



---

**Universidad de Valladolid**

**UVa**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
GRADO EN MEDICINA

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

# **COMPARATIVA DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE DOS ZONAS DE SALUD**

Alumna: Fátima García García

Tutor: Ana María Alonso Rubio

VALLADOLID, mayo de 2025

## ÍNDICE

|                                                                            |           |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. RESUMEN Y ABSTRACT .....</b>                                         | <b>2</b>  |
| <b>2. INTRODUCCIÓN O ACTUALIZACIÓN DEL TEMA .....</b>                      | <b>5</b>  |
| 2.1. Sobrepeso y obesidad en la infancia. Diagnóstico. Tablas.....         | 5         |
| 2.2. Prevalencia de sobrepeso y obesidad. España y a nivel mundial.....    | 7         |
| 2.3. Factores de riesgo para el sobrepeso y obesidad en la infancia.....   | 8         |
| 2.4. Consecuencias derivadas del sobrepeso. Estrategias de prevención..... | 9         |
| <b>3. JUSTIFICACIÓN .....</b>                                              | <b>10</b> |
| <b>4. OBJETIVOS.....</b>                                                   | <b>10</b> |
| <b>5. POBLACIÓN Y MÉTODOS .....</b>                                        | <b>10</b> |
| <b>6. RESULTADOS .....</b>                                                 | <b>12</b> |
| <b>7. DISCUSIÓN .....</b>                                                  | <b>16</b> |
| <b>8. CONCLUSIÓN .....</b>                                                 | <b>18</b> |
| <b>9. BIBLIOGRAFÍA.....</b>                                                | <b>19</b> |
| <b>10. ANEXOS.....</b>                                                     | <b>21</b> |
| ANEXO 1.- Dictamen favorable del comité de ética .....                     | 21        |
| ANEXO 2.- Hoja de recogida de datos .....                                  | 23        |

## 1. RESUMEN Y ABSTRACT

**Introducción.** El sobrepeso y la obesidad son problemas prevalentes en la infancia, pueden ser signo indirecto del ambiente sociocultural y económico que rodea al niño. En este sentido sería interesante analizarlos en dos poblaciones de zonas básicas de salud socioeconómicamente distintas y saber cuándo comienzan estas entidades para conseguir un diagnóstico a tiempo de prevenir consecuencias a largo plazo.

**Objetivos.** Describir edad de comienzo de sobrepeso y obesidad, así como tiempo medio en que se mantienen con este diagnóstico, en los niños y niñas del centro de salud Parque Alameda-Covaresa y del centro de salud Delicias II, así como la prevalencia de estas dos patologías y determinar si existe relación con la prematuridad, la lactancia materna y el número de revisiones antes y después del diagnóstico.

**Población y métodos.** He realizado un estudio descriptivo retrospectivo incluyendo los niños con diagnóstico de sobrepeso y obesidad del C.S. Delicias II (106 pacientes) y C.S. Parque Alameda-Covaresa (115 pacientes). La recogida de datos se realizó revisando las historias clínicas del programa informático Medora y se analizaron posteriormente según SPSS.

**Resultados.** La edad de aparición de sobrepeso/obesidad en el C.S. Parque Alameda-Covaresa es a los 4,85 años ( $DS \pm 2,91$ ) mientras que en el C.S. Delicias II a los 5,31 años ( $DS \pm 2,93$ ). La prevalencia de sobrepeso/obesidad en el C.S. Delicias II es de 4,8% y de obesidad de 4,56% mientras que en el C.S. Parque Alameda-Covaresa es de un 6% y de un 4,15%, respectivamente. Hay un mayor porcentaje de niños en sobrepeso (60,2%) que de niñas (39,4%), con un tiempo medio en sobrepeso similar, siendo de 43,58 meses en el C.S. Delicias II y de 45,38 meses en el C.S. Parque Alameda-Covaresa. Existe una relación significativa alta (0,876) entre la edad de inicio de sobrepeso y la edad de inicio de obesidad. Nos encontramos con una correlación negativa (-0,413) entre la edad del primer episodio de sobrepeso/obesidad y la duración total de episodios ( $p < 0,05$ ). Ambas poblaciones presentan diferente prevalencia de lactancia materna exclusiva 6 meses de 17% (C.S. Parque Alameda-Covaresa) y 14% (C.S. Delicias II).

**Conclusiones.** No existen diferencias en cuanto a la edad media de diagnóstico del sobrepeso en los diferentes centros de salud. Tampoco hay diferencias entre ambos centros de salud en cuanto a porcentaje de sobrepeso/obesidad, la duración de esta

situación o la edad de diagnóstico, aunque sigue existiendo mayor porcentaje de obesidad en varones. Sería recomendable en ambas zonas comenzar antes de los 5 años programas desde atención primaria para prevenir la obesidad infantil y realizar un seguimiento adecuado a los que ya han sido diagnosticados. Cuantas más visitas previas se realicen, más tarda en aparecer la patología.

**Palabras clave.** Sobrepeso/obesidad, edad de inicio, lactancia materna, prematuridad, revisiones antes y después del diagnóstico.

**Abstract.** Overweight and obesity are prevalent problems in childhood; they can be an indirect sign of the child's sociocultural and economic environment. In this regard, it would be interesting to analyze them in two populations from socioeconomically distinct primary health care areas and determine when these conditions begin in order to obtain a timely diagnosis and prevent long-term consequences.

**Objectives.** To describe the age at which overweight and obesity begin, as well as the average duration of this diagnosis, in children at the Covaresa Health Center and the Delicias Health Center. The prevalence of these two conditions is also determined. To determine whether there is a relationship between these conditions and prematurity, breastfeeding, and the number of checkups before and after diagnosis.

**Population and methods.** I conducted a retrospective descriptive study including children diagnosed with overweight and obesity from the Delicias II Hospital (106 patients) and Parque Alameda-Covaresa Hospital (115 patients). Data were collected by reviewing medical records using the Medora software program and subsequently analyzed using SPSS.

**Results.** The age of onset of overweight/obesity in the Parque Alameda-Covaresa Health Centre is 4.85 years ( $SD \pm 2.91$ ), while in the Delicias II Health Centre it is 5.31 years ( $SD \pm 2.93$ ). The prevalence of overweight/obesity in the Delicias II Health Centre is 4.8% and that of obesity is 4.56%, while in the Parque Alameda-Covaresa Health Centre it is 6% and 4.15%, respectively. There is a higher percentage of overweight boys (60.2%) than girls (39.4%), with a similar average time of overweight, being 43.58 months in the Delicias II Health Centre and 45.38 months in the Parque Alameda-Covaresa Health Centre. There is a significant relationship (0.876) between the age at which overweight began and the age at which obesity began. A negative correlation (-0.413) was found between the age at which overweight/obesity first occurred and the

total duration of the episode ( $p<0.05$ ). Both populations had a different prevalence of exclusive breastfeeding at 6 months of 17% (C.S. Parque Alameda-Covaresa) and 14% (C.S. Delicias II).

**Conclusions.** There are no differences in the average age at which overweight is diagnosed in the different health centers. There are also no differences between the two health centers in terms of the percentage of overweight/obesity, the duration of this condition, or the age at which it is diagnosed, although the percentage of obesity continues to be higher in boys. In both areas, it would be advisable to begin primary care programs before the age of 5 to prevent childhood obesity and to provide adequate follow-up for those already diagnosed. The more visits are made prior to diagnosis, the longer it takes for the condition to appear.

**Keywords:** Overweight/obesity, age at onset, breastfeeding, prematurity, pre- and post-diagnosis checkups

#### Listado de abreviaturas

- C.S.: Centro de salud
- SPSS: Statistical Package for the Social Sciences (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales)
- DS: Desviación estándar
- IMC: Índice de masa corporal
- CC: Composición corporal
- CDC: Centers for Disease Control and Prevention (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades)
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- ALADINO: Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad
- p: valor estadístico p
- Estudio LAyDI: Estudio sobre Lactancia y Desarrollo Infantil

## 2. INTRODUCCIÓN O ACTUALIZACIÓN DEL TEMA

### 2.1. Sobrepeso y obesidad en la infancia. Diagnóstico. Tablas.

Actualmente el sobrepeso y la obesidad infantil son un problema de salud creciente en la sociedad actual y uno de los principales desafíos que se encuentran en las consultas de pediatría, ya que, son considerados los problemas nutricionales más frecuentes en los países industrializados.

El sobrepeso infantil se produce por un exceso de tejido adiposo y en esta etapa de la vida se diagnostica cuando el IMC del paciente está por encima del p85 según su peso y edad, este exceso de peso puede condicionar la aparición de diferentes enfermedades. El referido aumento de peso puede dar lugar a la aparición de obesidad, que se diagnostica cuando el niño tiene un IMC superior al p95. La obesidad es un factor de riesgo para múltiples patologías metabólicas, cardiovasculares y endocrinas, además de poder tener una repercusión importante en la salud mental y social del niño, por lo que el seguimiento en las consultas de pediatría será de gran importancia en estos pacientes (1).

Para llevar a cabo una correcta valoración existen diferentes medios entre los que se encuentran la historia clínica y nutricional, la exploración física, la valoración antropométrica, la valoración de la Composición Corporal (CC), las exploraciones analíticas y la realización de los requerimientos energéticos, todo esto habrá que realizarlo tomando como referencia los percentiles y los requerimientos propios de cada paciente en función de su sexo y edad (2). En España se utilizan diferentes gráficas que han sido obtenidas a través de los siguientes estudios:

1. Estudio longitudinal de crecimiento 1978/2000 (3). Gráficas de referencia para IMC.
2. El estudio de Hernández-Sobradillo de la Fundación Orbegozo. 2004 y 2009 (3) (4).
3. Estudio transversal español de crecimiento 2010. Carrascosa 2010- Fernández 2011. Gráficas de referencia para talla (3).
4. Estudio longitudinal de crecimiento 2017. Carrascosa. Gráficas de referencia para estudio de talla en niños según ritmo de desarrollo puberal (5).

A nivel internacional se tienen como referencia las gráficas obtenidas de los siguientes estudios:

1. Estudio de CDC. Publicado en el año 2000.
2. El estudio europeo Eurogrowth. Publicado en el año 2000.
3. Los estudios de la OMS publicados en 2006 y 2007. Actualmente son las utilizadas para el seguimiento durante los dos primeros años de vida (6).

Actualmente no se encuentran diferencias significativas entre niños de diferentes comunidades autónomas de España por lo que se pueden utilizar estas gráficas de manera homogénea en todo el país. Sin embargo, debido a la inmigración actual sí que en un futuro puede haber cambios, por lo que se aconseja actualizar cada 10 años las gráficas de crecimiento (7).

Las medidas antropométricas como pueden ser el peso, la talla y el índice de masa corporal (IMC), pueden ser modificadas por diferentes factores como los genéticos del propio individuo, ambientales y los socioeconómicos, tanto en el ámbito escolar, comunitario y familiar (8). En las consultas de atención primaria debemos valorar si el crecimiento infantil es adecuado ya que es un indicador sensible asociado al estado de salud del niño. Actualmente, se ha visto en numerosos estudios que desde hace unas décadas la población pediátrica ha tenido una aceleración secular del peso y la talla, por lo que los estudios transversales son más representativos y de mayor utilidad que los longitudinales debido a que los primeros tienen una muestra mayor de sujetos por lo que la muestra va a ser más extrapolable a la población, además estos se realizan en un menor periodo de tiempo, por lo que son más actuales, detectando mejor los cambios que pueden estar ocurriendo en la población. También es importante mencionar que con los estudios transversales tenemos una mayor representatividad y precisión en el caso de los percentiles extremos.

Las curvas de velocidad de crecimiento van a ser útiles para patología endocrinológica o sistémica que produzca una alteración en el crecimiento. Para el diagnóstico de la obesidad infantil se usan las gráficas de estudios longitudinales, principalmente Orbegozo. El diagnóstico de esta patología va a ser fundamentalmente clínico, pero el uso de estas gráficas puede ayudar a precisar aún más y ver la asociación que hay entre el grado de obesidad y sus posibles complicaciones a corto, medio y largo plazo. De la misma manera, estas gráficas también se pueden utilizar para valorar el caso opuesto, cuando el paciente presenta un peso bajo que no es adecuado para su edad (7).

## 2.2. Prevalencia de sobrepeso y obesidad. España y a nivel mundial.

La prevalencia de la obesidad ha experimentado un crecimiento acelerado en las últimas décadas, afectando a todas las edades y regiones del mundo. En el caso concreto de la población pediátrica, diversos estudios recientes han mostrado una cierta estabilización en las tasas de sobrepeso y obesidad. Sin embargo, esta tendencia general presenta excepciones, como el aumento observado en niñas de entre 10 y 15 años, donde los niveles de obesidad continúan en ascenso.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia actual de sobrepeso infantil se sitúa en el 33,7% en niños y el 26% en niñas, mientras que la de obesidad alcanza el 13,4% y 7,9%, respectivamente (9). Estas cifras son especialmente relevantes en el grupo de edad comprendido entre los 6 y 9 años, con una mayor incidencia en las comunidades autónomas del sur de España, lo que podría estar relacionado con diferencias sociodemográficas y económicas entre el norte y el sur del país. En España el porcentaje de sobrepeso en niños de entre 2 y 17 años es del 10,3%, las comunidades con mayor prevalencia en menores son Ceuta (18%), Región de Murcia (14,2%) y Andalucía (12,5%), mientras que las que tienen una menor prevalencia son Navarra (1,4%), Aragón (2,5%) y Cantabria (2,6%), observándose una clara diferencia entre el norte y sur de España (10).

A nivel internacional, el *quinto Atlas Mundial de la Obesidad*, publicado en 2023, advierte que el impacto de esta patología continuará en aumento durante los próximos años. Según este documento, en 2024 se estimaba que unos 35 millones de niños menores de cinco años presentaban sobrepeso. Además, en el grupo de niños con edades comprendidas entre los 5 y 19 años, aproximadamente 390 millones de menores tenían exceso de peso, de los cuales 160 millones ya cumplían los criterios diagnósticos de obesidad. Estas cifras ponen de manifiesto que la tendencia identificada en España no constituye un caso aislado, sino que se enmarca dentro de una problemática global que demanda acciones urgentes desde los sectores sanitario, educativo y social (9)(11)(12). En el contexto español, esta situación se evidencia claramente en los hallazgos del Estudio ALADINO 2023, el cual analizó el estado nutricional de niños de entre 6 y 9 años. Según este informe, la prevalencia de sobrepeso fue del 20,2 % y la de obesidad alcanzó el 15,9 %. Aunque los valores siguen siendo preocupantes, se aprecia una reducción respecto a los datos del Estudio ALADINO 2019, que indicaban una prevalencia de sobrepeso del 23,3 % y de obesidad del 17,3 % (13)(14).

### 2.3. Factores de riesgo para el sobrepeso y obesidad en la infancia.

Las intervenciones que se realizan a una edad más temprana son más coste-efectivas (15) (16).

Se ha demostrado que hay una relación entre el nivel socioeconómico existente en el ámbito familiar con el desarrollo del niño. En diferentes estudios se ha visto una correlación en la cual los niños de familias con una renta per cápita más baja tenían un mayor nivel de obesidad que en los de familias con una renta mayor, además de la renta también influyen el grado de estudios de los progenitores, teniendo un IMC normal la mayoría de los niños con padres con estudios universitarios y superiores (8). Esto está relacionado con unos peores hábitos dentro del ámbito familiar, ya que la alimentación es menos variada y se realiza actividad física en menor medida, además, existen centros educativos en los que se ofrecen una mayor cantidad de actividades dentro del centro, gimnasio y comida de mejor calidad, siendo normalmente estos, los colegios a los que pueden acceder familias con unas rentas mayores. Una forma útil para ver si hay diferencias significativas en el ámbito económico es ver el código postal en el que reside el niño, ya que el lugar de la vivienda es un indicador socioeconómico que influye en el acceso y uso de los recursos sanitarios y en la morbilidad. En un estudio realizado en la ciudad de Sevilla se determinó que los niños que residían en zonas con una renta más baja tendían a tener ingresos hospitalarios a una edad más temprana y con una mayor urgencia que los niños de zonas con un mayor nivel socioeconómico. La relación de estos ingresos con la causa de éste sigue un patrón según la zona de procedencia dentro de la ciudad. Además, la mortalidad también es mayor en estas zonas de menores recursos, tanto en la etapa neonatal como en la infancia. En la etapa neonatal esto se puede deber a un menor acceso al sistema sanitario en etapas tempranas del embarazo, pudiendo retrasarse el diagnóstico de diferentes anomalías congénitas y de un retraso del crecimiento intrauterino (17) (18).

Es importante detectar estas posibles desigualdades ya que esto tendrá consecuencias en la edad adulta, por lo que, si la exposición a estos factores perjudiciales se inicia en una etapa más temprana del desarrollo, los efectos son más importantes y en ocasiones pueden llegar a ser irreversibles. Habrá consecuencias tanto a nivel cognitivo como un crecimiento disminuido en la primera infancia (19).

La privación emocional se produce por una estimulación deficiente tanto a nivel familiar, siendo este ámbito el más influyente, como en el colegio y en la comunidad. En diferentes estudios se ha visto una correlación con la forma en la que tienen estos niños de resolver y gestionar diferentes experiencias emocionales, en los que se aprecia una

baja capacidad de resiliencia y una regulación emocional inadecuada, además de una alteración en el correcto desarrollo ponderoestatural (20) (21).

Otro de los problemas actuales, es el acceso en la infancia temprana a las pantallas y dispositivos electrónicos, en números estudios se ha visto una relación de un mayor IMC y alteración en el desarrollo normal a una mala utilización de estos dispositivos, ya que favorecen el sedentarismo y una disminución del ejercicio físico, habiendo consecuencias tanto a nivel corporal como a nivel neurocognitivo, ya que disminuye la capacidad de concentración y el desarrollo neurosensorial (22).

#### 2.4. Consecuencias derivadas del sobrepeso. Estrategias de prevención

Los niños y niñas que presentan un índice de masa corporal (IMC) elevado para su edad y sexo se encuentran en mayor riesgo de desarrollar numerosas patologías crónicas, entre las que se incluyen la diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, asma, apnea obstructiva del sueño, alteraciones ortopédicas y enfermedades cardiovasculares. Asimismo, se ha identificado una asociación significativa entre la obesidad infantil y el aumento del riesgo de padecer determinados tipos de cáncer (12) (1).

Además de las repercusiones físicas, las consecuencias psicosociales son especialmente relevantes a corto plazo. Los menores con exceso de peso pueden experimentar aislamiento social, disminución de la autoestima y síntomas de ansiedad o depresión, motivados por el temor a la discriminación, el estigma o el rechazo por parte de sus iguales. Estos factores pueden comprometer gravemente su bienestar emocional y su desarrollo integral durante etapas críticas de crecimiento (1).

A largo plazo puede tener repercusiones futuras en la vida adulta del niño, por lo que el control del peso en la infancia es de vital importancia. Con este objetivo, en las consultas de atención primaria no solo es necesario llevar un control regular del peso y la estatura, sino también fomentar hábitos de vida saludables. Esto implica incentivar una alimentación basada en el modelo de dieta mediterránea, dando prioridad al consumo de frutas y verduras, así como promover la práctica constante de actividad física. Se ha visto en el estudio ALADINO 2023 que los niños con sobrepeso y obesidad consumen una menor cantidad de fruta y verdura que los que se encuentran en normopeso, y, por el contrario, este último grupo de pacientes son los que más abusan de las comidas precocinadas, por lo que es de especial importancia abordar este problema desde la dieta y el día a día de los pacientes (23) (13).

### **3. JUSTIFICACIÓN**

El sobrepeso y la obesidad son problemas prevalentes en la infancia con comorbilidad grave y crónica a largo plazo. También pueden verse afectadas por otras patologías, o puede ser signo indirecto del ambiente sociocultural y económico que rodea al niño. En este sentido sería interesante analizar cómo se comportan dos poblaciones de zonas básicas de salud socioeconómicamente distintas. Saber cuándo comienzan estas entidades, consiguiendo un diagnóstico precoz, puede conseguir implementar estrategias de prevención tempranas o tratamiento para evitar consecuencias a largo plazo.

### **4. OBJETIVOS**

#### **Objetivo principal**

- Describir edad de comienzo de sobrepeso y obesidad, así como tiempo medio en que se mantienen con este diagnóstico, en los niños y niñas del centro de salud Parque Alameda-Covaresa y del centro de salud Delicias.

#### **Objetivos secundarios**

- Describir prevalencia de sobrepeso y obesidad según centro de salud y diferencias por sexo.
- Describir si existe relación entre la edad de inicio de sobrepeso y obesidad y antecedentes como prematuridad, lactancia materna exclusiva 6 meses.
- Describir si existe relación entre el número de revisiones previas al diagnóstico de sobrepeso y obesidad y la edad de inicio, así como la relación entre el tiempo en sobrepeso y el número de revisiones posteriores al diagnóstico.

### **5. POBLACIÓN Y MÉTODOS**

He realizado un estudio descriptivo retrospectivo en la población de dos consultas de dos pediatras perteneciente al C.S. Delicias II (2173 pacientes) y dos pediatras pertenecientes al C.S. Parque Alameda-Covaresa (1924 pacientes). Para ello recogí datos de niños de edades menores a los 14 años pertenecientes al Centro de Salud Parque Alameda – Covaresa y al Centro de Salud Delicias II diagnosticados de sobrepeso u obesidad como proceso clínico en las historias clínicas del programa

informático Medora. Las variables fueron recogidas en una tabla de Excel desde la que se exportaron al programa estadístico SPSS para realizar su análisis. Las poblaciones a comparar son distintas desde el punto de vista socioeconómico con una renta media de 26.913 euros en el barrio de Parque Alameda-Covaresa y de 19.214 euros en el barrio de Delicias.

Aspectos éticos: El proyecto fue aprobado por el Comité de ética de las áreas de Valladolid con dictamen favorable (ANEXO 1) a fecha de 12 de febrero de 2025.

Análisis estadístico: Las variables cuantitativas que presentaron una distribución normal ( $p > 0,05$  en la prueba de Kolmogorov-Smirnov) fueron descritas mediante la media  $\pm$  desviación estándar (DE). En el caso de las variables cualitativas, se representaron mediante tablas de frecuencias absolutas y relativas, expresadas en porcentajes. Para analizar la relación entre variables categóricas, se aplicó la prueba Chi-cuadrado de Pearson con test exacto de Fisher. Previamente, se incluyeron tablas de contingencia con las frecuencias y porcentajes correspondientes. Para la comparación de dos medias emparejadas, se empleó la prueba t de Student para muestras relacionadas. Finalmente, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple con el objetivo de explorar la relación entre las variables independientes y dependientes.

#### Limitaciones y sesgos

Como trabajo retrospectivo, han faltado datos a recoger en cuanto a edad gestacional o meses de lactancia materna en algunos pacientes porque no figuraban recogidos en las historias informatizadas. La selección de pacientes se ha realizado desde el diagnóstico de sobrepeso u obesidad. Podría ser posible que existan niños de dichos cupos a los que, cumpliendo criterios de sobrepeso, no se haya diagnosticado como proceso clínico con dicho diagnóstico, por lo que podríamos estar infradiagnosticando la enfermedad. También es posible que ciertos pacientes no acudan a las revisiones pautadas para poder recoger datos somatométricos.

Las mismas zonas de salud que se comparan, pueden tener barrios con distintas características socioeconómicas dentro de la misma zona.

Hay pacientes que se han dejado de seguir porque cumplen 14 años y pasan a adultos o abandonan las revisiones por lo que infravaloraríamos el tiempo en sobrepeso y obesidad.

## 6. RESULTADOS

Se han recogido datos de un total de 221 pacientes, de los cuales 106 pertenecen al Centro de Salud de Delicias II y 115 al Centro de Salud Parque Alameda-Covaresa.

El número total de niños en las consultas a estudio del C.S. Delicias II es de 2173 niños por lo que la prevalencia de sobrepeso/obesidad en esta consulta es de 4,8% y de obesidad de 4,56%, mientras que en el C.S. Parque Alameda-Covaresa hay un cupo en las consultas a estudio de 1924 niños por lo que la prevalencia de sobrepeso/obesidad en esta es de 6% y de obesidad de 4,15%.

Solo la variable peso al nacimiento sigue una distribución normal mediante la prueba de Kolmogorov Smirnov. La media del peso al nacimiento es de 3,309 kg ( $DS \pm 0,546$ ).

|                 |                         |                      | SEXO   |        |        | Total  |
|-----------------|-------------------------|----------------------|--------|--------|--------|--------|
|                 |                         |                      | hombre | mujer  | n      | hombre |
| CENTRO DE SALUD | Delicias II             | Recuento             | 64     | 41     | 1      | 106    |
|                 |                         | % de CENTRO DE SALUD | 60,4%  | 38,7%  | ,9%    | 100,0% |
|                 |                         | % de SEXO            | 48,1%  | 47,1%  | 100,0% | 48,0%  |
|                 |                         | % del total          | 29,0%  | 18,6%  | ,5%    | 48,0%  |
|                 | Parque Alameda-Covaresa | Recuento             | 69     | 46     | 0      | 115    |
|                 |                         | % de CENTRO DE SALUD | 60,0%  | 40,0%  | ,0%    | 100,0% |
|                 |                         | % de SEXO            | 51,9%  | 52,9%  | ,0%    | 52,0%  |
|                 |                         | % del total          | 31,2%  | 20,8%  | ,0%    | 52,0%  |
| Total           |                         | Recuento             | 133    | 87     | 1      | 221    |
|                 |                         | % de CENTRO DE SALUD | 60,2%  | 39,4%  | ,5%    | 100,0% |
|                 |                         | % de SEXO            | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
|                 |                         | % del total          | 60,2%  | 39,4%  | ,5%    | 100,0% |

**Tabla 1.** Distribución de los participantes por sexo y centro de salud.

En la tabla 1 del total de pacientes a estudio, hay mayor porcentaje de sobrepeso en hombres, 133 (60,2%), respecto a 87 (39,4%) que son mujeres. Las poblaciones son similares en cuanto a distribución por sexo según la prueba de chi cuadrado ( $p 0,574$ ).

Un total de 15 prematuros entraron en el estudio, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre una población y otra según prematuridad ( $p 0,142$ ). Respecto a la lactancia materna, se determinó que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la muestra del C.S. Delicias II, un 13,2% tuvieron lactancia materna exclusiva, mientras que en el C.S. Parque Alameda-Covaresa 17,4% ( $p 0,018$ ). (Tabla 2)

|                    |                         |                                                | LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA<br>6 MESES |        |        | Total  |
|--------------------|-------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|--------|--------|--------|
|                    |                         |                                                |                                        | no     | sí     |        |
| CENTRO DE<br>SALUD | Delicias II             | Recuento                                       | 37                                     | 55     | 14     | 106    |
|                    |                         | % de CENTRO DE<br>SALUD                        | 34,9%                                  | 51,9%  | 13,2%  | 100,0% |
|                    |                         | % de LACTANCIA<br>MATERNA EXCLUSIVA<br>6 MESES | 39,4%                                  | 59,1%  | 41,2%  | 48,0%  |
|                    |                         | % del total                                    | 16,7%                                  | 24,9%  | 6,3%   | 48,0%  |
|                    | Parque Alameda-Covaresa | Recuento                                       | 57                                     | 38     | 20     | 115    |
|                    |                         | % de CENTRO DE<br>SALUD                        | 49,6%                                  | 33,0%  | 17,4%  | 100,0% |
|                    |                         | % de LACTANCIA<br>MATERNA EXCLUSIVA<br>6 MESES | 60,6%                                  | 40,9%  | 58,8%  | 52,0%  |
|                    |                         | % del total                                    | 25,8%                                  | 17,2%  | 9,0%   | 52,0%  |
| Total              |                         | Recuento                                       | 94                                     | 93     | 34     | 221    |
|                    |                         | % de CENTRO DE<br>SALUD                        | 42,5%                                  | 42,1%  | 15,4%  | 100,0% |
|                    |                         | % de LACTANCIA<br>MATERNA EXCLUSIVA<br>6 MESES | 100,0%                                 | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
|                    |                         | % del total                                    | 42,5%                                  | 42,1%  | 15,4%  | 100,0% |

**Tabla 2.** Distribución de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses según el centro de salud.

En el C.S. Delicias II los niños a estudio comenzaron con sobrepeso a una edad media de 5,31 años ( $DS \pm 2,93$ ), mientras que en el C.S. Parque Alameda-Covaresa a los 4,85 años ( $DS \pm 2,91$ ). Por otra parte, el primer episodio de obesidad se diagnostica en el primero a la edad media es de 6,25 años ( $DS \pm 3,28$ ), mientras que en el segundo a los 5,68 años ( $DS \pm 3,24$ ). (Tabla 3)

|                             | CENTRO DE SALUD         | N   | Media  | Desviación típ. | Error típ. de la media |
|-----------------------------|-------------------------|-----|--------|-----------------|------------------------|
| Edad de inicio de sobrepeso | Delicias II             | 35  | 5,3143 | 2,93830         | ,49666                 |
|                             | Parque Alameda-Covaresa | 76  | 4,8553 | 2,91069         | ,33388                 |
| Edad de inicio de obesidad  | Delicias II             | 99  | 6,2525 | 3,28057         | ,32971                 |
|                             | Parque Alameda-Covaresa | 80  | 5,6875 | 3,24756         | ,36309                 |
| TIEMPO CON SOBREPESO        | Delicias II             | 106 | 43,58  | 31,566          | 3,066                  |
|                             | Parque Alameda-Covaresa | 115 | 45,38  | 35,720          | 3,331                  |

**Tabla 3.** Análisis de diferencia de medias de edad en el inicio del sobrepeso y de la obesidad y tiempo en sobrepeso en los diferentes centros de salud.

Entre los dos centros de salud no se han encontrado diferencias tanto para edad de inicio en sobrepeso ( $p$  0,443), como para el primer episodio de obesidad ( $p$  0,251) y del

tiempo que se mantienen los niños en sobrepeso (p 0,693), con una duración de 43,58 meses en el C.S. Delicias II y 45,38 meses en el C.S. Parque Alameda-Covaresa.

Existe una relación significativa alta (0,876) entre la edad de inicio de sobrepeso y la edad de inicio de obesidad.

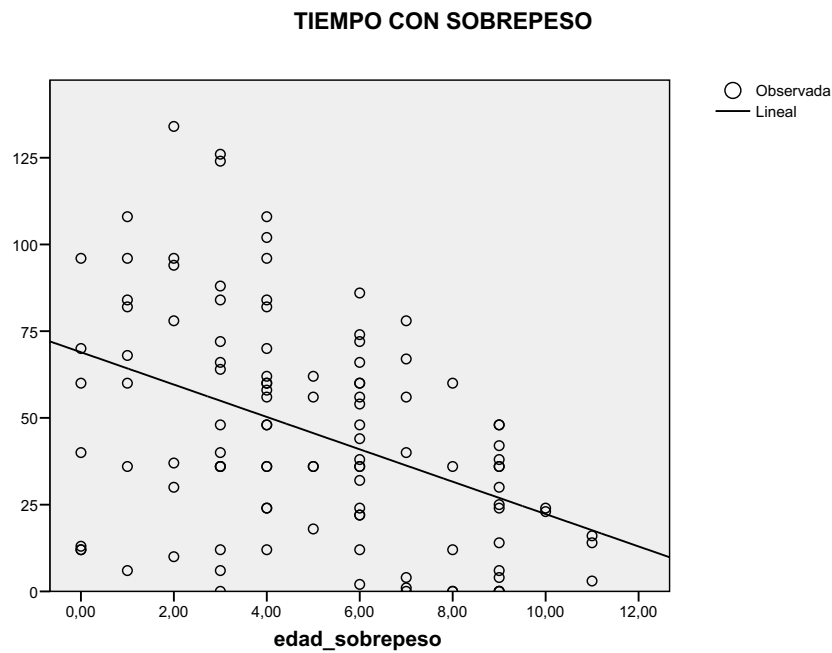
Encontramos una correlación negativa débil (-0,448) entre la edad de diagnóstico de sobrepeso y el número de revisiones que se realizaron después de éste (p<0,05).

También existe una correlación entre el número de revisiones anteriores al diagnóstico de la patología (0,354), aunque la correlación es moderada. (Tabla 4)

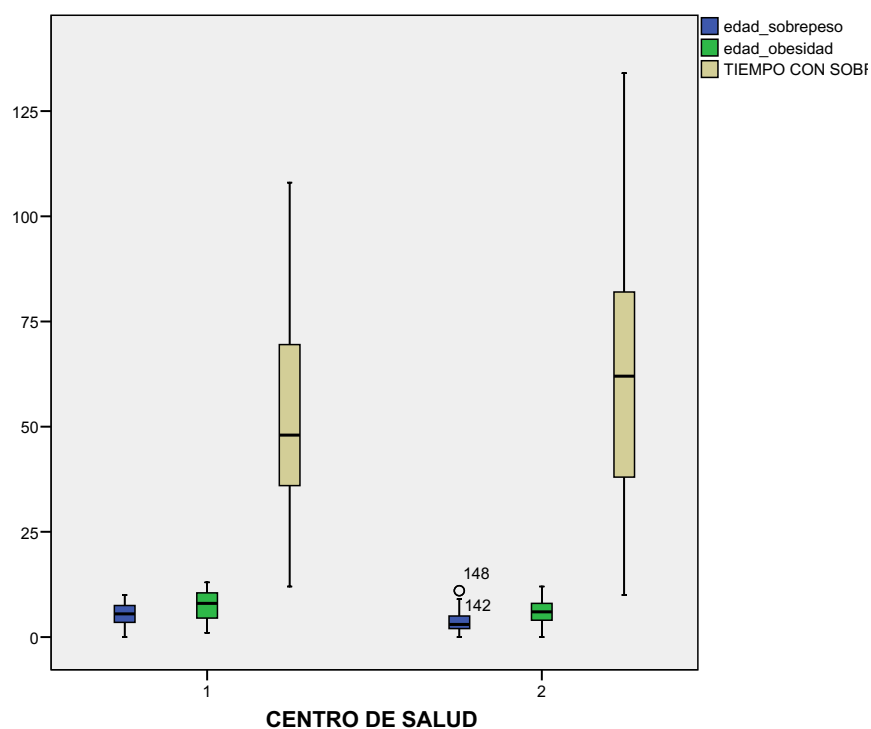
|                 |                                 |                             | Edad de sobrepeso | TIEMPO CON SOBREPESO | Edad de obesidad | Nº DE REVISIONES ANTES DEL DX | Nº DE REVISIONES DESPUÉS DEL DX |
|-----------------|---------------------------------|-----------------------------|-------------------|----------------------|------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Rho de Spearman | Edad de inicio de sobrepeso     | Coefficiente de correlación | 1,000             | -,413(**)            | ,876(**)         | ,354(**)                      | -,448(**)                       |
|                 |                                 | Sig. (bilateral)            | .                 | ,000                 | ,000             | ,000                          | ,000                            |
|                 |                                 | N                           | 111               | 111                  | 69               | 111                           | 111                             |
|                 | TIEMPO CON SOBREPESO            | Coefficiente de correlación | -,413(**)         | 1,000                | -,312(**)        | -,035                         | ,536(**)                        |
|                 |                                 | Sig. (bilateral)            | ,000              | .                    | ,000             | ,606                          | ,000                            |
|                 |                                 | N                           | 111               | 221                  | 179              | 221                           | 221                             |
|                 | Edad de inicio de obesidad      | Coefficiente de correlación | ,876(**)          | -,312(**)            | 1,000            | ,227(**)                      | -,401(**)                       |
|                 |                                 | Sig. (bilateral)            | ,000              | ,000                 | .                | ,002                          | ,000                            |
|                 |                                 | N                           | 69                | 179                  | 179              | 179                           | 179                             |
|                 | Nº DE REVISIONES ANTES DEL DX   | Coefficiente de correlación | ,354(**)          | -,035                | ,227(**)         | 1,000                         | ,068                            |
|                 |                                 | Sig. (bilateral)            | ,000              | ,606                 | ,002             | .                             | ,312                            |
|                 |                                 | N                           | 111               | 221                  | 179              | 221                           | 221                             |
|                 | Nº DE REVISIONES DESPUÉS DEL DX | Coefficiente de correlación | -,448(**)         | ,536(**)             | -,401(**)        | ,068                          | 1,000                           |
|                 |                                 | Sig. (bilateral)            | ,000              | ,000                 | ,000             | ,312                          | .                               |
|                 |                                 | N                           | 111               | 221                  | 179              | 221                           | 221                             |

**Tabla 4.** Correlaciones de Spearman entre edad de inicio de sobrepeso y obesidad, tiempo con sobrepeso y número de revisiones.

Encontramos una correlación negativa (-0,413) entre la edad del primer episodio de sobrepeso/obesidad y la duración total de episodios, que es estadísticamente significativa (p<0,05). (Gráfico 1)



**Gráfico 1.** Diagrama de dispersión entre la edad de diagnóstico de sobrepeso/obesidad y la duración en meses. Correlación negativa -0,413.



**Gráfico 2.** Diagrama de cajas en el que se compara el inicio de sobrepeso/obesidad y la duración del episodio entre el C.S. Delicias II (1) y el C.S. Parque Alameda-Covaresa (2).

Como se observa en el gráfico 2 la edad de inicio y sobrepeso en el C.S Delicias II y C.S. Parque Alameda-Covaresa son similares, así como el tiempo que se encuentran en esta situación los individuos de la muestra. No hay diferencias entre ambos centros de salud respecto a dichas variables ( $p = 0,693$ ).

## 7. DISCUSIÓN

La edad media de inicio de sobrepeso/obesidad en ambos centros de salud es de 5 años, aunque de forma algo más temprana en el C.S. Parque Alameda-Covaresa, con una población con nivel socioeconómico más alto. Sería importante implantar medidas suficientes de prevención en estos centros de salud para evitar esta patología a una edad tan temprana, siendo momentos clave las revisiones de los 2 y 4 años, ya que son las previas al diagnóstico. Estas medidas de prevención deben ir orientadas fundamentalmente a indicarle a los padres cual es la base de la dieta que deben llevar los niños y recomendar la práctica de ejercicio físico diario, así como limitar el tiempo de pantallas (24). En el momento en el que ya ha sido diagnosticado el paciente, habría que realizar un estudio para detectar los posibles hábitos de vida inadecuados que pueden estar causando esta situación. Un ratio adecuado de pediatras, enfermería pediátrica e incluso nutricionistas podría ayudar a revertir la situación (25). En el estudio ALADINO 2023 en el que se estudiaron a niños entre 6 y 9 años, todos ellos ya habían entrado en sobrepeso/obesidad a esta edad, lo que concuerda con nuestro estudio, además de la mayor cronificación de esta patología en niños con familias con una renta inferior (13).

Según nuestro estudio, cuantas más revisiones se realizan en los primeros años de vida de los niños más tarde es el diagnóstico del sobrepeso, esto podría indicar que las revisiones podrían ser útiles para las familias. Cuando ya se ha producido el diagnóstico del sobrepeso hay una mayor cantidad de consultas posteriores. Sin embargo, cuanto antes es el diagnóstico más tiempo permanecen nuestros pacientes en sobrepeso/obesidad, teniendo los episodios una duración media de casi 4 años en las poblaciones de ambos centros de salud. Habría que implantar a nivel individual todas las estrategias para revertir esta situación en un menor tiempo, porque muchos de estos pacientes inician primero el sobrepeso y tras varias consultas la situación sigue empeorando y acaban entrando en obesidad. Parece que se diagnostica un mayor porcentaje de sobrepeso en el C.S. Parque Alameda-Covaresa, donde el nivel socioeconómico es mejor y podría explicarse porque los pacientes frecuentan más el centro de salud produciéndose más fácilmente el diagnóstico.

Por otra parte, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la prematuridad y una relación con la presencia de sobrepeso en edades posteriores en ambos centros de salud, aunque para determinar esto de forma más clara sería necesario saber los datos de los niños y niñas en los que no se conoce si el parto ha

sido a término por falta de registro en la historia clínica de los mismos. Si bien es verdad, en diferentes estudios realizados con un mayor tamaño muestral se ha visto una relación entre el peso al nacimiento y el desarrollo de sobrepeso posterior, de forma que los niños que han tenido un bajo peso al nacer tienen un mayor riesgo de obesidad en la edad adulta, ya que estos menores tienen una mayor masa grasa que masa magra que los que han nacido con un peso adecuado (23) (26).

Hay mayor porcentaje de lactancia materna en los niños y niñas pertenecientes al C.S. Parque Alameda-Covaresa (17,4%), lo que cuadra con la idea de que en zonas con un nivel sociocultural más alto se continua un mayor tiempo con la lactancia materna exclusiva. En los datos publicados por la Agencia Tributaria de la “Estadística de los declarantes del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas de los mayores municipios por código postal 2021” la renta disponible media en el barrio de Parque Alameda-Covaresa fue de 26.913 euros, mientras que en el barrio de Delicias fue de 19.214 euros, por lo que esta diferencia tan marcada nos corrobora que en los barrios que cuentan con un mayor nivel socioeconómico y por lo tanto una renta mayor tienen una lactancia materna exclusiva durante más meses, ya bien sea por una mayor accesibilidad a medios de información, tanto a nivel individual como colectivo, como una mayor cantidad de medios a su alcance para poder continuar durante más tiempo con esta alimentación. De hecho, el porcentaje real de lactancia materna exclusiva 6 meses de todos los niños en el C.S. Parque Alameda-Covaresa es del 43%. El estudio LAYDI fue realizado entre los años 2017 y 2018 y en él se determinó que la duración menor de 6 meses se asocia con un mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad en los años siguientes, lo que corroboraría los resultados que se han determinado en nuestro estudio (27).

De los pacientes con sobrepeso/obesidad 133 (60,2%) son varones y 87 (39,4%) son mujeres, siendo más frecuente en varones. Comparando nuestros resultados con los que arrojan los del Estudio ALADINO 2023, se observa una tendencia a la disminución del sobrepeso en la población infantil masculina durante los últimos años. Sin embargo, esta reducción no se refleja en las niñas. Una posible explicación podría estar relacionada con una mayor práctica de actividad física entre los niños, así como una reducción del exceso de peso principalmente en aquellos pertenecientes a familias con niveles socioeconómicos más elevados (13).

A lo largo del estudio, hemos identificado varios aspectos que podrían mejorarse en la práctica clínica diaria, especialmente en lo referente al registro de información en las

historias clínicas. Uno de los principales sesgos observados ha sido la falta de registro del diagnóstico de sobrepeso y obesidad en los niños, incluso cuando existían signos evidentes de estas condiciones. Esta omisión representa una oportunidad perdida para intervenir de forma temprana y prevenir complicaciones a largo plazo. Además, hemos observado que en muchos casos tampoco se registra información básica, como si el parto fue a término o no, y si el niño recibió lactancia materna exclusiva. Estos datos son esenciales para una evaluación global del desarrollo infantil y para identificar posibles factores de riesgo desde las primeras etapas del desarrollo.

Se necesitan programas eficaces para llevar a cabo en edad preescolar y escolar de cara a evitar el sobrepeso y a revertirlo cuanto antes, y, en caso de diagnosticarlo intentar determinar qué factores tanto individuales como del entorno familiar y escolar pueden estar favoreciendo el desarrollo de esta patología y detectarlas precozmente para poder prevenirlo, independientemente de las condiciones de la zona de intervención. Sería interesante hacer un estudio siguiendo a estos pacientes en etapas posteriores, así como relacionándolo con estilos de vida.

## **8. CONCLUSIÓN**

- No existen diferencias en cuanto a la edad media de diagnóstico de sobrepeso en los niños del C.S. Delicias II (5,31 años ( $DS \pm 2,93$ )), y el C.S. Parque Alameda-Covaresa (4,85 años ( $DS \pm 2,91$ )).
- Permanecen en ambas zonas el mismo tiempo en sobrepeso, casi 4 años.
- Está recogida mayor prevalencia de sobrepeso en el C.S. Parque Alameda-Covaresa (6%), mientras que en C.S. Delicias II es del 4.5%.
- La prematuridad no se ha visto relacionada con el riesgo posterior de desarrollar sobrepeso u obesidad.
- Hubo mayor porcentaje de niños diagnosticados de sobrepeso/obesidad con lactancia materna exclusiva 6 meses en el C.S. Parque Alameda-Covaresa (17% frente a un 14% en el C.S. Delicias II).
- Cuantas más revisiones sigue el niño, más tarda en diagnosticarse el sobrepeso.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno Aznar LA, Lorenzo Garrido H. Obesidad infantil. *Protoc Diagn Ter Pediatr*. 2023;1(535-542).
2. Marugán de Miguelsanz JM, Torres Hinojal MC, Alonso Vicente C, Redondo del Río MP. Valoración del estado nutricional. *Pediatría Integral*. 2015;(XIX (4)):289.e1-289.e6.
3. Sobradillo B, Aguirre A, Aresti U, Bilbao A, Fernández-Ramos C, Lizárraga A, et al. Curvas y tablas de crecimiento (Estudios Longitudinal y Transversal). Fundación Faustino Orbegoza Eizaguirre; 2004.
4. Alonso Coello P, Argente Oliver J, Arrizabalaga Abasolo JJ, Buñuel Álvarez JC, Calañas Contiente A. Guías de Práctica Clínica en el SNS. 2009. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infanto-Juvenil.
5. Carrascosa Lezcano A, Fernández-Cancio M, Yeste D, Gussinyé M, Bosch-Castañé J, Moreno A, et al. Estudio longitudinal de crecimiento. Barcelona 1995-2017. 2018.
6. Ribes Koninckx C. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. 4ª. Madrid: Ergon; 2016. 1056 p.
7. Sánchez González E, Carrascosa Lezcano A, Fernández García JM, Ferrández Longás A, López de Lara D, López Siguero JP. Estudios españoles de crecimiento: situación actual, utilidad y recomendaciones de uso. *An Pediatr*. 2011;74(3):193.e1-193.e16.
8. Gutiérrez González E, Andreu Iborra B, Rollán Gordo A, Tejedor Romero L, Sánchez Arenas F, García Solano M. Diferencias en la evolución del sobrepeso y la obesidad infantil en España en el periodo 2011-2019 por sexo, edad y nivel socioeconómico: resultados del estudio ALADINO. *Revista de Pediatría*. abril de 2024;100(4):233-40.
9. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en España. Madrid: AESAN; 2025.
10. Ministerio de Sanidad. Porcentaje de personas con obesidad, por sexo según comunidad autónoma. Ministerio de Sanidad; 2025.
11. Cebrián Cuenca AM, Escalada J. Prevalencia de obesidad y diabetes en España. Evolución en los últimos 10 años. *Aten Primaria*.
12. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
13. Recuero Carretero MC, Arias López C, Sepúlveda Villafranca C. Estudio sobre la Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2023. *Estud ALADINO 2023*. Madrid de 2024;
14. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Informe breve: Estudio sobre la alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España 2019. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN); 2020.
15. Monroy Torres R, López López M, Naves Sánchez J. Prácticas de alimentación, nutrición y situación socioeconómica en hogares con niños prematuros en Guanajuato (México). *An Pediatr*. 2013;78(1):21-6.
16. Tornero Patricio S, Charris-Castro L, Granero Asencio M, Daponte Codina A. Influencia del código postal en las hospitalizaciones pediátricas en Sevilla. *An Pediatr*. Barcelona de 2017;87(6):320-9.
17. Gutiérrez González E, Sánchez Arenas F, López-Sobaler AM, Andreu Iborra B, Rollán Gordo A, García Solano M. Desigualdades socioeconómicas y de género en la

obesidad infantil en España. *An Pediatr*. 2023;99:111-21.

18. Donoso E, Carvajal JA. Diferencias epidemiológicas podrían explicar la mayor mortalidad infantil de Chile comparada con Cuba. *An Pediatr*. 2021;94:28-35.

19. Rajmil L. La crisis económica afecta la salud infantil: ¿qué papel tienen los pediatras? *An Pediatr*. Barcelona de 2013;79(4):205-7.

20. Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, Leis R, Malvar A, Suanzes J, Hervada X. Prevalencia de malnutrición en escolares españoles. *An Pediatr*. Barcelona de 2018;89(1):44-9.

21. Chaves López LD, Narváez-Burbano JH. Aproximaciones al estudio de la deprivación sociocultural desde los sistemas: escuela, familia y comunidad. *Rev Guillermo Ockham*. junio de 2023;21(1).

22. Cartanyà-Hueso À, Lidón-Moyano C, Martín-Sánchez JC, González-Marrón A, Pérez-Martín H, Martínez-Sánchez JM. Asociación entre el tiempo de pantalla recreativo y el exceso de peso y la obesidad medidos con tres criterios diferentes entre residentes en España de 2-14 años. *An Pediatr*. 2022;97:333-41.

23. Martínez García RM, Jiménez Ortega AI, González Torres H, Ortega RM. Prevención de la obesidad desde la etapa perinatal. *Nutr Hosp*. 2017;34:53-7.

24. Minchola-Castañeda K, Mozo-Marquina R. Medidas de prevención y control contra la obesidad infantil. *Gac Médica México*. agosto de 2023;159(4).

25. Ataz-Campillo R, Kiwitt-Cárdenas J, Torres-Cantero AM, Parra-Muñoz MD. Abordaje de la obesidad infantil. Comparativa entre comunidades autónomas. *Rev Esp Salud Pública*. 2024;98.

26. González-Leal R, Martínez-Villanueva J, Argente J, Martos-Moreno GÁ. Influencia de la antropometría neonatal sobre las comorbilidades del paciente obeso. *An Pediatr*. 2019;90(6):362-9.

27. Martín-Ramos S, Domínguez Aurrecoechea B, Sánchez Echenique M, García Pérez R, Bonet Garrosa A, Solís Sánchez G. Duración de la lactancia materna y condición nutricional de los lactantes en España. Estudio LAYDI (PAPenRed). *An Pediatr*. 2024;101(3):172-82.

#### **ANEXO 1.- Hoja de recogida de datos**

- ID del paciente.
- Fecha de nacimiento.
- Sexo (hombre/mujer).
- Raza.
- Peso al nacimiento (gramos).
- Prematuridad (sí/no).
- Lactancia materna hasta los 6 meses (sí/no).
- Fecha de inicio en sobrepeso.
- Fecha de inicio en obesidad.
- Tiempo en sobrepeso/obesidad (meses).
- Patología crónica (sí/no)
- Interconsultas a endocrinología (sí/no)
- Interconsultas a psiquiatría (sí/no)
- Número de revisiones antes del diagnóstico.
- Número de revisiones después del diagnóstico.



# “COMPARATIVA DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE DOS ZONAS DE SALUD”



Alumna: FÁTIMA GARCÍA GARCÍA  
Tutora: ANA MARÍA ALONSO RUBIO (Pediatra CS Covaresa)

## INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad son problemas prevalentes en la infancia, pueden ser signo indirecto del ambiente sociocultural y económico que rodea al niño. En este sentido sería interesante analizarlos en dos poblaciones de zonas básicas de salud socioeconómicamente distintas y saber cuándo comienzan estas entidades para conseguir un diagnóstico a tiempo de prevenir consecuencias a largo plazo.

## OBJETIVOS

- Describir edad de comienzo de sobrepeso/obesidad así como tiempo medio en que se mantienen con este diagnóstico los niños del C.S. Covaresa y C.S. Delicias II.
- Describir prevalencia de sobrepeso y obesidad según centro de salud y diferencias por sexo.
- Describir si existe relación entre la edad de inicio de sobrepeso y obesidad y antecedentes como prematuridad, lactancia materna exclusiva 6 meses y entre el número de revisiones antes y después del diagnóstico.

## MATERIAL Y MÉTODOS

- Se diseñó un estudio descriptivo retrospectivo en pacientes del centro de salud Delicias II y Covaresa.
- Se incluyeron pacientes que habían sido diagnosticados de sobrepeso/obesidad 106 de un total de 2173 del C.S. Delicias II y 115 de un total de 1924 del C.S. Covaresa.
- La recogida de datos se hizo desde las historias clínicas del programa informático Medora y se analizaron según SPSS.

## RESULTADOS

- La edad de aparición de sobrepeso/obesidad en el C.S. Covaresa fue a los 4,85 años ( $DS \pm 2,91$ ) mientras que en el C.S. Delicias II a los 5,31 años ( $DS \pm 2,93$ ) ( $p = 0,443$ ). (Tabla 1) (Gráfico 1)
- La prevalencia de sobrepeso/obesidad en el C.S. Delicias II es de 4,8% y de obesidad de 4,56% y en el C.S. Covaresa es de 6% y 4,15% respectivamente.
- Hay un mayor porcentaje de niños en sobrepeso (60,2%) que de niñas (39,4%), aunque es similar el tiempo medio que se encuentran en sobrepeso.

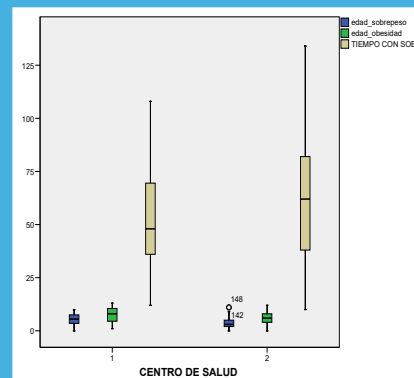


Gráfico 1. Inicio de sobrepeso/obesidad y la duración del episodio entre el C.S. Delicias II (1) y el C.S. Parque Alameda-Covaresa (2).

|                      | CENTRO DE SALUD         | N   | Media  | Desviación típ. | Error típ. de la media |
|----------------------|-------------------------|-----|--------|-----------------|------------------------|
| edad_sobrepeso       | Delicias II             | 35  | 5,3143 | 2,93830         | ,49666                 |
|                      | Parque Alameda-Covaresa | 76  | 4,8553 | 2,91069         | ,33388                 |
| edad_obesidad        | Delicias II             | 99  | 6,2525 | 3,28057         | ,32971                 |
|                      | Parque Alameda-Covaresa | 80  | 5,6875 | 3,24756         | ,36309                 |
| TIEMPO CON SOBREPESO | Delicias II             | 106 | 43,58  | 31,566          | 3,066                  |
|                      | Parque Alameda-Covaresa | 115 | 45,38  | 35,720          | 3,331                  |

Tabla 1. Análisis de diferencia de medias de edad en el inicio del sobrepeso y de la obesidad y tiempo en sobrepeso en los diferentes centros de salud.

- Hay una relación significativa alta (0,876) entre la edad de inicio de sobrepeso y la edad de inicio de obesidad.
- Ambas poblaciones presentan diferente prevalencia de lactancia materna exclusiva 6 meses de 17% (C.S. Covaresa) y 14% (C.S. Delicias II).
- Hay una correlación negativa (-0,413) entre la edad del primer episodio de sobrepeso/obesidad y la duración total de episodios.

## CONCLUSIONES

- La edad de inicio media en sobrepeso/obesidad es en ambos centros de salud de 5 años y ambas zonas permanecen el mismo tiempo en sobrepeso, casi 4 años.
- Existe una mayor prevalencia de sobrepeso en el C.S. Covaresa (6%), mientras que en C.S. Delicias II es del 4.5%.
- La prematuridad no se ha visto relacionada con el riesgo posterior de desarrollar sobrepeso u obesidad.
- Respecto a la lactancia materna hasta los 6 meses se han obtenido porcentajes muy inferiores con respecto a la población general.
- A un mayor número de revisiones en atención primaria previas al diagnóstico más tarde es el diagnóstico de sobrepeso.

## BIBLIOGRAFÍA

- Moreno Aznar LA, Lorenzo Garrido H. Obesidad infantil. Protoc Diagn Ter Pediatr. 2023;1(535-542).
- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en España. Madrid: AESAN; 2025.
- Recuero Carretero MC, Arias López C, Sepúlveda Villafranca C. Estudio sobre la Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2023. Estud ALADINO 2023. Madrid de 2024