

DESARROLLO SUSTENTABLE, NEGOCIOS, EMPRENDIMIENTO Y EDUCACIÓN

latindex  Dialnet  IDEAS

RELACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ATENDIDOS A TRAVÉS DE CONSULTAS EN LÍNEA

Efrén Aguilar Rodríguez¹

Valeria Verónica Contreras Ávila²

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Efrén Aguilar Rodríguez y Valeria Verónica Contreras Ávila (2021): "Relación del nivel socioeconómico y diagnóstico nutricional en pacientes pediátricos atendidos a través de consultas en línea", Revista de Desarrollo Sustentable, Negocios, Emprendimiento y Educación RILCO DS, n. 24 (p.p. 12-19, octubre 2021). En línea:

<https://www.eumed.net/es/revistas/rilcoDS/24-octubre-21/pacientes-pediatricos>

RESUMEN

Introducción: La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en 2018 fue de 35.5% (3 920 010 escolares en el ámbito nacional con exceso de peso) (Shaham, 2014). **Objetivo:** Relacionar el nivel socioeconómico con el diagnóstico nutricional en pacientes pediátricos de 6 a 12 años atendidos a través de consultas en línea. **Sujetos y método:** Estudio analítico transversal en 77 escolares entre 6 y 12 años, el 58.4% mujeres y 41.6% de hombres. Fueron seleccionados aleatoriamente, luego de que tutores respondieran un formulario en Google Forms y firmaran el consentimiento informado para participar. En un periodo de abril- junio del 2021. Para la evaluación socioeconómica se utilizó un cuestionario para la aplicación de la regla. AMAI 2018 que permite clasificar a los hogares mexicanos en siete niveles, de acuerdo con su capacidad para satisfacer las necesidades de sus integrantes. Para la evaluación antropométrica se utilizaron indicadores de dimensión corporal, peso para la talla con las curvas de crecimiento de la OMS. Se elaboraron estadísticos descriptivos para cuantitativas (rangos mínimos, máximos, media y DE) y para cualitativas (frecuencias y porcentajes). Para analizar la relación entre las variables cualitativas se utilizó Chi-cuadrada y para las cuantitativas, ANOVA de un factor. **Resultados:** Se observó que entres más bajo sea el nivel socioeconómico de las familias, mayor es el riesgo de que los niños padezcan sobrepeso u obesidad.

Palabras clave: México, niños, sobrepeso, obesidad, pobreza.

¹ Licenciado en Nutrición, Universidad Mexiquense de Toluca. efren.aguilar.lic@colmexuni.edu.mx

² Estudiante de la Licenciatura en Nutrición, Universidad Mexiquense de Toluca. valeria.contreras.lnu@colmexuni.edu.mx

RELATIONSHIP OF SOCIOECONOMIC LEVEL AND NUTRITIONAL DIAGNOSIS IN PEDIATRIC PATIENTS TREATED THROUGH ONLINE CONSULTATIONS

ABSTRACT

Introduction: The combined national prevalence of overweight and obesity in 2018 was 35.5% (3 920 010 schoolchildren nationwide with excess weight) (Shaham, 2014). Objective: To relate the socioeconomic level with the nutritional diagnosis in pediatric patients aged 6 to 12 years attended through online consultations. Subjects and method: Cross-sectional analytical study in 77 schoolchildren between 6 and 12 years of age, 58.4% women and 41.6% men. They were randomly selected after tutors responded to a form in Google Forms and signed informed consent to participate. In a period of April-June 2021. A questionnaire for the application of the rule was used for the socio-economic evaluation. AMAI 2018 allows Mexican households to be classified into seven levels, according to their ability to meet the needs of their members. For the anthropometric evaluation, indicators of body size, weight for height and WHO growth curves were used. Descriptive statistics were prepared for quantitative (minimum, maximum, average and SD ranges) and for qualitative (frequencies and percentages). Chi-square was used to analyze the relationship between qualitative variables and for quantitative variables, ANOVA of a factor. Results: It was observed that you enter lower be the socioeconomic level of families, greater is the risk that children suffer from overweight or obesity.

Keywords: Mexico, children, overweight, obesity, poverty.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define sobrepeso y obesidad de la siguiente manera en niños de 5 -19 años:

Se considera sobrepeso cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) para la edad presenta más de una desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS, y se considera obesidad cuando el IMC es mayor a dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS (Pérez, 2020)

Datos del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) mencionan que 1 de cada 3 niños entre los 6 y 19 años padece sobrepeso u obesidad. Esto coloca a México entre los primeros lugares en obesidad infantil a nivel mundial, lo cual va en concordancia con lo determinado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 de México (OMS, 2021).

Las causas principales de la obesidad y el sobrepeso en niños son: el consumo de alimentos procesados con altos niveles de azúcar, grasas trans y sal, así como de bebidas azucaradas que son muy fáciles de adquirir por su amplia distribución, bajo costo y su promoción en medios masivos tales como la

televisión, radio, internet, redes sociales, publicidad en la calle, en la escuela, paradas de autobús, películas, entre otros. Por otro lado, la cantidad de actividad física que realizan los niños, niñas y adolescentes también ha disminuido y es un factor que amplifica el problema (INSP, 2016), pues sabemos que la falta de actividad física o una actividad física baja implicará un equilibrio energético positivo en términos de calorías ingeridas y calorías utilizadas en cada día, lo cual se traducirá en un incremento de peso a través del aumento en los depósitos de grasa del tejido adiposo de los niños.

La obesidad en niños está asociada con enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, intolerancia a la glucosa, hipertensión, concentración de lípidos elevados), depresión y discriminación (INSP, 2016).

MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación fue de tipo analítico, observacional, prospectivo y transversal. Se trabajó con 77 niños, la población fue en niños escolares entre 6 y 12 años. Los niños fueron seleccionados por un tipo de muestreo aleatorio simple, luego de que tutores respondieran un formulario en Google Forms y firmaran el consentimiento informado para participar. En un periodo de abril- junio del 2021.

Para la evaluación socioeconómica se utilizó un cuestionario para la aplicación de la regla AMAI 2018 y tabla de clasificación. Creado por la Asociación Mexicana de agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI). basada en un modelo estadístico, que permite agrupar y clasificar a los hogares mexicanos en siete niveles, de acuerdo con su capacidad para satisfacer las necesidades de sus integrantes.

Para la evaluación antropométrica se utilizaron indicadores de dimensión corporal, peso para la talla con las curvas de crecimiento de la OMS. Estas mismas tablas se utilizaron para el diagnóstico nutricional; desnutrición, normalidad, sobrepeso y obesidad, también utilizadas para establecer la relación con el nivel socioeconómico.

Los datos fueron listados en una hoja de Excel para ordenados según las variables a estudiar en los niños como en el estudio socioeconómico.

Se elaboraron estadísticos descriptivos para cuantitativas (rangos mínimos, máximos, media y DE) y para cualitativas (frecuencias y porcentajes).

Para analizar la relación entre las variables cualitativas se utilizó Chi-cuadrada y para las cuantitativas, ANOVA de un factor. Todos los datos fueron analizados a través del paquete estadístico SPSS versión 25, tomando significado P valor < 0.05.

Tabla 1.*Estadísticos descriptivos.*

	Mínimo	Máximo	Media	D.E
Puntuación nivel socioeconómico	44.0	281.0	164.36	38.24
Edad	6.0	12.0	9.33	1.99
Número de hermanos	0.0	6.0	1.62	1.40
Peso	17.0	95.0	36.10	14.40
Estatura	1.05	1.64	1.37	0.13

Resultados

Se muestra en la tabla anterior, que el estudio socioeconómico promedio fue de 164.36 (± 38.24). La edad promedio fue de 9.33 (± 1.99). El número de hermanos promedio es de 1.62 (± 1.40). El peso promedio fue de 36.10 (± 14.40). La talla promedio es de 1.37 m (± 0.13).

Tabla 2.*Clasificación de los pacientes en estudio socioeconómico.*

	Frecuencia	Porcentaje
E	1	1.3
D+	4	5.2
C-	11	14.3
C	26	33.8
C+	24	31.2
A/B	11	14.3
Total	77	100.0

Se observa en los datos anteriormente mostrados, que el 33.8% de la población se encuentra en la clasificación C (n=26) mientras que el 1.3% (n=1) se encuentra en la clasificación E.

Tabla 3.*Distribución del sexo de los pacientes estudiados.*

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	32	41.6
Mujer	45	58.4
Total	77	100.0

En la tabla 3 se analiza que se tuvo una mayor participación de mujeres con el 58.4% (n=45) mientras que de hombres un 41.6% (n=32).

Tabla 4.
Distribución respecto al diagnóstico nutricional.

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	8	10.4
Eutrófico	49	63.6
Sobrepeso	15	19.5
Obesidad	5	6.5
Total	77	100.0

Respecto a la distribución del diagnóstico nutricional se muestra un predominio del 63.3 % (n=49) de pacientes en eutrofia, mientras que un 6.5% (n=5) pacientes con obesidad.

Tabla 5.
Diferencias del diagnóstico nutricional con el sexo.

		Sexo			
		Hombre		Mujer	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico nutricional	Bajo peso	3	9.4%	5	11.1%
	Eutrófico	19	59.4%	30	66.7%
	Sobrepeso	6	18.8%	9	20.0%
	Obesidad	4	12.45%	1	2.2%

Se registra la diferencia del diagnóstico nutricional con el sexo; se obtuvo en hombres un predominio del 59.4% (n=19) de pacientes con eutrofia, mientras que en mujeres fue de 66.7% (n=30), en comparación con pacientes hombres con obesidad fue de 12.45% (n=4) y en mujeres de 2.2% (n=1).

Tabla 6.
Diagnóstico nutricional con resultado socioeconómico.

		Diagnóstico nutricional							
		Bajo peso		Eutrófico		Sobrepeso		Obesidad	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nivel socioeconómico.	E	0	0.0%	0	0.0%	1	6.7%	0	0.0%
	D+	0	0.0%	2	4.1%	0	0.0%	2	40.0 %
	C-	2	25.0 %	7	14.3%	0	0.0%	2	40.0%
	C+	2	25.0%	16	32.7%	5	33.3%	1	20.0%
	A/B	0	0.0%	7	14.3%	4	26.7%	0	0.0%

Se presenta un predominio del 32.7% (n=16) en pacientes eutróficos que se encuentra en una clasificación tipo C+, mientras que el 6.7% (n=1) de los pacientes con sobrepeso pertenecen a la clasificación tipo E, respecto al nivel socioeconómico

Tabla 7.*Diferencias entre el diagnóstico nutricional con la edad.*

	Edad		
	Media	DE	p*
Bajo peso	8.62	2.13	.206
Eutrófico	9.14	1.98	
Sobrepeso	10.20	1.64	
Obesidad	9.80	2.28	

*Se tomo en cuenta significativo un p valor menor a 0.05 para la prueba estadística de ANOVA de un factor.

El promedio de edad para los pacientes de bajo peso fue de 8.62 años (± 2.13), con eutrofia fue de 9.14 años (± 1.98), con sobrepeso 10.20 años (± 1.64) y obesidad de 9.80 años (± 2.28). Por lo cual no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estas variables ($p=.206$).

Tabla 8.*Diferencias entre el diagnóstico nutricional con el número de hermanos.*

	Número de hermanos		
	Media	DE	p*
Bajo peso	2.75	2.43	.088
Eutrófico	1.46	1.27	
Sobrepeso	1.40	1.05	
Obesidad	2.00	.70	

*Se estimo significativo un p valor menor a 0.05 para la prueba estadística de ANOVA de un factor.

En la tabla 8 se observa que el promedio de hermanos para los pacientes de bajo peso fue de 2.75 (± 2.43), con eutrofia fue de 1.46 (± 1.27), con sobrepeso 1.40 (± 1.05) y con obesidad 2.00 ($\pm .70$). Por lo cual no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estas variables ($p=.088$).

Tabla 9.*Diferencias entre el diagnóstico con el nivel socioeconómico.*

	Nivel socioeconómico		
	Media	DE	p*
Bajo peso	157.50	28.46	.050
Eutrófico	165.67	34.18	
Sobrepeso	177.26	49.80	
Obesidad	123.80	29.40	

*Se consideró significativo un p valor menor a 0.05 para la prueba estadística de ANOVA de un factor.

En la tabla 9 se analizó que el nivel socioeconómico promedio de los pacientes con bajo peso fue de 157.50(\pm 28.46), con eutrofia fue de 165.67 (\pm 34.18), con sobrepeso fue de 177.26 (\pm 49.80), con obesidad 123.80 (\pm 29.40). Por lo cual se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estas variables ($p=.050$).

DISCUSIÓN

La prevalencia de sobrepeso y obesidad encontradas en este estudio fueron de 19,5% y 6.5%, mayores en sobrepeso y menores en obesidad a las encontradas en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT 2018) donde las prevalencias para el Estado de México de sobrepeso y obesidad fueron 17.8 y 20.5% respectivamente (suma de sobrepeso y obesidad, 38.3%), en niños de edad escolar (INSP, 2018).

Según la encuesta antes mencionada, la prevalencia de inseguridad alimentaria, en cualquiera de sus categorías, fue de 54.5%: 27.5% en inseguridad leve, 18.6% en inseguridad moderada y 8.4% en inseguridad severa, se observó más tendencia hacia una mayor proporción de hogares en inseguridad alimentaria en las áreas rurales que en áreas urbanas (INSP, 2018). En un estudio que se realizó, se halló que la inseguridad alimentaria en México, relacionada con las dimensiones del acceso y consumo de alimentos que nos dice que, en los niños, el estado de nutrición es el resultado del acceso a diversos alimentos a precios asequibles, ricos en nutrientes; de prácticas óptimas de lactancia y alimentación complementaria, del acceso a servicios adecuados de salud y un medio ambiente saludable. Cuando uno de estos factores no se cumple, el estado de nutrición se ve comprometido (INSP, 2018)

Por lo anterior mencionado, se considera relevante que tanto la seguridad alimentaria como la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en etapas futuras de los niños, debe ser de suma importancia en el ámbito social, psicológico, político y económico. Es necesario realizar más estudios para poder determinar el por qué de las elecciones alimentarias de las familias y sus integrantes, pues se estima que el consumo de alimentos procesados, ultra-procesados, refinados y/o con aditivos, se hace con base en la economía de las familias, es decir, entre más barato sea un alimento y más calorías pueda aportar a quien lo consume, será más fácil y rápidamente elegido por las personas antes que buscar alimentos nutritivos que deban prepararse, lavarse o desinfectarse; lo cual se confirmó durante las consultas en línea al momento de realizar la evaluación dietética de los pacientes tras la revisión de su perfil de dieta habitual o su recordatorio de 24 horas, incluso algunos padres de familia refirieron, que en algunas ocasiones, buscaban alimentos rápidos de preparar para que el niño realizará con más tiempo sus actividades diarias o por cuestiones de trabajo de los mismos padres.

Es importante, como se mencionó antes, resaltar y favorecer la prevención de enfermedades crónicas, a través de la implementación de estilos de vida saludables tales como la alimentación

saludable y nutritiva, la realización de actividad física adecuada (al menos 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada según recomendaciones de la OMS), así como una buena hidratación, pues sabemos que México es de los primeros lugares en el consumo de bebidas azucaradas, dato que se confirma en la información que ofrece la ENSANUT 2018. Hoy en día, y gracias a la situación de la pandemia, los niños están más expuestos a pasar más horas sin realizar actividades físicas que favorezcan su salud, por el contrario, pueden pasar más horas frente a una pantalla (ya sea televisor, computadora, Tablet, dispositivo móvil, etc.); pues la era digital está permeando en cada ámbito de nuestra vida, y en este sentido, la promoción a la salud también debe adecuarse y adaptarse a estas nuevas tecnologías y formas de comunicación, de tal forma que usar los medios digitales sirvan no solo para el entretenimiento de los menores, sino también para el cuidado de su salud física, mental y social.

CONCLUSIÓN

La relación entre un nivel socioeconómico bajo y el diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños es evidente puesto que al tener ingresos bajos limita a la población a comprar alimentos de calidad nutrimental, lo que provoca malnutrición a los niños con bajo nivel socioeconómico. Aunado a este problema generalmente estas personas tienen poco acceso a servicios de salud, lo que los limita a llevar una evaluación médica y nutricional continua.

REFERENCIAS

- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2018). Resultados Estado de México. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/Resultado_Entidad_EdoMex.pdf
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2018-19). Resultados nacionales. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. (2016). Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015. Salud y Nutrición. <https://www.unicef.org/mexico/salud-y-nutrici%C3%B3n>
- Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. (2016). Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015. Sobrepeso y obesidad. <https://www.unicef.org/mexico/sobrepeso-y-obesidad-en-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-y-adolescentes>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Obesidad y sobrepeso. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Perez A. Cruz M. (2020). Situación actual de la obesidad infantil en México. *Nutr. Hosp*, 36(2); 463-469.
- Shaham - Levy T, Mundo V, Rivera J. (2014). La magnitud de la inseguridad alimentaria en México: su relación con el estado de nutrición y con factores socioeconómicos. *Salud Publica Mex* 2014;56 supl 1:S79-S85