos de 6 meses de edad y deja de ganar peso por un poco más de 1 mes, o si tiene más de 6 meses de edad y notemos que en el lapso de dos meses no ha aumentado de peso y por ello su curva de crecimiento es plana.

Ejemplo 1



En este caso puede observarse que el niño aumentó de peso entre los 6 y los 8 meses, por lo que concluimos que: Detuvo su crecimiento.

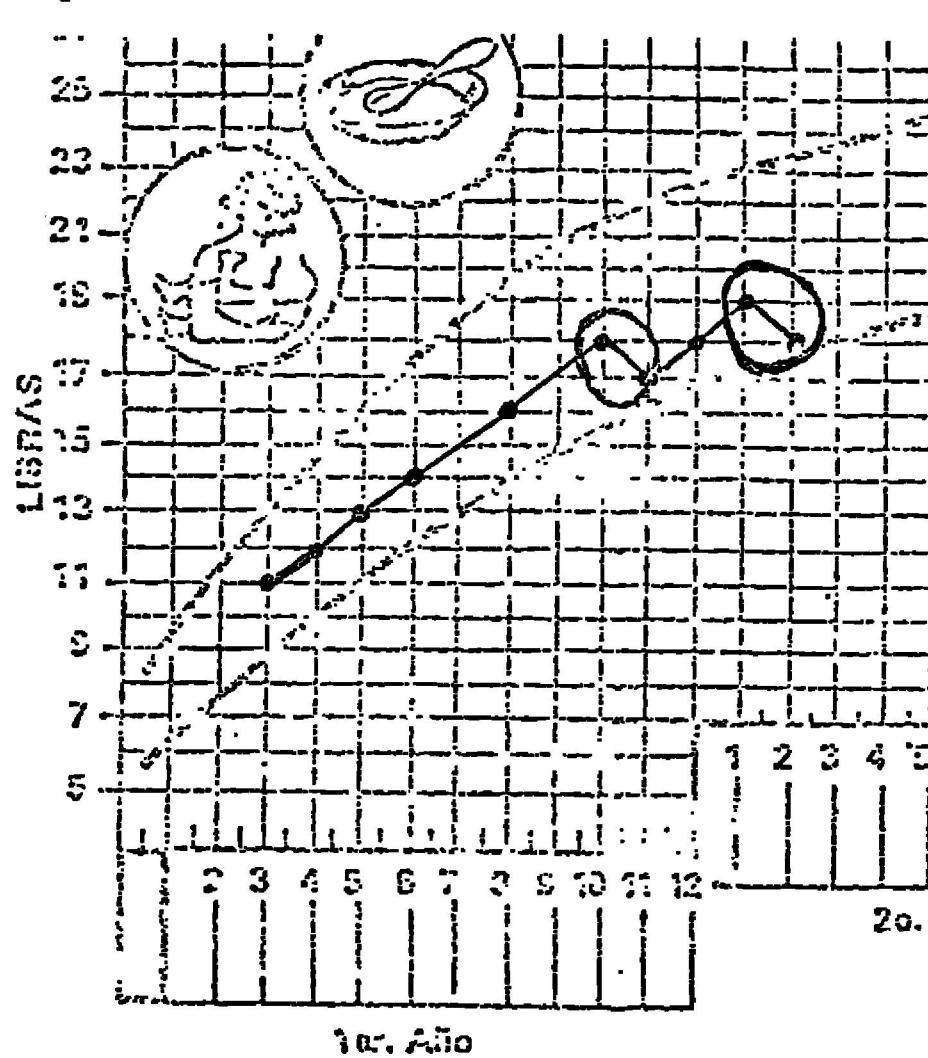
Ejemplo No. 2



En este caso, el niño mantuvo el mismo peso solo por el lapso de un mes, pero por ser menor de 6 meses de edad, tenemos que concluir que DETUVIÓ su crecimiento.

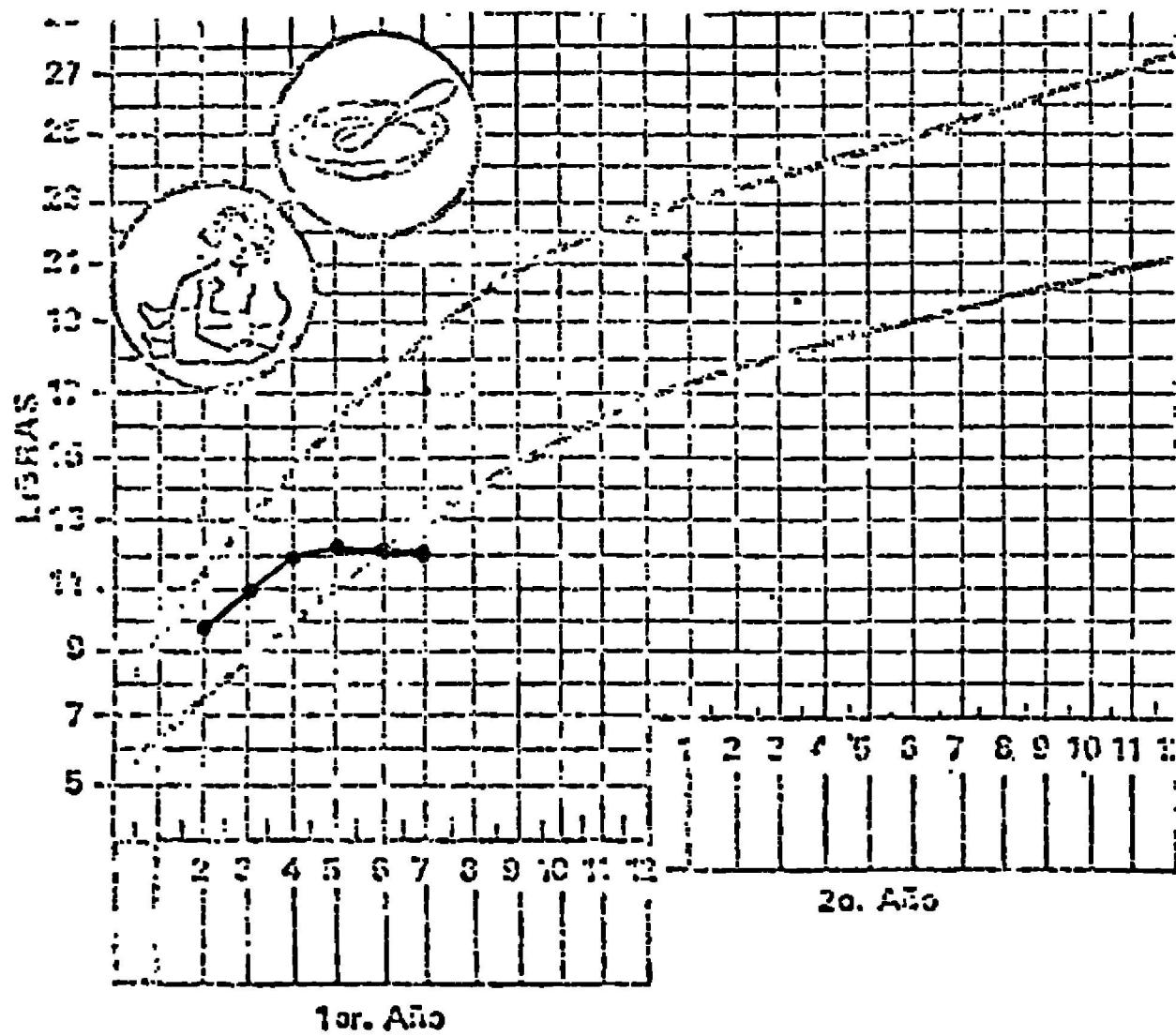
vamos a decir que el crecimiento de un niño VA MUY MAL siempre que:

1. De un control para el otro veamos que éste ha perdido peso y al dibujar su curva de crecimiento ésta venga para abajo.
Ejemplo 1



En este ejemplo se encuentran circulados los 2 períodos en los cuales el crecimiento del niño iba mal. Puede notarse que entre un mes y el otro, el niño perdió peso.

2. Pase de estar encima de la línea inferior de referencia a estar por debajo de ésta.
Ejemplo 1



En este caso, el niño no ganó peso en varios controles sucesivos. Por lo tanto concluimos que el niño DETUVO SU CRECIMIENTO. Lo más importante en este caso es que por haber detenido tanto su crecimiento, PASO DE ESTAR POR ENCIMA DE LA LINEA INFERIOR DE REFERENCIA A ESTAR POR DEBAJO DE ELLA, POR LO TANTO SABEMOS QUE QUE EL NIÑO HA ENTRADO EN UN PERÍODO DE ALTO RIESGO.

SECCION DE PROCEDIMIENTOS

Control de la Exactitud de la Balanza

Ya que el monitoreo del crecimiento se basa en la medición y comparación periódica del peso de los niños, necesitamos estar seguros que la balanza que utilizamos nos brinde un dato exacto del peso.

Por esta razón, se debe llevar un control de la exactitud de la balanza. Esta actividad debe realizarse diariamente, antes de empezar a pesar a los niños y generalmente no toma más de 5 minutos llevarla a cabo.

Para poder realizar la actividad, se requiere tener pesas standard o pesos muertos. (si no posee pesos muertos puede fabricarlos usted mismo de acuerdo a las indicaciones que le damos al final de este procedimiento).

¿Cómo se lleva a cabo el control de la exactitud de la balanza?

1. Equilibre su balanza a cero (como si fuera a pesar un niño).
2. Coloque un peso standard de 5 kilos.
3. Vea el peso que marca la balanza; esta debe marcar 5 kilos exactos.
4. Retire el peso standard y vuelva a calibrar la balanza a cero.
5. Ahora coloque 2 pesos standard de 5 kilos.
6. La balanza debe marcar 10 kilos exactos.
7. Repita la operación con 3 pesos standard y la balanza debe marcar 15 kilos.

Si la balanza no marca los pesos exactos, es porque no está funcionando muy bien. (Usted debe asegurarse a través de la repetición del procedimiento) si lo que sucede es que la balanza marca "siempre de más" o "siempre de menos".

Por ejemplo, si al colocar el peso de 5 kilos la balanza marca 5 kilos 100 gms y al colocar el peso de 10 kilos, la balanza marca 10 kilos 100 gms. Usted debe repetir el procedimiento y si de nuevo, la balanza marca 100 gms de más en cada caso, usted debe colocar un anuncio en su balanza que diga: Esta balanza aumenta 100 gms al peso real. (Por lo que deberá restarse 100 gms al peso de cada niño que sea pesado).

Lo ideal en estos casos es que cuando la balanza tenga un error mayor de 250 gms deberá mandarse a reparar inmediatamente.

Cómo hacer los pesos Standard?

- Llene 3 botellas plásticas con arena, tierra ó piedras hasta que cada una pese 5 kilos.
- Para asegurarse que cada uno pesa 5 kilos, utilice como patrón una balanza que funcione adecuadamente.
- Cierre las botellas con fuerza, y si es posible séllelas.
- Coloque en cada botella un letrero que diga: "5 KILOS NO AERIR".

**TECNICA PARA LA OBTENCION DE PESO
UTILIZANDO BALANZA PEDIATRICA DE CANASTA**

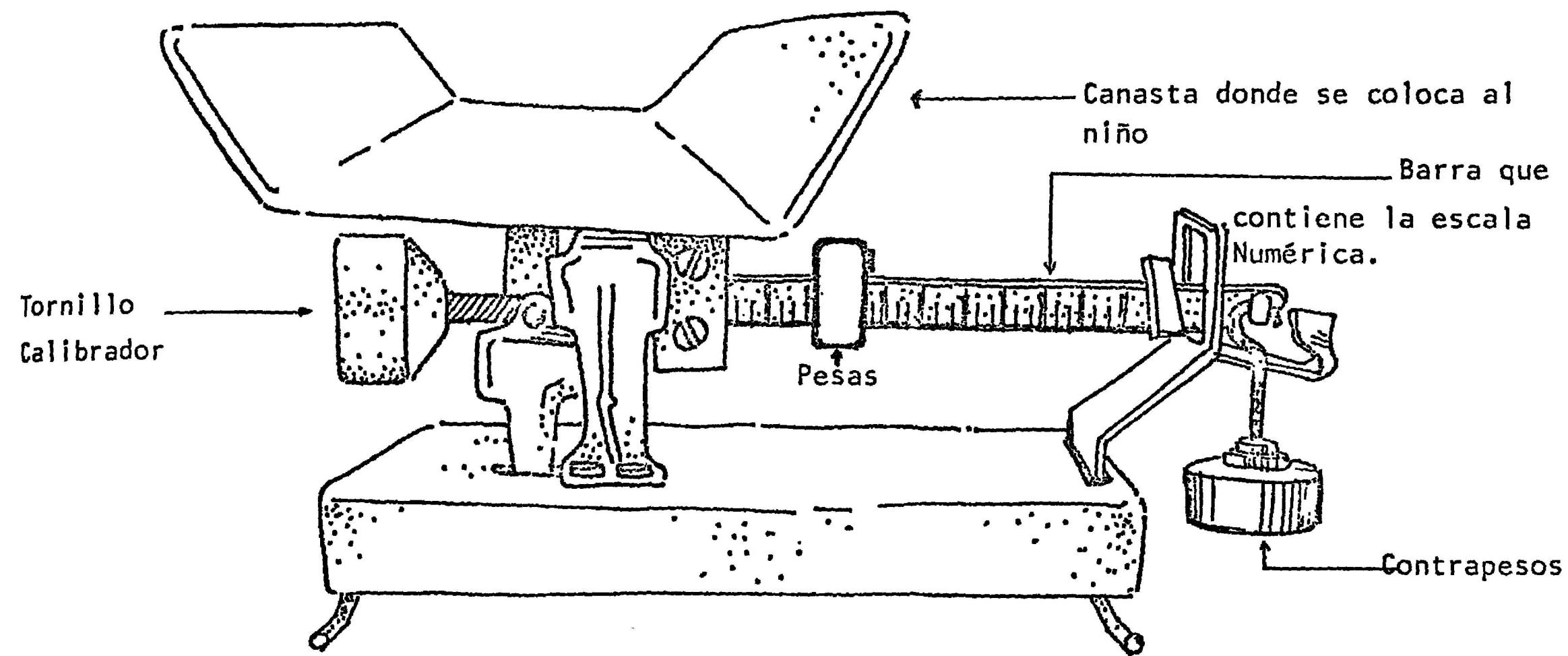
Antes de pesar al niño, asegúrese que la balanza esté colocada sobre una superficie **PLANA** y **SEGURA**.

1. Coloque en cero las pesas que se encuentran sobre la barra que contiene la escala medida.
2. Verifique que la barra que contiene la escala numérica esté equilibrada (en el punto medio). Si la barra de la balanza no se equilibra exactamente en el punto medio, corrija el error utilizando el tornillo calibrador.
3. Quite TODA la ropa que se pueda al niño. Idealmente el niño debe pesarse desnudo.
4. Coloque al niño al centro de la balanza.
5. Móvilice poco a poco las pesas sobre la barra hasta lograr que ésta quede equilibrada en el punto medio. Si su balanza usa contra peso y si llegando los pesos de la barra hasta el extremo la misma, ésta no se equilibra, piense que puede necesitar añadir un contra peso. Hágalo y luego continúe movilizando los pesos sobre la barra hasta lograr que ésta se equilibre en el punto medio.
6. Antes de hacer la lectura de peso asegúrese que:
 - a) El niño este quieto
 - b) El niño no esté topando o rozando con la pared u otro objeto y que nadie lo esté sosteniendo o tocando.
7. Colóquese en una posición visual adecuada. Sus ojos deben de estar situados justo enfrente de la escala numérica y frente a donde quedaron los pesos de la barra medida. El número que indican estos pesos corresponden al peso del niño.
8. Retire al niño de la balanza y regrese los pesos a la posición de cero.

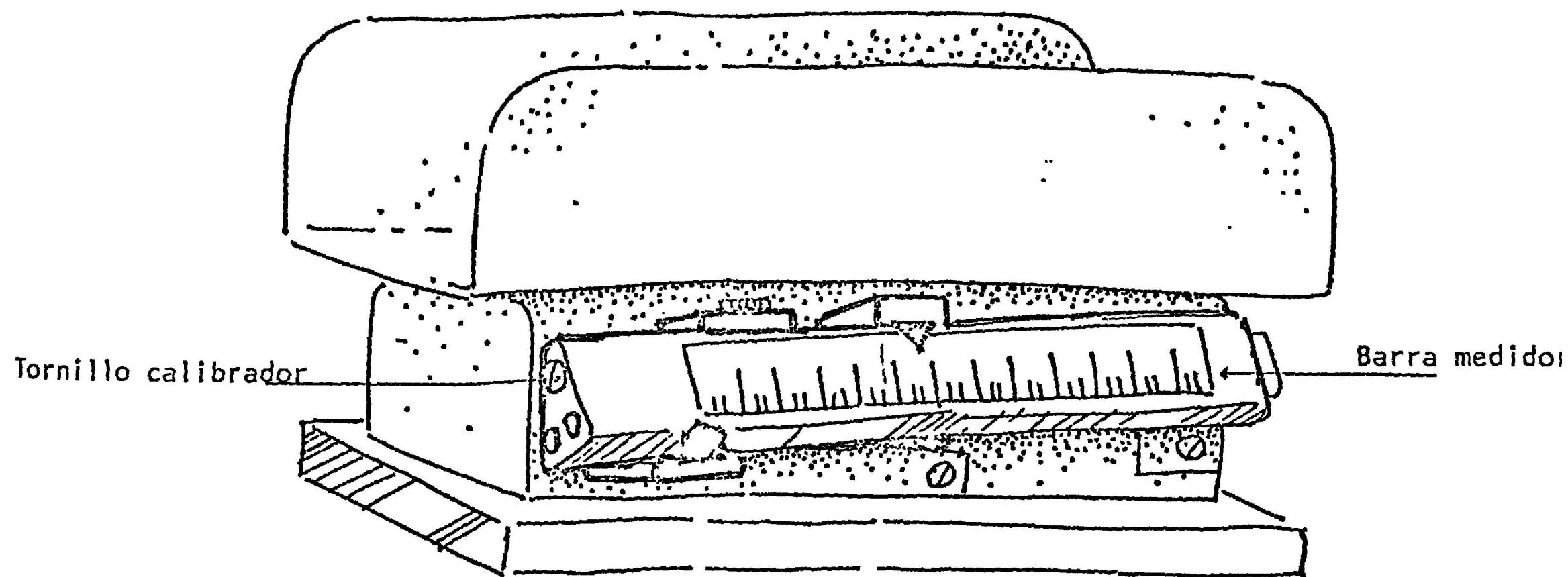
Al finalizar el procedimiento informele a la madre el peso del niño y proceda a anotarlo en donde corresponde.

RECUERDE: Si un niño pesa más de 15 kilos o de 32 libras, usted deberá pesarlo en la balanza de pie.

Balanza pediátrica de canasta que utiliza contra pesos.



Balanza pediátrica de canasta que no utiliza contra pesos.



**TECNICA PARA LA OBTENCION DE PESO
UTILIZANDO BALANZA DE RESORTES PARA PESAR DE PIE**

Antes de pesar al niño asegúrese que la Balanza esté colocada sobre una superficie plana.

1. Coloque en cero las pesas que se encuentran sobre la barra que contiene la escala numérica.
 2. Verifique que la barra que contiene la escala numérica esté equilibrada (en el punto medio). Si la barra de la balanza no se equilibra exactamente en el punto medio, corrija el error moviendo el tornillo calibrador.
 3. Quite toda la ropa que pueda al niño. Idealmente el niño debe pesarse desnudo.
 4. Coloque al niño al centro de la plataforma.
 5. Mueva las pesas sobre la barra hasta que ésta quede equilibrada sobre el punto medio. El número que marcan las pesas en la escala numérica cuando el indicador está nivelado es el peso del niño.
 6. Antes de hacer la lectura de peso asegúrese que:
 - a) El niño esté quieto.
 - b) El niño no está topando o rozando con la pared u otro objeto y que nadie lo está sosteniendo o tocando.
 7. Colóquese en una posición visual adecuada. Sus ojos deben de estar situados justo enfrente de la escala numérica y frente a donde quedaron los pesos de la barra medidora. El número que indican estas pesas corresponden al peso del niño.
 8. Retire al niño de la balanza y regrese los pesos a la posición de cero.
-

Al finalizar de hacer la lectura del peso infórmeselo a la madre y proceda a anotar el peso del niño en donde corresponde.

RECUERDE: Si un niño pesa menos de 15 kilos o 32 libras, usted debe pesarlo en la balanza pediátrica o de canasta.

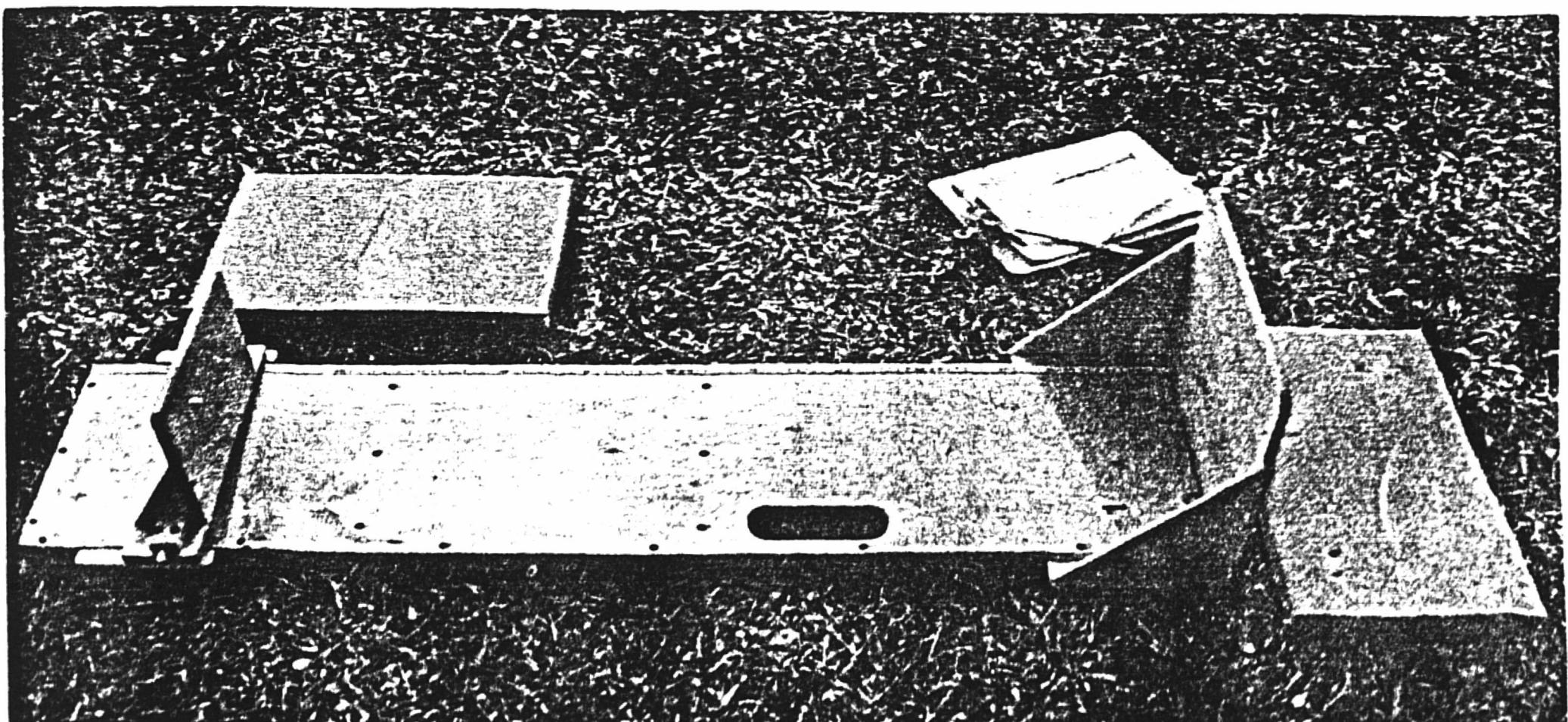
PROCEDIMIENTO PARA MEDIR LA LONGITUD DEL NIÑO

IMPORTANTE: La longitud se mide en niños menores de dos años. Si no puede conocerse la edad exacta, mida la longitud en aquellos niños que tienen menos de 85 cms.

Para la realización de este procedimiento se necesita de: personal del área de salud (enfermera auxiliar o su equivalente) y la colaboración de la madre del paciente.

1. El tallímetro debe ser colocado en una superficie dura y plana. Asegúrese que el tallímetro está completo y que funciona adecuadamente. (Coloque el tope móvil inferior al final del tallímetro).
2. Deberán ser quitados todos los adornos que el niño tenga en la cabeza (sombrero, ganchos, trenzas, etc.) que puedan estorbar la medición; así como los zapatos.

Ilustración No. 1
Posición del tallímetro para medir la longitud



3. La madre se debe colocar detrás de la base del tallímetro y la enfermera al lado derecho del niño para que pueda sostener el tope móvil inferior con la mano derecha.
4. Las dos acostarán al niño sobre el tallímetro, pidiéndole a la madre que sostenga la parte de atrás de la cabeza del niño y que la coloque lentamente y la enfermera lo sostendrá mientras está siendo colocado.

IMPORTANTE: Mientras el niño está en el tallímetro usted debe sostenerlo y controlarlo para evitar que resbale o se golpee la cabeza.

Ilustración No.2

Posición de la madre y la enfermera;
y colocación del niño sobre el tallímetro



5. La madre colocará sus manos (en forma de guacalito) sobre los oídos del niño, para sostener suave pero firmemente la cabeza del niño.

Ilustración No.3
Posición correcta
de las manos y de
la cabeza.



6. Usted (la enfermera) deberá asegurarse de que la cabeza del niño esté recta y nivelada y que vea hacia arriba. Pida a la madre que mantenga sus brazos rectos y de manera cómoda.

Ilustración No.4
Posición del niño y de la madre



7. Luego de asegurarse de que la cabeza del niño está en posición correcta y pegada a la base del tallímetro, deberán colocar al niño de manera que los hombros, espalda y nalguitas estén rectos y en contacto con el centro del tallímetro.

Ilustración No. 5

El niño deberá estar de espaldas y al dentro del tallímetro



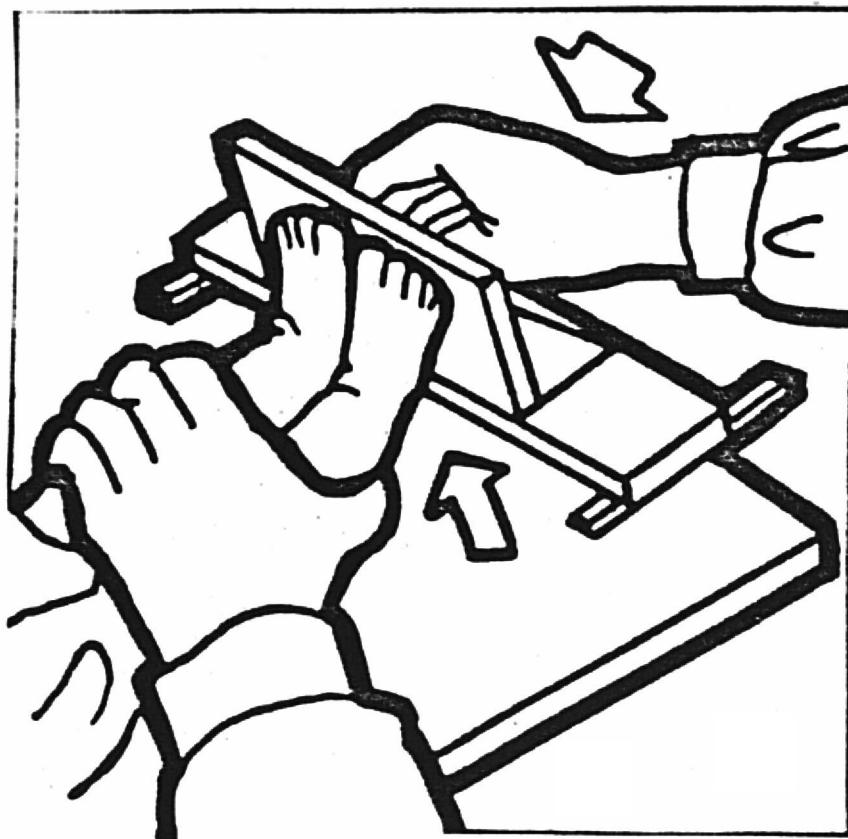
8. Luego de que el niño haya sido colocado en posición correcta, la enfermera colocará su mano izquierda sobre los tobillos o rodillas del niño y ejercerá presión sobre las mismas, de manera que estos topen con el tallímetro con la mano derecha colocará el tope móvil inferior del tallímetro firmemente contra los talones del niño para que ambos pies estén en ángulo recto con la base móvil.

Ilustraciones No. 6 y 7
Posición correcta de los pies



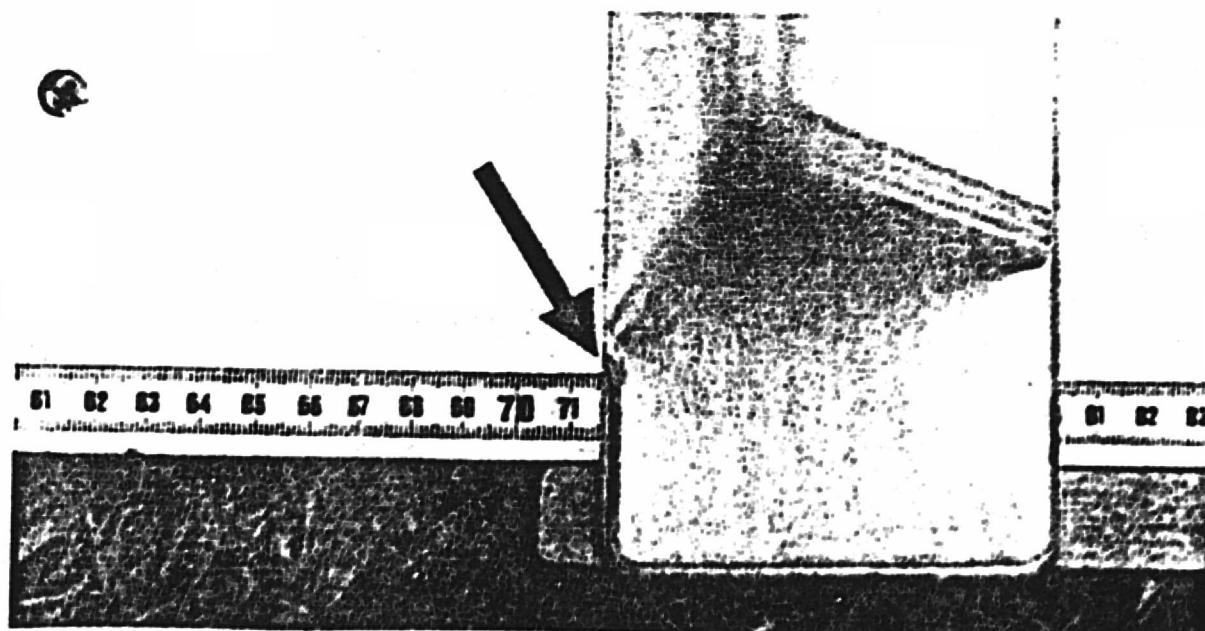
9. Los pies de un niño pueden ser muy fuertes y es posible que tenga que enderezarlos con sus manos. La enfermera con su mano izquierda puede levantarlos del tallímetro; con su mano derecha coloque el tope móvil inferior contra los pies y luego déjelos resbalados sobre el tallímetro. (ver ilustraciones 8 y 9)

Ilustraciones 8 y 9



10. Cuando verifique que la posición del niño es correcta, lea en voz alta la medida de la longitud que marca el tope móvil inferior para que la madre del niño la escuche y anótelala inmediatamente, en este momento ya puede dejar libre al niño y devolverlo a su madre.

Ilustración No. 10



LONGITUD

OBSERVE LOS ERRORES QUE SE COMENTEN COMUNMENTE AL MEDIR LA LONGITUD.

Ilustración No. 11

Posición incorrecta de la cabeza (no está contra la base del tallímetro).

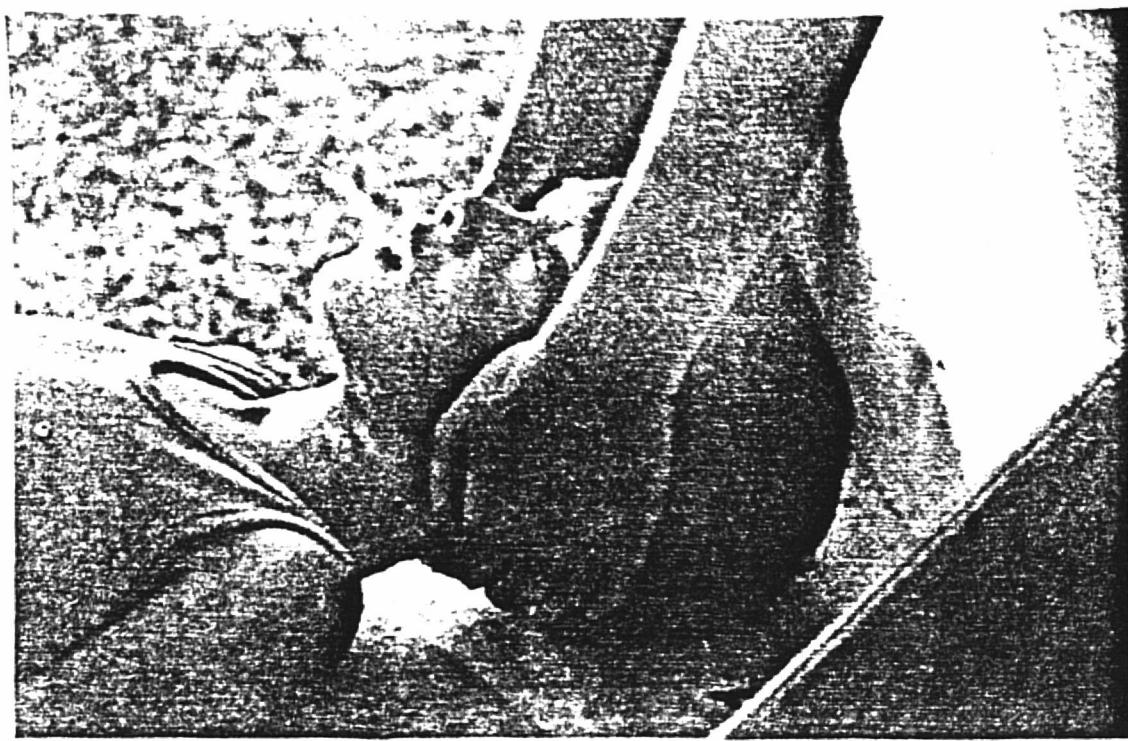


Ilustración No. 12

Posición incorrecta de la cabeza (mentón pegado al pecho).

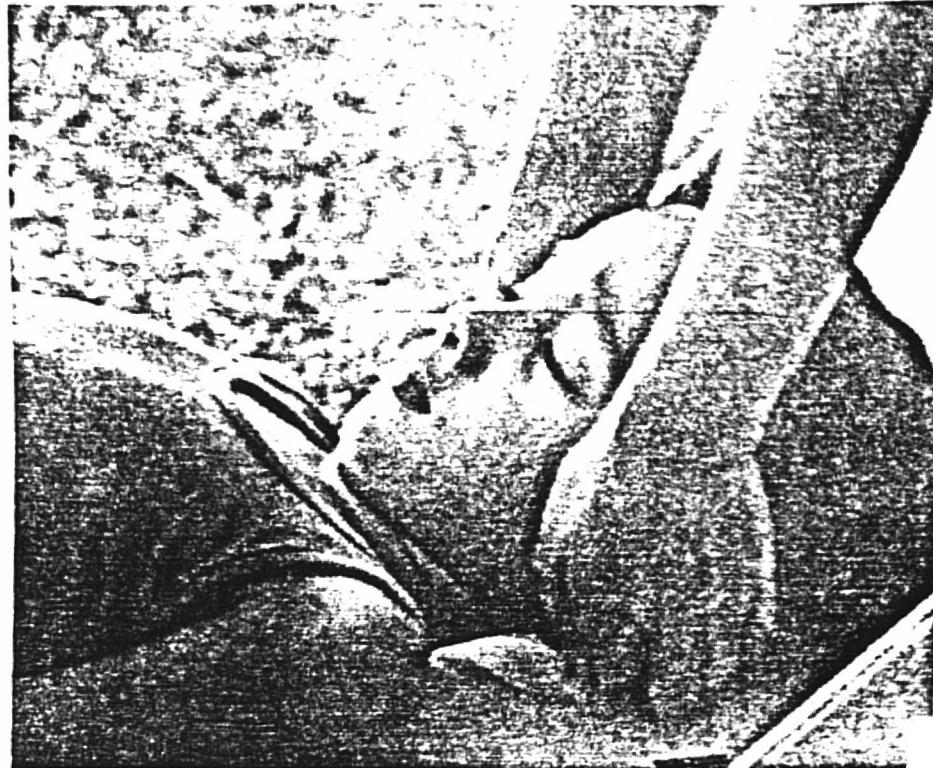


Ilustración No. 13

Posición incorrecta de la cabeza (demasiado inclinada hacia atrás)



Ilustración No. 14

Posición incorrecta de las manos (manos presionando los oídos, pulgares sobre los hombros)



Ilustración No.15

Posición incorrecta del niño
(no está en el centro del tallímetro)



OBSERVE LOS ERRORES QUE SE COMETEN COMUNMENTE
AL MEDIR LA LONGITUD.

Ilustración No.16

Posición incorrecta de
la persona que realiza la
medición (no está coloca-
do frente a los pies)



Ilustración No.17

Posición incorrecta de la persona
que realiza la medición (la rodi-
lla en alto impide la visión)



Ilustración No. 18

Posición incorrecta de la persona que realiza la medición (demasiado lejos del tallímetro)

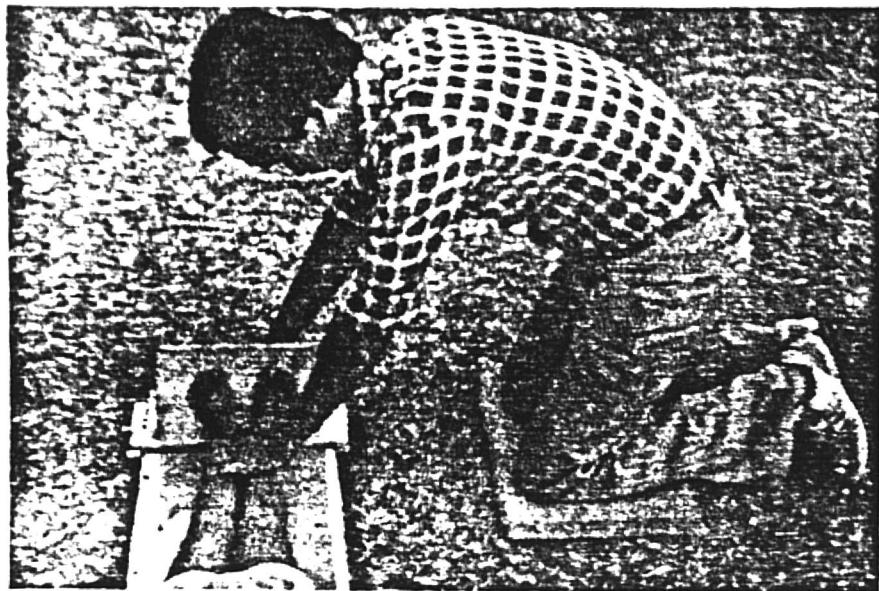


Ilustración No. 19

Posición incorrecta de los pies (no están planos contra el tope móvil inferior)

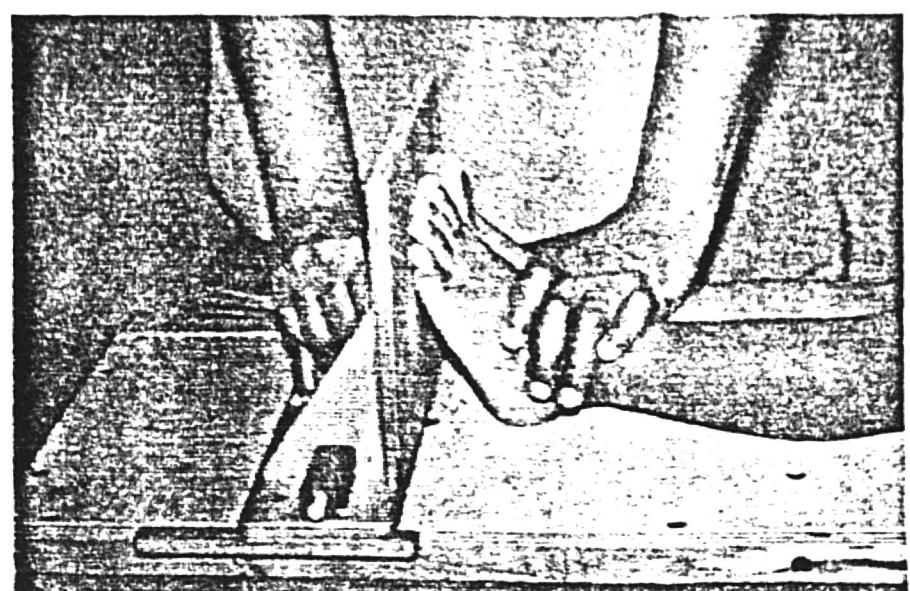


Ilustración No. 20

Posición incorrecta del tope inferior (no está perpendicular sobre el tallímetro).

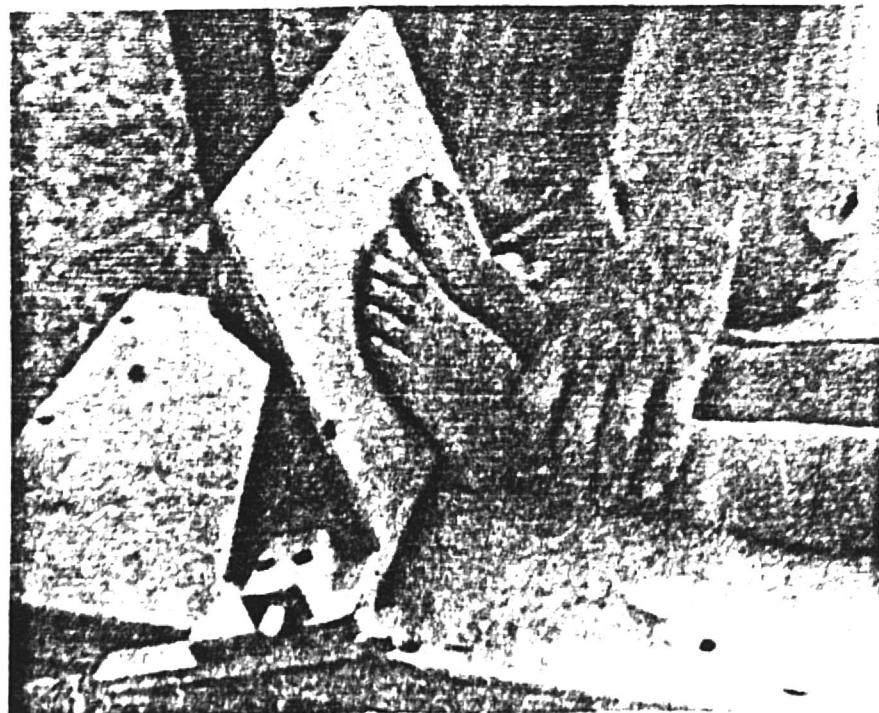
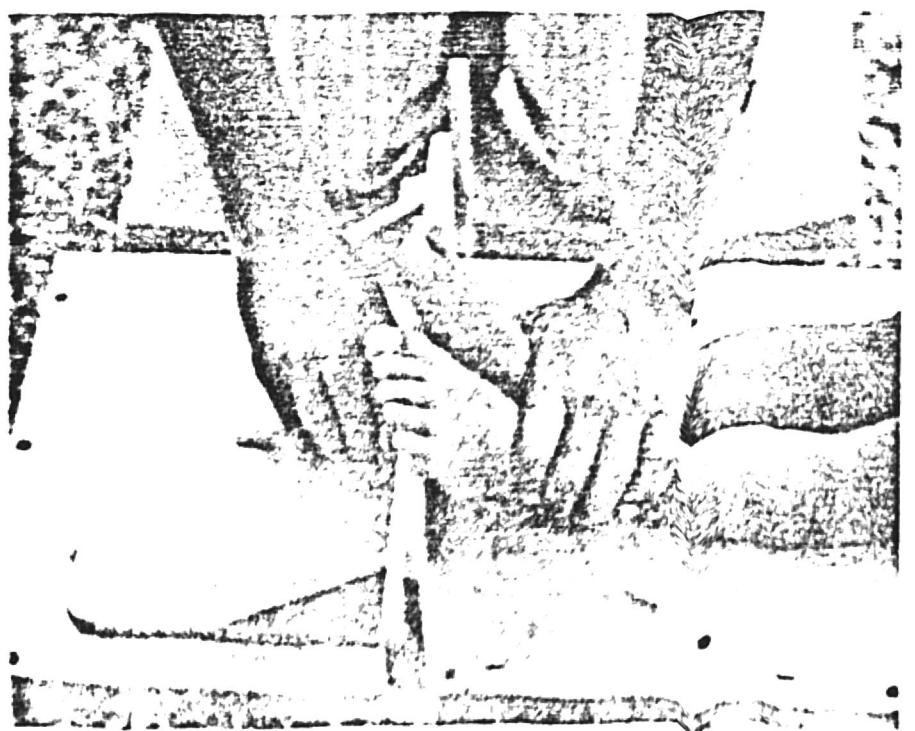


Ilustración No. 21

Posición incorrecta del tope inferior (está al revés).



11. Verifique que la madre: No presione sus manos extendidas contra los oídos del niño, ni sus dedos pulgares sobre los hombros del niño.

Ilustración No. 22

Posición incorrecta de las manos (las manos presionando los oídos, los pulgares presionando los hombros).



13. Verifique que la madre: Coloque la cabeza del niño contra la base del tallímetro. Si la cabeza no está pegada a la base, pídale al antropometrista que levante al niño por el tronco y lo lleve hacia el final del tallímetro. Después colóquelo la cabeza en la posición correcta.

Ilustración No. 23

Posición incorrecta de la cabeza (cabeza separada de la base del tallímetro).

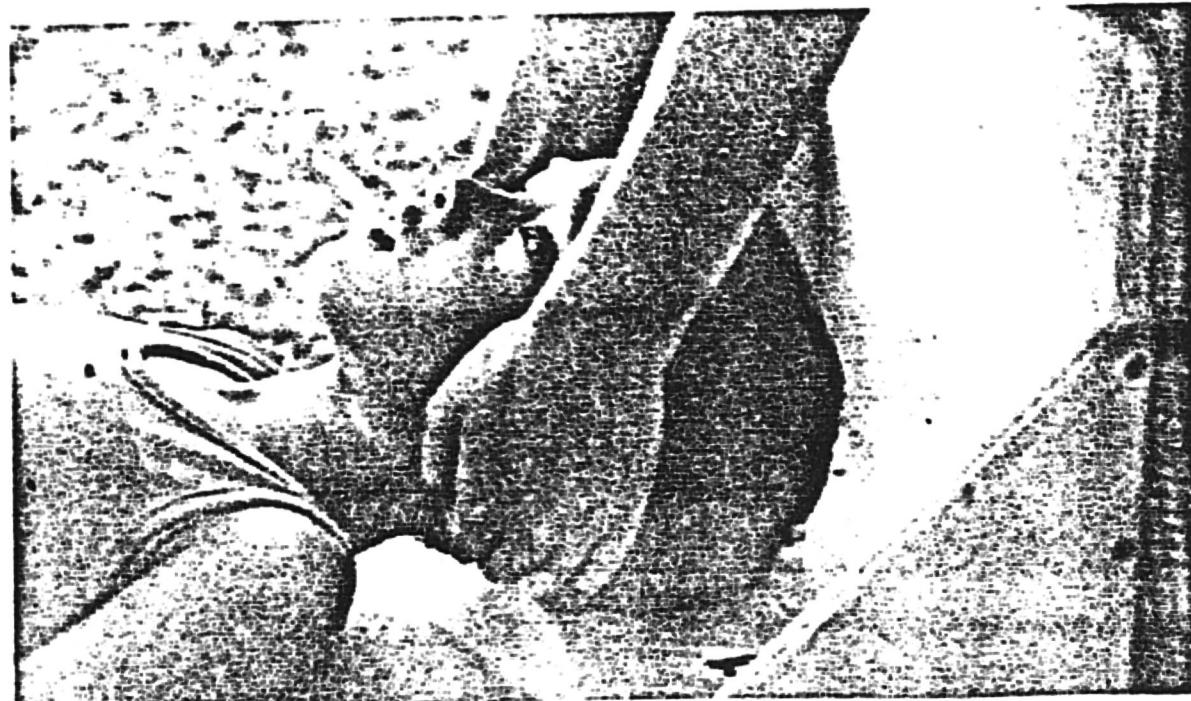


Ilustración No. 24

Recolocación del niño



RESUMEN DEL PROCEDIMIENTO PARA MEDIR LA LONGITUD DEL NIÑO (Ilustración No. 0)*

Para la realización de este procedimiento se necesitan los siguientes:

- Personal de salud (enfermera auxiliar o equivalente)
- Colaboración de la madre del paciente

- 1) Coloque el tallímetro o infantómetro sobre una superficie dura y plana (suelo, piso o mesa estable).
- 2) Pida a la madre que le quite al niño los zapatos, que desmaga las trenzas o retire del pelo cualquier adorno (colas, chongos, gorras, sombreros, etc.) que puedan dificultar la medición y lleve al niño hacia el tallímetro o infantómetro.
- 3) Pida a la madre que se coloque detrás de la base fija del tallímetro o infantómetro.
- 4) Colóquese (enfermera o equivalente) al lado derecho del niño para que pueda sostener el tope móvil inferior del tallímetro o infantómetro con su mano derecha.
- 5) Con la ayuda de la madre acueste al niño sobre el tallímetro o infantómetro así:
 - que la madre sostenga la parte de atrás de la cabeza del niño con sus manos y la coloque lentamente sobre el tallímetro o infantómetro.
 - Usted sostiene al niño por el tronco.
- 6) Coloque sus manos sobre los oídos del niño con sus brazos rectos y de manera cómoda, colocando la cabeza del niño contra la base del tallímetro o infantómetro, asegurándose que la parte superior de la cabeza del niño está en contacto con la base fija del tallímetro.
- 7) Pida a la madre que coloque sus manos (sin uñas) sobre los oídos del niño con sus dedos pulgares hacia dentro y que intente mantener al niño en esa posición, asegurándose que la parte superior de su cabeza tope con la base fija del infantómetro.
- 8) Asegúrese que el niño esté acostado, de túmbo plomo, en el centro del tallímetro o infantómetro y coloque su mano izquierda sobre las espinillas (por encima de los omóplatos) e sobre las rodillas del niño, presionándolas firmemente. Coloque el tope móvil inferior del tallímetro o infantómetro firmemente contra los talones del niño oviéndole su mano derecha.
- 9) Si la posición del niño es correcta, lea la medida, anótelas e informe inmediatamente a la madre la longitud del niño. Luego proceda a anotarla en el lugar donde corresponda.

PASOS A SEGUIR EN EL PROCEDIMIENTO PARA MEDIR LA TALLA DEL NIÑO

IMPORTANTE: La talla se mide solo si el niño tiene dos o más años de edad. Si no puede conocerse la edad exacta, mida la talla si el niño tiene 85 cm o más.

Los pasos que deben seguirse son los siguientes:

1. La medición de la Talla deberá ser llevada a cabo por la Enfermera Auxiliar o equivalente.
2. Motivar al niño para que esté tranquilo y colabore, ya que así será más fácil de medir.
3. Quitar zapatos y cualquier adorno que se encuentre sobre la cabeza (moñas, colas, chongos, sombreros etc.) que le dificulten la medición.

IMPORTANTE: Mientras que el niño está en el tallímetro ó metro usted debe sostenerlo y controlarlo para evitar que resbale y se caiga. Nunca deje a un niño solo en el tallímetro o metro que esté utilizando.

4. Pídale a la madre que se arrodille sobre ambas rodillas, al lado derecho del niño.
5. Arrodillese (enfermera ó equivalente) sobre su rodilla derecha, al lado izquierdo del niño, sosténgalo para que no se resbale o caiga. (ver ilustración 2).

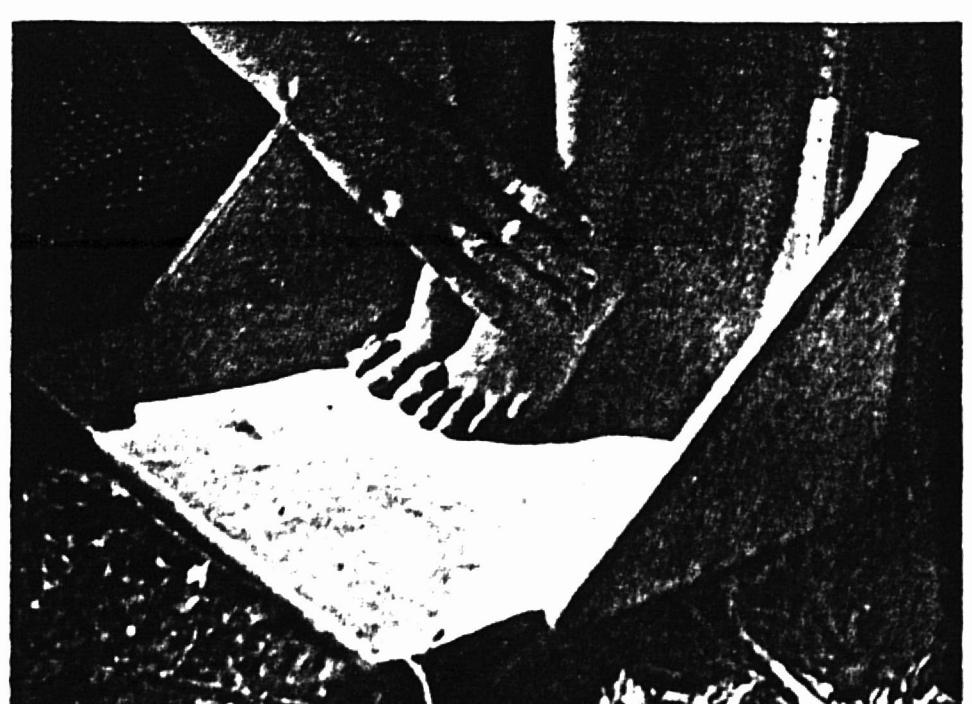
Ilustración No.2
Posición de la Enfermera o equivalente, la madre
y el niño antes de medir la talla.



6. Coloque los pies del niño juntos, en el centro de la base del tallímetro ó del metro. La parte posterior de los talones debe tocar la parte vertical del tallímetro. Es posible que tenga que usar ambas manos para poner los pies del niño en posición correcta. Coloque su mano derecha sobre las espinillas del niño, justo encima de los tobillos, y sosténgalas firmemente (ilustración No.3). Algunas veces los niños se ponen de puntillas (ilustración No.4). Asegúrese de que las plantas de los pies del niño se posen bien sobre la base del tallímetro. Solicite a la madre que sostenga los pies del niño en la posición correcta.

Ilustración No.3
POSICION CORRECTA DE PIES

Ilustración No.4
POSICION INCORRECTA DE LOS PIES
(niño de puntillas)



7. Coloque su mano izquierda sobre las rodillas del niño y presiónelas firmemente contra el tallímetro, asegúrese que el niño se encuentra bien colocado al centro del tallímetro o metro y cuando solicite a la madre que lo sostenga en esta posición (Ver Ilustraciones 5 y 6).



Ilustración No.5



Ilustración No.6

8. Coloque la cabeza del niño en posición correcta utilizando su mano izquierda. (Ilustraciones 7,8,9,10)

Ilustración No.7
Mano izquierda sobre el
mentón del niño, dedos
extendidos.



Ilustración No.8
Cierre suavemente sus
dedos sobre el mentón
del niño.



Ilustración No.9
Posición final de su
mano izquierda



Ilustración No.10
Posición correcta de la mano
y del brazo; dedos extendidos
alrededor de los oídos; brazo
lejos del pecho del niño.



Trate de no hacer lo que vé en las siguientes ilustraciones (No. 11, 12) para no asustar al niño y poder obtener una mejor medición.

Ilustración No. 11
Posición incorrecta de la mano y del brazo; dedos presionando sobre los oídos; brazo descansando sobre el pecho del niño.



Ilustración No.12
Posición incorrecta de la mano, cubriendo la boca del niño.



9. Asegurese que el niño está en la posición correcta, con sus pies juntos, talones pegados, cabeza recta naiguitas y espalda pegados a la pared donde se encuentra el tallímetro o metro y proceda a efectuar la medición, utilizando el tope móvil del tallímetro (Ilustraciones No. 13,14,17,18).

Ilustración No.13
Tope móvil superior
encima de la cabeza
del niño.

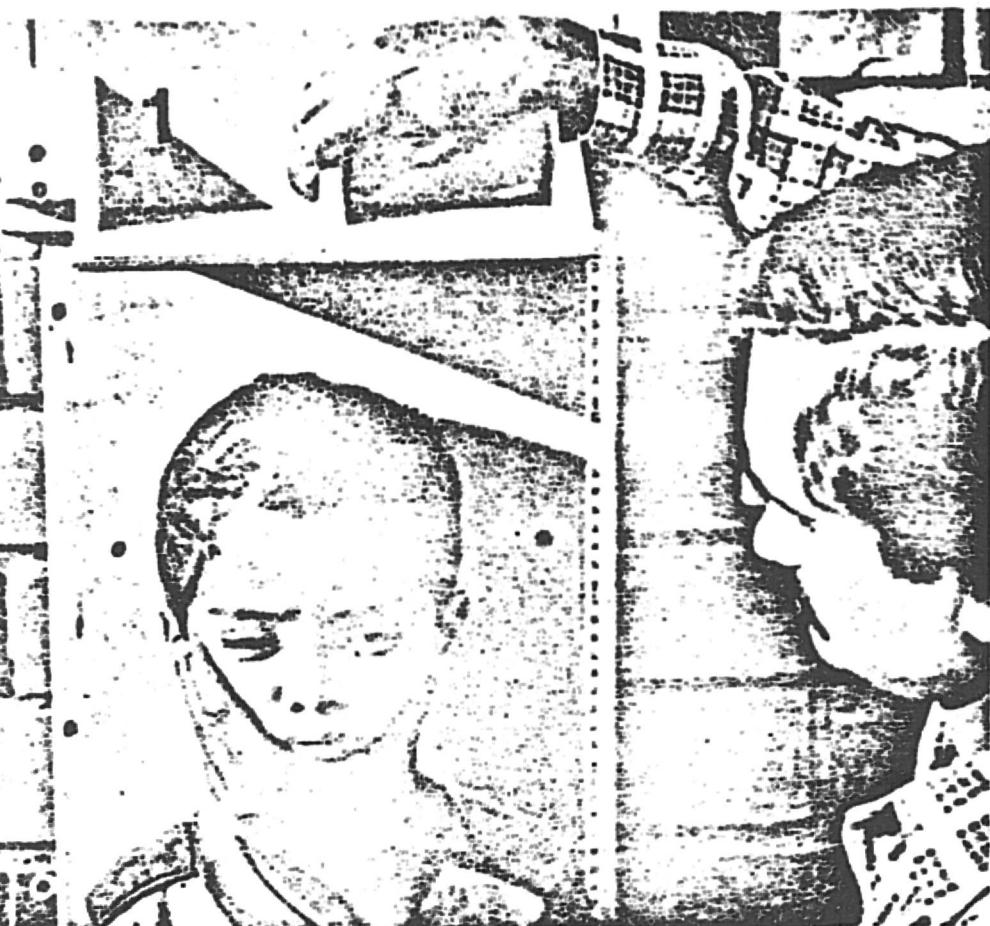
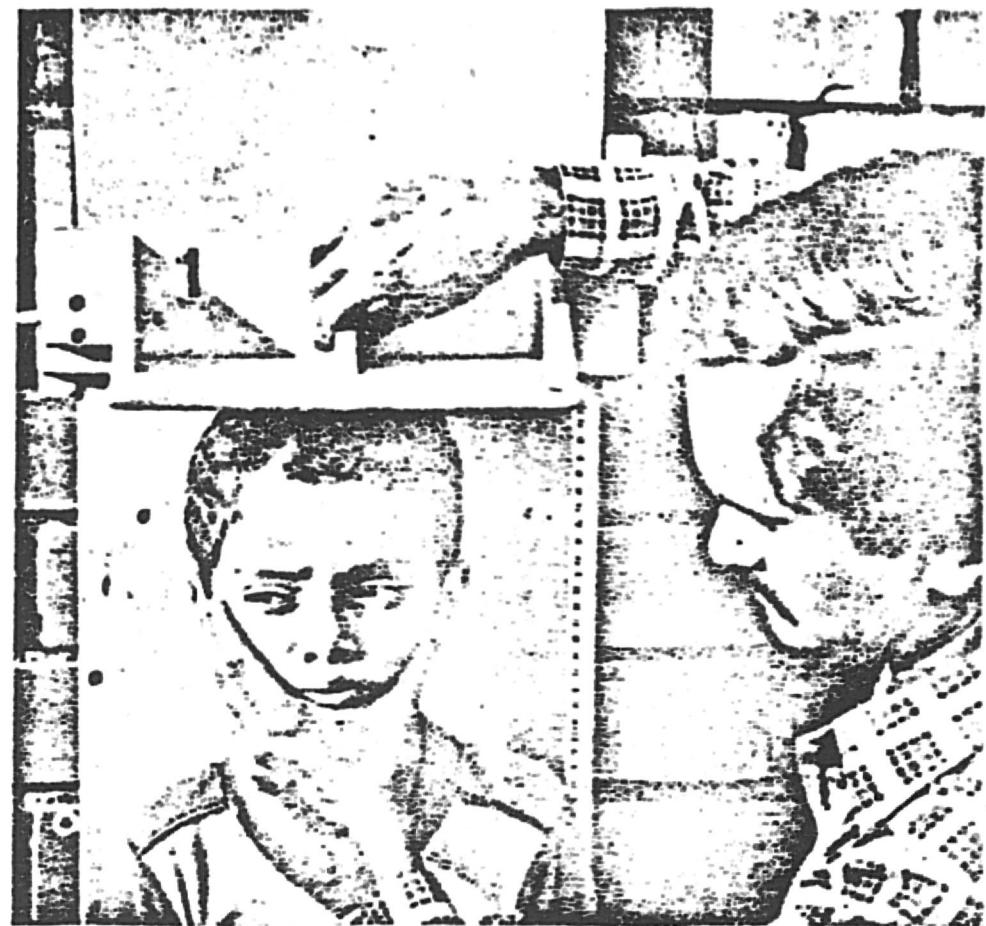


Ilustración No.14
Tope móvil superior
descansando sobre la
cabeza del niño



Debe sujetar con la mano izquierda la cabeza del niño, mientras con su mano derecha colocará la escuadra sobre la cabeza del niño sin apretar para que no se agache identificando el número que está al nivel de la cabeza y proceder a su lectura y anotación (ver Ilustraciones No. 15,16)

Posiciones correctas para medir la talla del niño

Ilustración No. 15

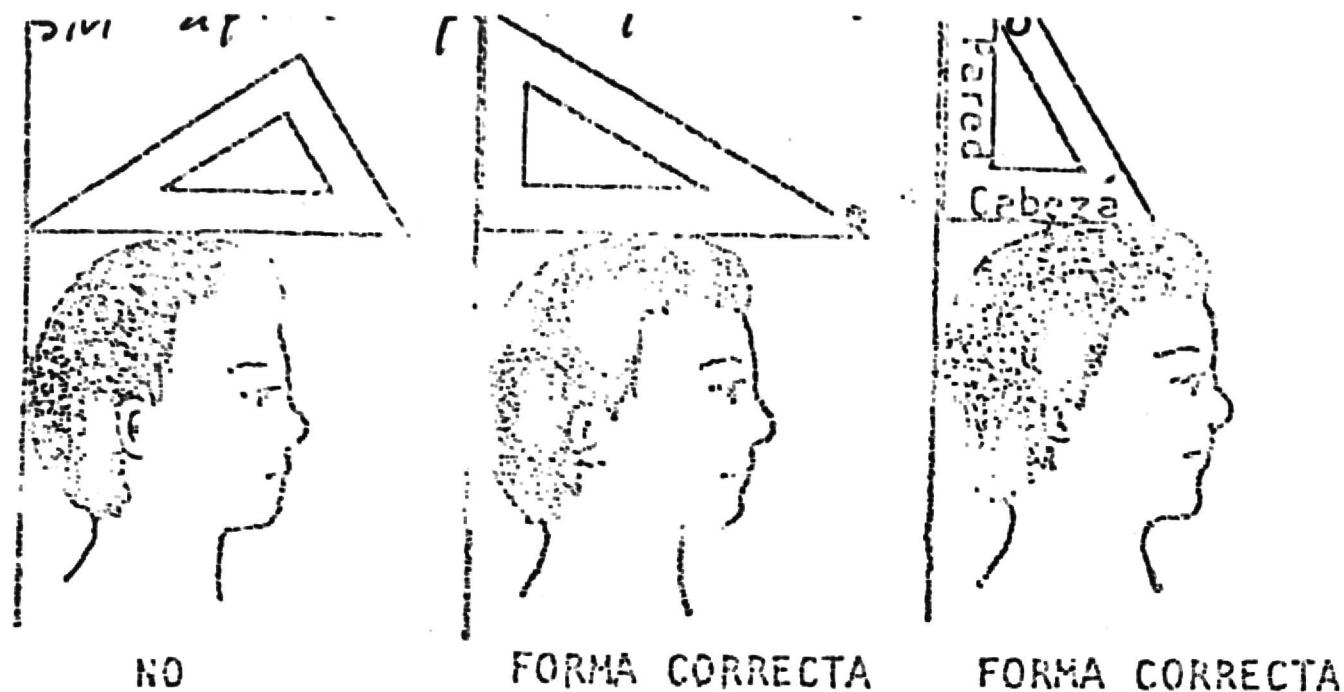
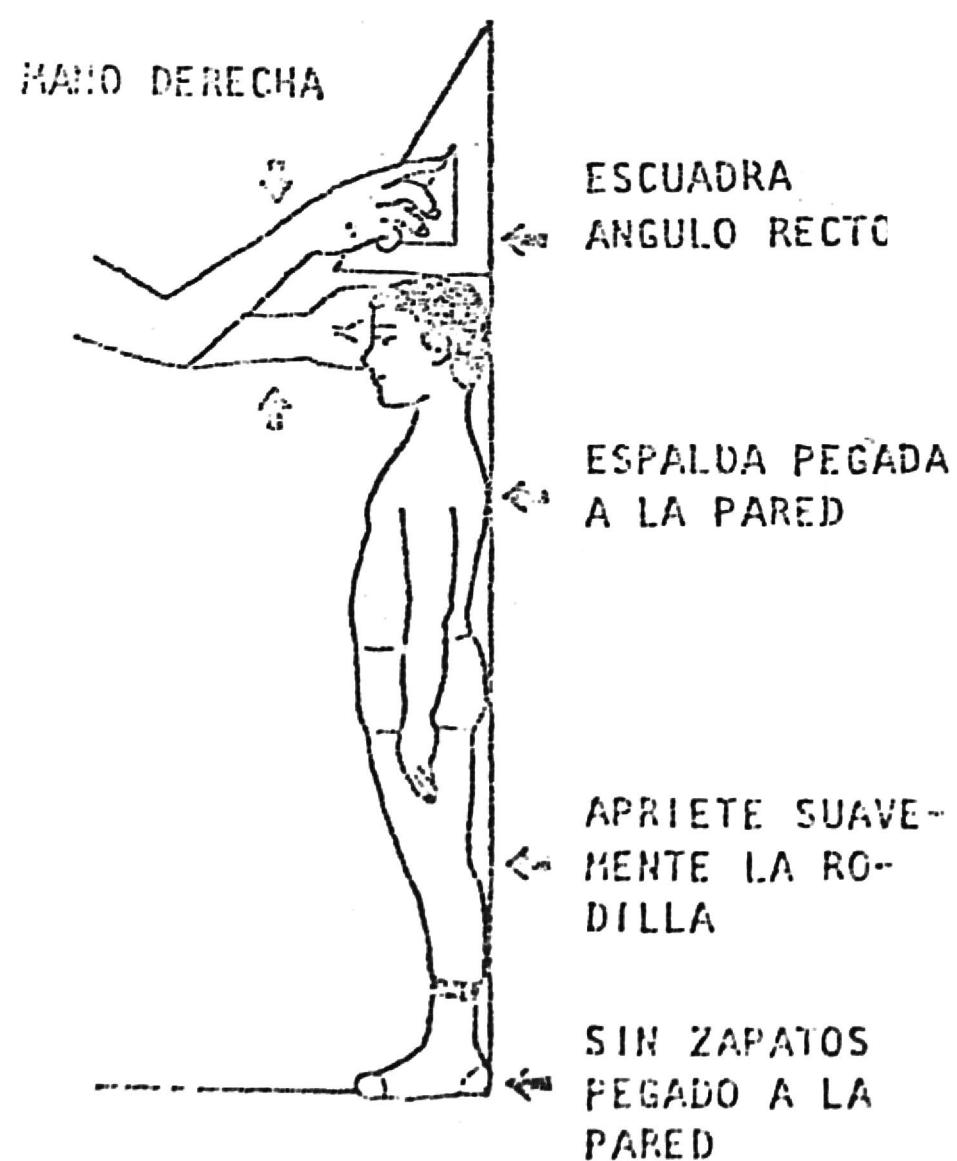


Ilustración No. 16



Posiciones correctas para medir la talla del niño

Ilustración No.17

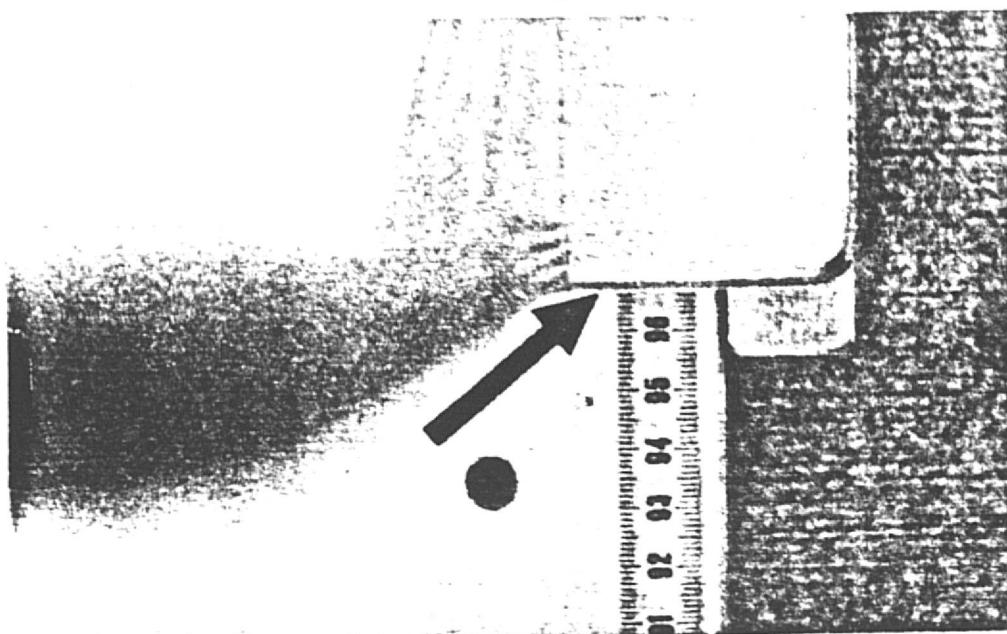


Ilustración No.18



Si utiliza tallímetro lea la medida en el tope móvil superior,
sin quitar al niño (ver Ilustración No.19)

Ilustración No.19
Llea la medida en el tope móvil superior



- 1) Anote la medida e inmediatamente informe de la misma a la madre.
- 2) Devuelva al niño a la madre.

****FIN DEL PROCEDIMIENTO PARA MEDIR LA TALLA DEL NIÑO****

OBSERVE LOS ERRORES QUE SE COMETEN COMUNMENTE
AL MEDIR LA TALLA

Ilustración No.20
Posición incorrecta de
los pies (niño de puntillas)



Ilustración No.21
Posición incorrecta de las
rodillas (rodillas dobladas)



Ilustración No.22
Posición incorrecta de las
manos (niño agarrándose a los
lados del tallímetro)

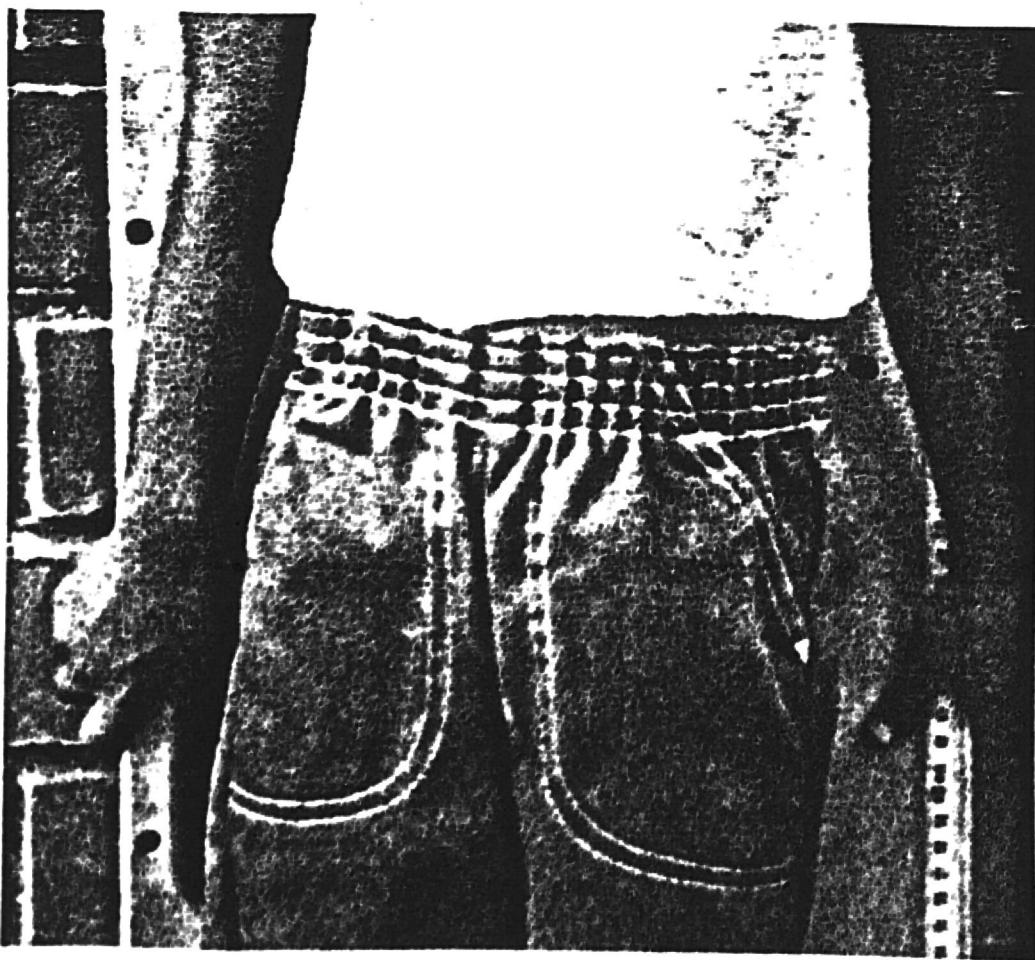


Ilustración No.23
Posición incorrecta del niño
(no está en el centro del
tallímetro)



OBSERVE LOS ERRORES QUE SE CONMETEN COMUNMENTE
AL MEDIR LA TALLA

Ilustración No.24 Posición
incorrecta de los hombros del
niño (no están trazados)



Ilustración No.25 Posición
incorrecta de la altura vertical
de la cabeza del niño



Ilustración No.26 Posición
incorrecta de la mano y el brazo
(dedos presionando sobre los
oídos; mano descansando sobre
el pecho del niño)



Ilustración No.27 Posición
incorrecta de la cabeza del
niño (no está mirando hacia
adelante)



OBSERVE LOS ERRORES QUE SE COMETEN COMUNMENTE
AL MEDIR LA TALLA

Ilustración No. 28

Posición incorrecta del cuerpo
niño i superior (no este
apoyado contra el pecho del
medidor sobre el cráneo del niño)



Ilustración No. 29

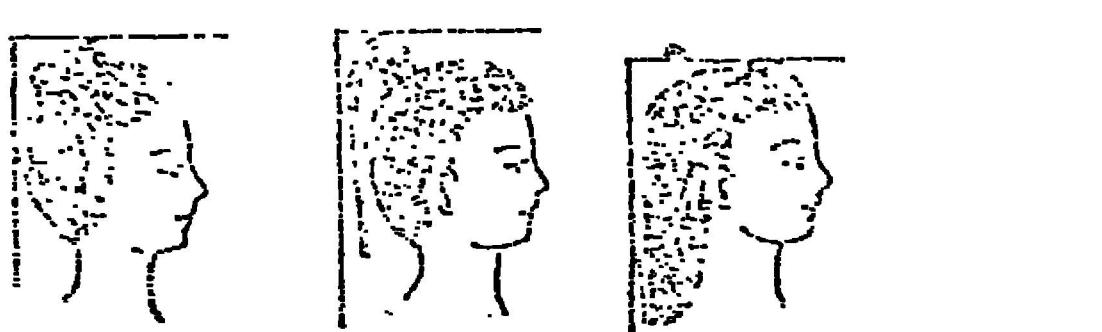
Posición incorrecta del cuerpo
del niño (no está contra
el tallímetro)



RESUMEN DEL PROCEDIMIENTO PARA MEDIR LA TALLA DEL NIÑO

Para la realización de este procedimiento se necesita de Personal de Salud (Enfermera Auxiliar ó equivalente) y la colaboración de la madre del paciente.

1. El tallímetro o metro debe estar colocado en una superficie dura y plana formando escuadra con el suelo.
2. Deben ser quitados todos los adornos, sombreritos o trenzas que puedan estorbar la medición, así como los zapatos del niño.

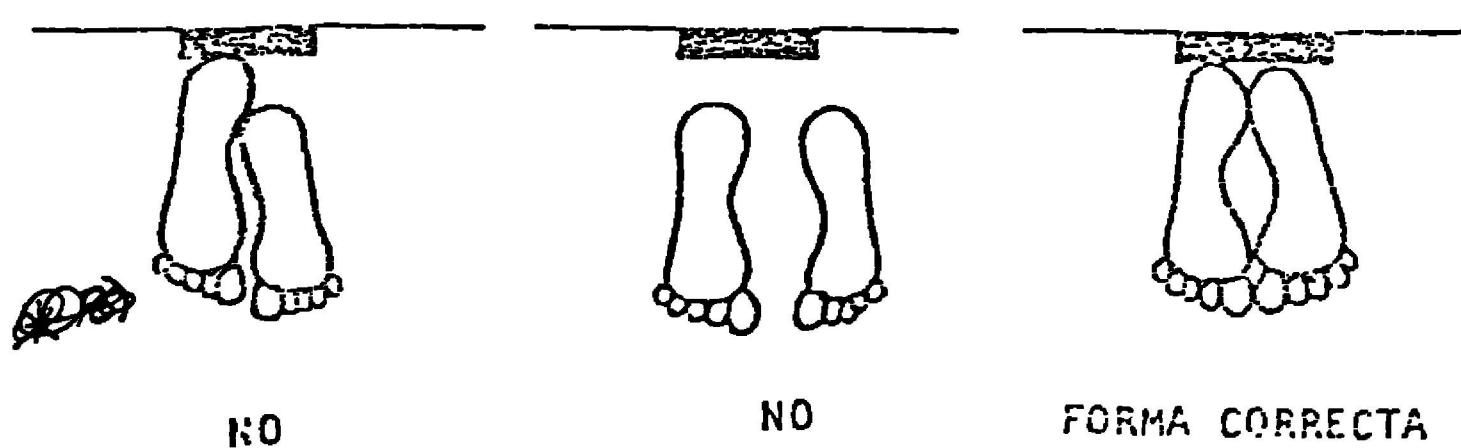


NO

NO

FORMA CORRECTA

3. Deberá colocar al niño(a) de espaldas y al centro del tallímetro o metro con los pies juntos y los talones pegados.

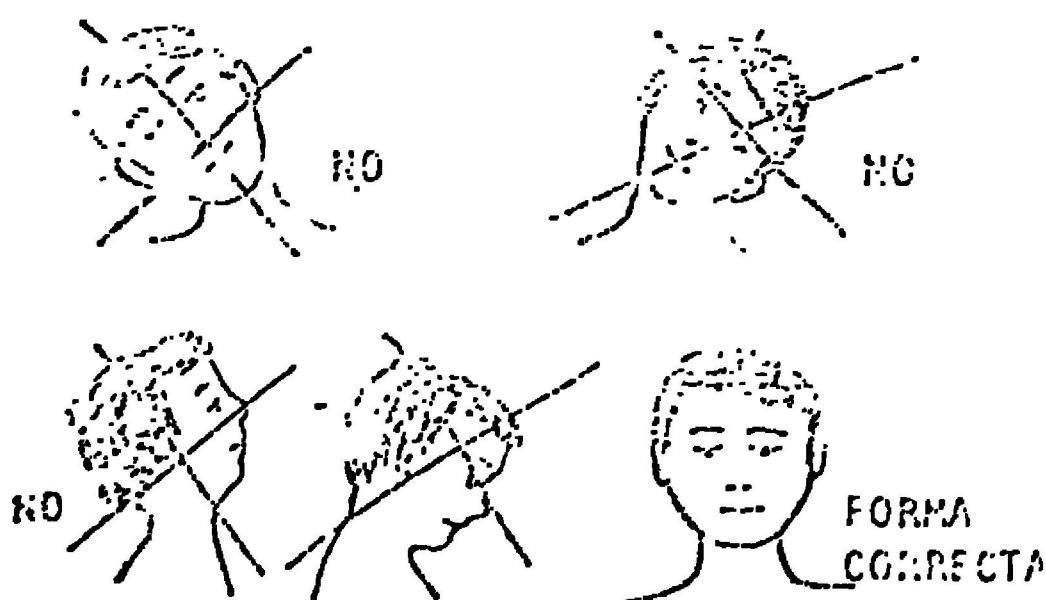


NO

NO

FORMA CORRECTA

La cabeza del niño debe estar en posición recta como lo indica el siguiente dibujo:



Asegúrese que el niño se mantenga recto con los talones, nalguitas, espalda y cabeza pegados a la pared donde está el tallímetro o metro y solicite la ayuda de la madre para mantenerlo en esa posición (ver ilustración N°.1)