

## Evaluación del estado nutricional de niños entre 2 y 13 años mediante antropometría según registros del Hospital Rural de Tomás Manuel de Anchorena de la Pampa en marzo 2018.

*Evaluation of the nutritional status of children between 2 and 13 years old through anthropometry according to records of the Rural Hospital of Tomás Manuel de Anchorena of Pampa province in March 2018.*

Autor: Ariel A. Blajos<sup>a</sup>.

*a: Médico Generalista. Director Médico.  
Hospital rural Tomás Manuel de  
Anchorena.*

**Autor de correspondencia:**  
Méd. Ariel Adrián Blajos

**E-mail:** arielblajos@gmail.com.

Recibido: 01/06/2019

Aceptado: 21/10/2019

### RESUMEN

La evaluación nutricional tiende a promover la salud, sea reduciendo el riesgo o sea controlando los posibles efectos patológicos relacionados con una alimentación excesiva o insuficiente.

Durante el mes de marzo de 2018, en el Hospital rural de Tomás Manuel de Anchorena, se llevó a cabo el control anual de salud en niños de 2 a 13 años. Para ello se utilizaron índices antropométricos que puedan relacionarse con estándares de normalidad según edad y sexo (peso/edad, talla/edad, peso/talla, índice de masa corporal) y se definieron los indicadores: desnutrición, bajo peso, acorde, sobrepeso y obesidad.

Se examinaron 50 niños/as, residentes habituales, de 2 a 13 años de edad, con una distribución por sexo de 48% niñas y 52% niños. Se organizaron 3 grupos según edad, 2 a 6 años (28%), 6 a 11 años (54%) y 11 a 13 años (18%). Se obtuvo una prevalencia de desnutrición del 8%, 22% se encontraba acorde a su edad y sexo, sobrepeso 22%, y obesidad del 38%. Comparado con datos del Programa Nacional de Salud Escolar (PROSANE 2015), la prevalencia de obesidad en nuestro trabajo supera muy significativamente el valor provincial (17,9%) y nacional (21,4%). No pasa lo mismo con los demás indicadores.

**PALABRAS CLAVES:** Atención Primaria de la Salud, Antropometría, Niños.

### ABSTRACT

The nutritional evaluation tends to promote health, either by reducing the risk or by controlling the possible pathological effects related to excessive or insufficient feeding. During the month of March 2018, in the rural Hospital of Tomás Manuel de Anchorena, the annual health control was carried out on children aged 2 to 13. For this, anthropometric indices were used that can be related to normality standards according to age and sex (weight / age, height / age, weight / height, body mass index) and the indicators were defined: malnutrition, low weight, overweight and obesity. 50 children, habitual residents, from 2 to 13 years of age, with a gender distribution of 48% girls and 52% boys were examined. 3 groups were organized according to age, 2 to 6 years (28%), 6 to 11 years (54%) and 11 to 13 years (18%). There was a prevalence of malnutrition of 8%, 22% were according to their age and sex, overweight 22%, and obesity with 38%. Compared with data from the National School Health Program (PROSANE 2015), the prevalence of obesity in our work significantly exceeds the provincial (17.9%) and national (21.4%) values. The same does not happen with the other indicators.

**KEYWORDS:** Primary Health Care, Anthropometry, Children

## INTRODUCCIÓN

El crecimiento y el desarrollo del niño son los ejes conceptuales alrededor de los cuales se va vertebrando la atención de su salud. El monitoreo del crecimiento se destaca como una de las estrategias básicas para la supervivencia infantil. Entre los objetivos principales de esta asistencia no solo se cuenta el de atender a las necesidades actuales del niño a una edad determinada, sino el de asistirlo con un criterio preventivo, evolutivo y aun prospectivo, teniendo en cuenta sus características cambiantes, dinámicas, para que llegue a ser un adulto sano.(1)

En nuestro medio existe la práctica extendida de evaluar el crecimiento de los niños en el Primer Nivel de Atención mediante la antropometría. Esta cotidianidad puede conducir a la automatización y a que no se obtenga de ella toda la información que puede brindar para la evaluación de individuos y poblaciones. En consecuencia, resulta oportuno revisar sus alcances y limitaciones para situar una vez más su interpretación dentro de la perspectiva del cuidado de la salud de los niños.

## MARCO CONCEPTUAL

La antropometría ha sido ampliamente utilizada como un indicador que resume varias condiciones relacionadas con la salud y la nutrición. Su bajo costo, simplicidad, validez y aceptación social justifican su uso en la vigilancia nutricional, particularmente en aquellas poblaciones en riesgo de sufrir malnutrición. Es el método no invasivo más aplicable para evaluar el tamaño, las proporciones e, indirectamente, la composición del cuerpo humano.

Hace posible la identificación de individuos o poblaciones en riesgo, reflejo de situaciones pasadas o presentes, y también predecir riesgos futuros. Esta identificación permite seleccionarlos para la implementación de intervenciones y, al mismo tiempo, evaluar el impacto de las intervenciones.(1)

## OBJETIVOS GENERALES

Analizar y comparar los resultados antropométricos obtenidos con otras referencias bibliográficas contemporáneas, como los publicados por el Programa Nacional de Salud Escolar del Año 2015, y determinar así, el impacto de los mismos a nivel regional y nacional.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar a la población analizada, determinando los índices antropométricos para cada grupo etario (2 a 6 años, entre 6 y 11 años, y 11 a 13 años)

Planificar las acciones necesarias para abordarlos, definir la organización del servicio de salud y los roles de los miembros del equipo.

Identificar la necesidad de incorporar recursos humanos y materiales.

Definir actividades de promoción sobre alimentación saludable dirigida a las familias y comunidad en general.

Obtener una referencia actualizada para evaluar intervenciones futuras en el seguimiento de estas problemáticas.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal para evaluar prevalencias en población usuaria del sistema público de salud, a través de la recopilación de información extraída de las Historias Clínicas individuales de niños de 2 a 13 años que fueron examinados para su control de salud anual en consultorio externo del Hospital rural de la localidad de Tomás Manuel de Anchorena, de la Provincia de La Pampa. Dicha localidad cuenta con una población de aproximadamente unos 300 habitantes, y según estimaciones de registros locales, los menores de 13 años de edad alcanzan un total de 60, representando el 20% del total de la población.

Las instituciones están representadas por el edificio municipal, un polideportivo, un club de fútbol, escuela rural primaria con comedor escolar y hospedaje para niños de otras localidades, jardín de infantes, guardería maternal, seccional de policía, un pequeño frigorífico de faenados de porcinos y ovinos, distribuidora de agua envasada y una decena de comercios de ventas de alimentos.

La localidad también cuenta con un hospital rural, equipado con sala de primeros auxilios, guardia las 24hs, consultorio externo de medicina general, enfermería, odontología, vacunatorio y habitación para internación abreviada, además de contar con ambulancia propia para traslados de pacientes, urgencias y emergencias.

Anualmente a través del Programa de Salud Escolar se solicita, desde el Ministerio de Educación Provincial de La Pampa, a los niños que concurren al jardín maternal, preescolar y escuela primaria, realizar un control de salud. Para ello, concurren al hospital, donde son evaluados por el servicio de enfermería (que supervisa si los esquemas de vacunas están completos, aplicando las dosis faltantes según calendario), por el médico generalista, quien realiza el examen físico, registrando en la historia clínica hospitalaria, y en la ficha que trae el niño/a, el resultado de dicha evaluación (peso, talla, maduración psicomotriz, examen físico, problemas de aprendizaje, lenguaje, conducta, agudeza visual y auditiva, y necesidad o no de derivación a especialistas de segundo nivel) y por último por el odontólogo, quien realiza el control de salud bucal.

Para este trabajo se utilizaron índices antropométricos que puedan relacionarse con estándares de

normalidad según edad y sexo. Así, a partir del uso de Gráficos y Tablas de referencia, se consideraron los siguientes índices: peso para la edad (P/E), talla para la edad (T/E), peso para la talla (P/T), e índice de masa corporal para la edad (IMC/E), el cual refleja el peso relativo para una talla dada y define la masa corporal para determinada edad.

Para el análisis de estos indicadores se utilizaron límites de inclusión o puntos de corte, definidos en  $\pm 2$  Desvíos Standard (DE) para P/E, T/E e IMC/E, lo que permitió establecer para cada valor obtenido de la muestra, la distancia a la que se encuentra del valor de la media (que en los casos de distribución normal coincide con la mediana, es decir con el perceptible 50). Esta distancia (también conocida como puntaje Z), se definió como valor positivo si se aleja hacia valores más altos del percentil 50 o negativo si por el contrario, se aleja hacia valores más bajos del percentil 50.

De esta manera se definieron los siguientes indicadores:

**Bajo peso:** Niños/as y adolescentes con un Índice de Masa Corporal menor a un puntaje Z de -1,00 para la edad.

**Desnutrición/Emaciación:** Niños/as y adolescentes con un Índice de Masa Corporal menor a un puntaje Z de -2,00 para la edad. Desnutrición grave: puntaje Z de -3,00.

**Acorde:** Niños/as y adolescentes con un Índice de

Masa Corporal con un puntaje Z entre +1,00 y -1,00 para la edad.

**Sobrepeso:** Niños/as y adolescentes con un Índice de Masa Corporal entre +1,00 y +2,00 (Percentilo entre 85 y 96) de puntaje Z para la edad.

**Obesidad:** Niños/as y adolescentes con un Índice de Masa Corporal mayor a +2,00 (Percentilo 97) de puntaje Z para la edad. Obesidad de mayor grado: puntaje Z > 3.

**Baja Talla:** Niños/as y adolescentes con una talla para la edad menor a un puntaje Z de -2,00.

Los datos antropométricos fueron analizados con el software de la OMS, Anthro versión 3.2.2 y Anthro Plus versión 1.0.4. Calculador antropométrico.(2)

**Instrumentos de registro:** Historia clínica individual del niño/a, confeccionada por el profesional médico del Centro.

Fueron incorporados a este estudio 50 niños entre 2 y 13 años de edad, de ambos sexos, con una distribución del 52% para las niñas (n=26) y el 48% para los niños (n=24).

La distribución por edades fue de un 28% para los menores de 6 años (n=14), un 54% para los de 6 a 11 años (n=27), y un 18% para los mayores a 11 años de edad (n=9). La distribución por sexo fue 52% (n=26) para las niñas y un 48% (n=24) para los niños. En cuanto a la edad, un porcentaje superior (54%) corresponde al grupo etario de 6 a 11 años. (ver tabla 1)

**Tabla 1:** Distribución nominal y porcentual según grupo etario y sexo.

	Niñas	Niños	total	%
Menores de 6 años	5	9	14	28
Entre 6 y 11	18	9	27	54
Mayores de 11	3	6	9	18
<b>total</b>	<b>26</b>	<b>24</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
%	52%	48%	100	

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

El autor declara no tener ningún interés comercial o asociativo que presente un conflicto de intereses con el trabajo presentado.

## RESULTADOS

Luego de analizar los datos obtenidos, se observa que sobre 50 niños/as examinados, el 38% (n=19),

presenta obesidad, y dentro de este grupo el 31% de ellos (n=6), presenta obesidad grave, siempre teniendo en cuenta los valores del puntaje Z para su interpretación.

Luego observamos también, que el 14% de niños/as presenta sobrepeso y que solo el 2% se incluye en rango de desnutrición (n=1); mientras el 46% restante se encuentra en valores de puntaje Z normales para su edad y sexo. (ver tabla 2)

**Tabla 2:** Distribución total y porcentual según indicador y sexo.

	total	%	Niñas	%	Niños	%
Desnutrición	1	2	0	0	1	4,17
Acorde	23	46	13	50	10	41,7
Sobrepeso	7	14	3	11,54	4	16,7
Obesidad	13	26	8	30,77	5	20,8
Ob grave	6	12	2	7,692	4	16,7
<b>total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Al desagregar estos valores obtenidos según sexo encontramos en el grupo de las niñas (n=26) 52% del total, una prevalencia de obesidad del 38,46% (n=10), y dentro de este grupo, un 7,69% (n=2) de obesidad grave; así como también un 11,5% de sobrepeso (n=3) y un 50% (n=13) en valores antropométricos normales para su edad y sexo.

En el grupo de los niños (n=24) 48% del total, notamos una prevalencia para obesidad muy parecida al grupo de las niñas, 37,5% (n=9), pero con una diferencia significativa en cuanto a obesidad grave, que se ubica en un 16,67% (n=4) del total de obesidad, duplicando el valor obtenido en las niñas. Luego vemos una prevalencia mayor que las niñas para sobrepeso del 16,67% (n=4), mientras que el 41,67% (n=10) presen-

tó valores acorde para sexo y edad, y el 4% restante (n=1) desnutrición.

En relación a los grupos etarios definidos previamente, se observa que para los menores de 6 años (n=14), el mayor valor de prevalencia obtenido corresponde a quienes presentan un IMC/edad acorde para sexo y edad, con un 50% del total (n=7). También vemos que en este grupo la suma de prevalencias de sobrepeso y obesidad alcanza un 42,85% (n=6), con una prevalencia marcada de niños (83,34%) por sobre las niñas (16,66%). Aquí también se observa un 7,14% (n=1) de prevalencia tanto para desnutrición, como para obesidad grave, ambas correspondientes al grupo de niños. (ver tabla 3)

**Tabla 3:** Distribución según indicador y sexo en grupo etario Menores de 6 años.

	total	%	Niñas	%	Niños	%
<b>Desnutrición</b>	1	7,14	0	0	1	11,11
<b>Acorde</b>	7	50,00	4	80	3	33,33
<b>Sobrepeso</b>	3	21,43	1	20	2	22,22
<b>Obesidad</b>	2	14,29	0	0	2	22,22
<b>Ob grave</b>	1	7,14	0	0	1	11,11
<b>total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

En cuanto al grupo de 6 a 11 años (n=27), vemos como mayor prevalencia la suma de sobrepeso y obesidad que alcanza el 55,55% (n=15), los niños/as con IMC/edad acordes para sexo y edad llega al 44,44% (n=12). En este grupo la prevalencia por sexo está

definida a favor de las niñas, quienes duplican en cantidad a los niños, (n=10 vs n=5, respectivamente) en la distribución de sobrepeso y obesidad (66,6% vs 33,4%). No se registran en este grupo casos de desnutrición. (ver tabla 4)

**Tabla 4:** Distribución según indicador y sexo en grupo etario 6 a 11 años.

	total	%	Niñas	%	Niños	%
<b>Desnutrición</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Acorde</b>	12	44,44	8	44,44	4	44,44
<b>Sobrepeso</b>	3	11,11	1	5,56	2	22,22
<b>Obesidad</b>	8	29,63	7	38,88	1	11,11
<b>Ob grave</b>	4	14,81	2	11,11	2	22,22
<b>total</b>	27	100	18	100	9	100

Por último, el grupo de mayores de 11 años (n=9), muestra una prevalencia del 44,40%(n=4) para quienes presentan un IMC/edad acorde, y la suma de prevalencia de sobrepeso y obesidad alcanza el

55,60% (n=5), iguales valores a los obtenidos en el grupo anterior de 6 a 11 años, con una prevalencia según sexo a favor de los niños (n=3) del 60%. (ver tabla 5).

**Tabla 5:** Distribución según indicador y sexo en grupo etario mayor a 11 años.

	total	%	Niñas	%	Niños	%
<b>Acorde</b>	4	44,4	1	33,3	3	50
<b>Sobrepeso</b>	1	11,1	1	33,3	0	0
<b>Obesidad</b>	3	33,3	1	33,3	2	33,3
<b>Ob grave</b>	1	11,1	0	0	1	16,7
<b>total</b>	9	100	3	100	6	100

#### Comparación de la prevalencia entre indicadores a nivel Local, Provincial y Nacional

Con el fin de contextualizar los resultados obtenidos, y observando como mayores prevalencias en casi todos los grupos etarios, al sobrepeso y obesidad, se consideró oportuno comparar los datos generados con los aportados por el Programa Nacional de Salud Escolar (PROSANE), publicado en Agosto de 2015. Para ello los datos obtenidos en nuestro trabajo se

reagruparon en relación a la edad, tomando como grupo principal los niños/as entre 5 a 13 años.

De esta manera el grupo conformado de 38 niños/as, tuvo una distribución según sexo del 57,89% para las niñas (n=22) y del 42,11% para los niños (n=16).

Aquí la prevalencia de IMC/edad acorde para sexo y edad alcanza un 39,5% (n=15), mientras que para sobrepeso fue de un 10,5% (n=4), obesidad 31,6% (n=12) y obesidad grave 15,8% (n=6). (ver tabla 6)

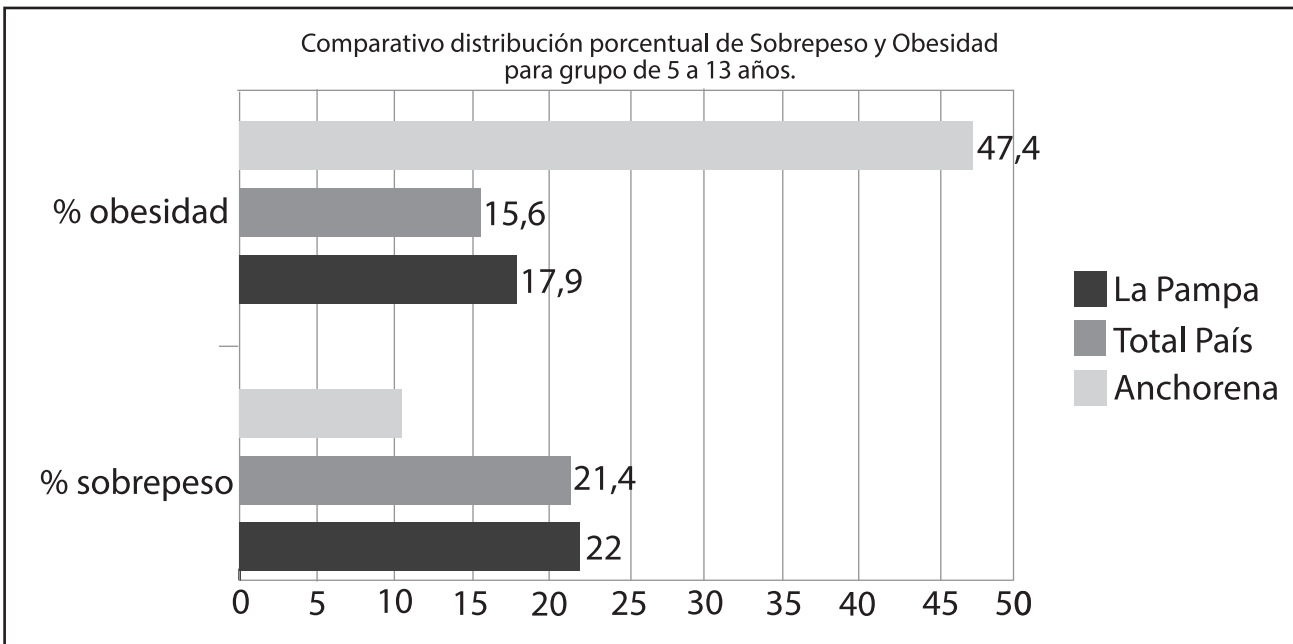
**Tabla 6:** Distribución según indicador y sexo en grupo etario de 5 a 13 años.

	total	%	Niñas	%	Niños	%
<b>Desnutrición</b>	1	2,632	0	0	1	6,25
<b>Acorde</b>	15	39,47	10	45,45	5	31,25
<b>Sobrepeso</b>	4	10,53	2	9,091	2	12,5
<b>Obesidad</b>	12	31,58	8	36,36	4	25
<b>Ob grave</b>	6	15,79	2	9,091	4	25
<b>total</b>	38	100	22	100	16	100
total s/sexo			57,895		42,105	100

De la comparación de estos resultados con los expresados en la edición 2015 del PROSANE, observamos una diferencia muy significativa de la prevalencia de obesidad tanto a nivel regional como nacional frente a la obtenida en nuestro trabajo. Así, mientras que a nivel nacional el porcentaje de obesidad se ubicó en 21,4%, y en la provincia fue de

un 17,9%, en nuestra muestra este valor asciende al 47,36%, más del doble del valor de la media del país. En relación al sobrepeso, la situación es totalmente diferente, ya que nuestra muestra presenta un 10,5%, frente al 22% de la provincia y el 21% a nivel nacional. (ver gráfico 1)

**Gráfico 1:** Distribución porcentual comparativa de Sobrepeso y Obesidad en grupo etario de 5 a 13 años.

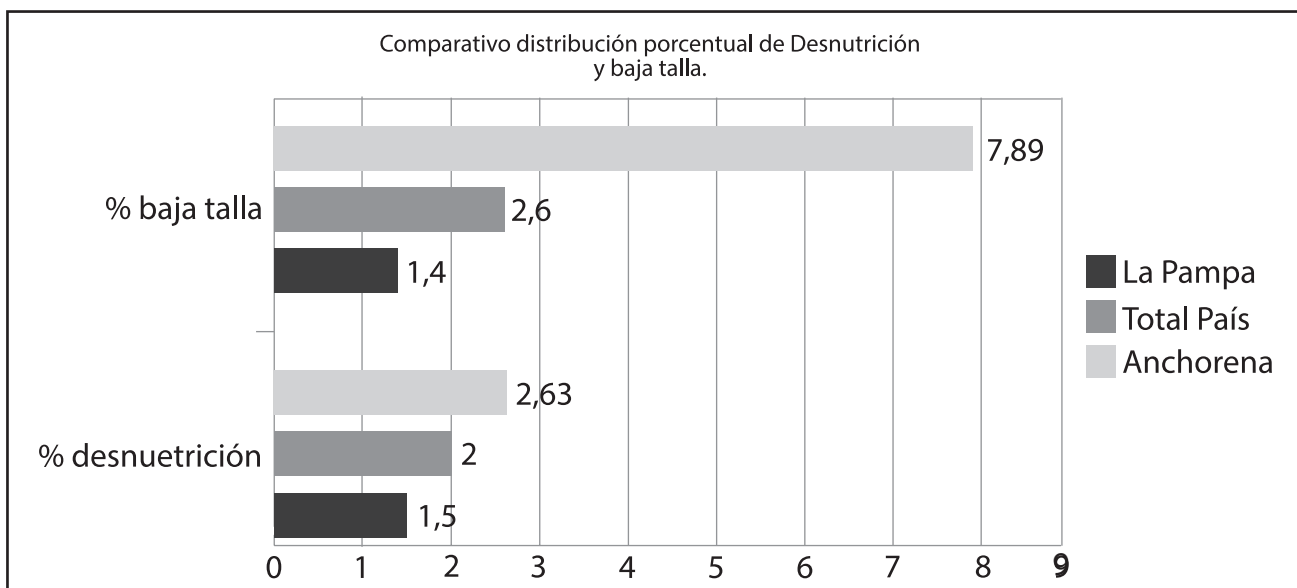


Fuente: Prosane 2015 y datos propios

El resto de los indicadores tomados por PROSANE, baja talla y desnutrición, presentan para desnutrición valores similares con este trabajo, cercanos al 2%, mientras que se observa una diferencia significativa

para el indicador Baja talla que en nuestro trabajo supera el 7% vs el 2,6% nacional y el 1,4% provincial. (ver gráfico)

**Gráfico 2:** Distribución porcentual comparativa de Desnutrición y bajo peso en grupo etario de 5 a 13 años.



Fuente: Prosane 2015 y datos propios

## CONCLUSIÓN

Es esencial considerar toda la información que aporta la antropometría en el seguimiento y control de la salud de los niños. Más aún si tenemos en cuenta que su aplicación carece de limitaciones importantes a la hora del control periódico de salud. También es necesario remarcar que los datos que proporciona nos permite conocer el desarrollo ponderal estatural que cada niño ha tenido hasta el momento de la consulta y nos da el basamento para un seguimiento programado que nos otorgue la oportunidad de ver la evolución en el tiempo, no solo para un mero registro formal, sino como herramienta para poder intervenir con acciones específicas en caso de detectar alguna anomalía en los datos obtenidos.

En el trabajo vemos como problema relevante, las altas prevalencias de sobrepeso y obesidad y dentro de esta última categoría, el alto porcentaje de obesidad grave.

También observamos que esta prevalencia ya desde los menores de 6 años supera el 40%, alcanza más del 55% para los grupos de 6 a 11 años y mayores de 11 años, valores muy alejados de la media regional y nacional.

Es oportuno aquí señalar, que parte de esta significativa diferencia está directamente influenciada por el tamaño de nuestra muestra (n=50), que si bien representa casi la totalidad de los niños que viven en la localidad (90%), aun así resulta un tamaño pequeño frente a las muestras provinciales y nacionales.

## DISCUSIÓN

Este trabajo pretende poner en valor las características antropométricas de una población representativa de niños/as entre 2 a 13 años de edad, habitantes de una localidad rural de la provincia de La Pampa, Tomás Manuel de Anchorena.

No es objetivo detallar o profundizar en las múltiples variables que confluyen al momento de evaluar las causas probables del sobrepeso y obesidad de los niños/as examinados.

Sin embargo no se puede obviar que la alta prevalencia obliga a todos los actores que hacen de la salud infantil su objeto de trabajo definir en forma perentoria políticas específicas que se orienten a este tema y planifiquen su seguimiento.

En este sentido y a modo de contextualizar los actores posibles de intervención, aquí en la localidad contamos con un comedor escolar y varios locales de venta de alimentos. Todos de alguna manera tienen un rol directo e indirecto no solo en la disponibilidad de los mismos, sino en la organización de las raciones ofrecidas, que en el caso del comedor escolar, permite actuar de una manera directa en la oferta que se realiza durante el dictado de clases, en los recreos, y también con las cuatro comidas diarias: desayuno, almuerzo, merienda y cena, para los alumnos que pernoctan de lunes a viernes en la institución y para

los que aun viviendo en la localidad, así lo deseen. Queda entonces definido un escenario donde la elaboración de un plan alimentario saludable es una de las propuestas claras de intervención para las problemáticas presentadas en nuestro trabajo. También se ha comenzado a trabajar con el Área de deportes municipal en el análisis de la oferta de actividades recreativas y deportivas ofrecidas a los niños/as, con el objetivo de estimular la actividad física tanto grupal como individual.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud de la Nación, 2009. Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría.
2. Programa Anthro: disponible en <http://www.who.int/childgrowth/software/es/> y Programa Anthro Plus: en <https://pediatrasjuanpabloii.wordpress.com/who-anthroplus-software/>.
3. Durán P, Mangialavoria G, Biglieria A, Kogana L y Abeyá Gilardona 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). Artículo original. Arch Argent Pediatr 2009; 107(5):397-404.
4. Subcomisión de Epidemiología y Comité de Nutrición de la Sociedad Argentina de Pediatría Consenso sobre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en pediatría. Obesidad. Arch. argent. pediatr 2005; 103(3)
5. Ministerio de Salud de la Nación. Presidencia de la Nación, Programa Nacional de Salud Escolar PRO-SANE Agosto 2015. <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000929cnt-situacion-ninos-adolescentes-agosto-2015.pdf>
6. Sociedad Argentina de Pediatría Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo. Guías de práctica clínica para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la obesidad. Guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of obesity.
7. D Lomaglio et al. (2015) Perfil antropométrico en adultos del noroeste argentino: comparación con una referencia internacional. Revista Argentina de Antropología Biológica. Volumen 17, Número 1, Páginas 07-18. Enero-Junio 2015.
8. Organización Mundial de la Salud. Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Ginebra, OMS, 2008.
9. Mamani Ortiz Y, Choque Ontiveros M, Rojas Salazar E. Estado nutricional y su relación con el coeficiente intelectual de niños en edad escolar. Artículo original.

Gaceta Médica Bolivia 2014; 37 (1): 6-10 enero-junio 2014.

10. Ministerio de Salud de la Nación (MSAL). Plan Federal de Salud 2010 – 2016. Junio 2010. . Borrador.

11. Alimentación del niño sano : trabajos prácticos guía D / Mariana Raspini ... [et.al.]. - 1a ed. - Mar del Plata : Universidad FASTA, 2013.

12. Encuesta antropométrica a la población menor de 6 años. Noviembre 2013. Programa Nutricional Dirección de Programas Centrales (DGRyPS) Ministerio de Salud. Gobierno de la ciudad de Buenos Aires.

13. Ministerio de Salud de la Nación (2009). Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. Elvira Calvo ... [et.al.]. - 1a ed. - Buenos Aires : .

## ANEXO I

Técnicas de medición

Preparación del niño

Las mediciones se realizaron en consultorio, teniendo siempre presente no afectar el confort ni la intimidad del niño/a o adolescente.

Peso

Instrumento

Se utilizó una balanza de pie con sensibilidad de 100 gramos.

Técnica

El niño/a permaneció de pie, inmóvil en el centro de la plataforma, con el peso del cuerpo distribuido en for-

ma pareja entre ambos pies. Usó ropa interior liviana, pero se quitó los zapatos, los pantalones, el abrigo y toda otra prenda innecesaria.

Se registró el peso hasta los 100 gramos completos más próximos al equilibrio del fiel de la balanza. Es decir que, si la lectura era entre 18,7 Kg y 18,8 Kg, el peso a consignar fue 18,7 Kg.

Estatura

Instrumento

Se utilizó el estadiómetro incorporado en la balanza, constituido por una barra de metal en posición vertical graduada en centímetros, que mide a partir de los 110cm, y presenta en su extremo superior una barra metálica horizontal que se pone en contacto con la parte más alta del cráneo del niño/a.

Para los niños/as que tenían una altura inferior a 110cm, se utilizó un pediómetro móvil.

Técnica

El niño/a se posicionó de igual manera que para pesarse, de pie, con el peso distribuido en forma pareja sobre ambos pies, los talones juntos, y la cabeza en una posición tal que la línea de visión era perpendicular al eje vertical del cuerpo.

Los brazos colgaban libremente a los costados y la cabeza, la espalda, las nalgas y los talones en contacto con el plano vertical del estadiómetro.

Para aquellos niños/as que tenían una talla inferior a los 110cm, se utilizó un pediómetro en posición acostado sobre la camilla, teniendo en cuenta, que el niño/a permaneciera en posición relajada, totalmente estirado y en la parte recta de la camilla, para evitar la sobre elevación que provocaría la cabecera de la misma, y que nos daría una medición errónea de su longitud corporal.