La estacionalidad de la desnutrición en el Corredor Seco de Guatemala

QUINTO INFORME DE SEGUIMIENTO

OCTUBRE 2010

ACCION CONTRA EL HAMBRE
ACF INTERNATIONAL

Evento: La estacionalidad de la desnutrición en el Corredor Seco de Guatemala

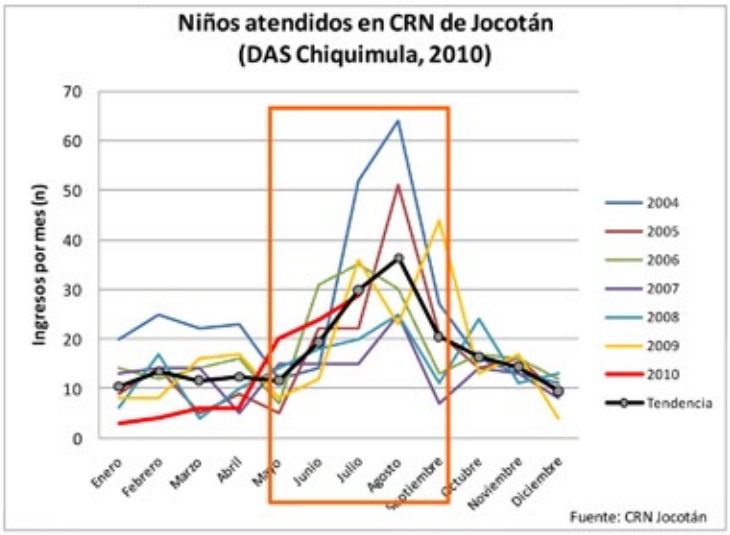
Fecha: Octubre 2010

1.- El Hambre Estacional en el Corredor Seco

Guatemala es el país más rico en la tristemente famosa lista de los países con mayores tasas de desnutrición crónica, con la cuarta mayor tasa mundial y la primera de América Latina. Ningún otro país tiene la mitad[1] de su población infantil afectada por la desnutrición crónica, una cadena perpetua que afecta al desarrollo físico e intelectual de los niños, impidiéndoles desarrollarse plenamente como seres humanos y salir del círculo vicioso de la pobreza. Este es el principal problema estructural del desarrollo de Guatemala. Y en el Corredor Seco, ACF-E reporta una media de 70% de desnutrición crónica, más de 20 puntos por encima de la media nacional.

Por otro lado, la desnutrición aguda afecta de manera regular y estacional a los hogares vulnerables del Corredor seco, presentando los picos todos los años entre Junio y Agosto (ver figura 1 abajo), con repuntes elevados en ciertos años, como en 2001 y 2004 en Jocotán o el 2009 en muchas zonas del Corredor Seco.

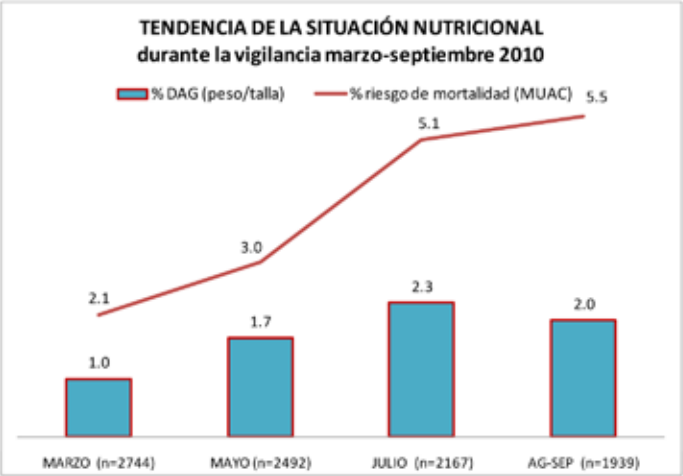
Figura 1: *Número de niños/as atendidos en Centro de Recuperación Nutricional de Jocotán (2004-2010)*



La desnutrición aguda (medida como peso/talla) muestra un comportamiento cíclico conocido como hambre estacional. El hambre estacional, asociada a la reducción de las reservas de granos de las familias en la época previa a la cosecha anual y a la falta de ingresos regulares para poder comprar los alimentos, se refleja en un aumento de niños que presentan desnutrición aguda en sus formas moderada y severa. También está relacionada con la vulnerabilidad de los medios de vida de las familias rurales, con la estacionalidad de los ciclos de cosechas y con la temporalidad de la cosecha de café y caña de azúcar, que demandan mucha mano de obra. En el Corredor Seco, la vigilancia nutricional que ha sido realizada a través de medición directa por los equipos de ACF-E da cuenta de este fenómeno de manera muy evidente, como se puede apreciar en la figura 2.

1 Actualmente, según las recientes cifras de la ENSMI 2008, este porcentaje ha bajado al 43%.

Figura 2: *Desnutrición Aguda Global (peso/talla) y riesgo de mortalidad por desnutrición (MUAC) en el Corredor Seco durante el 2010*



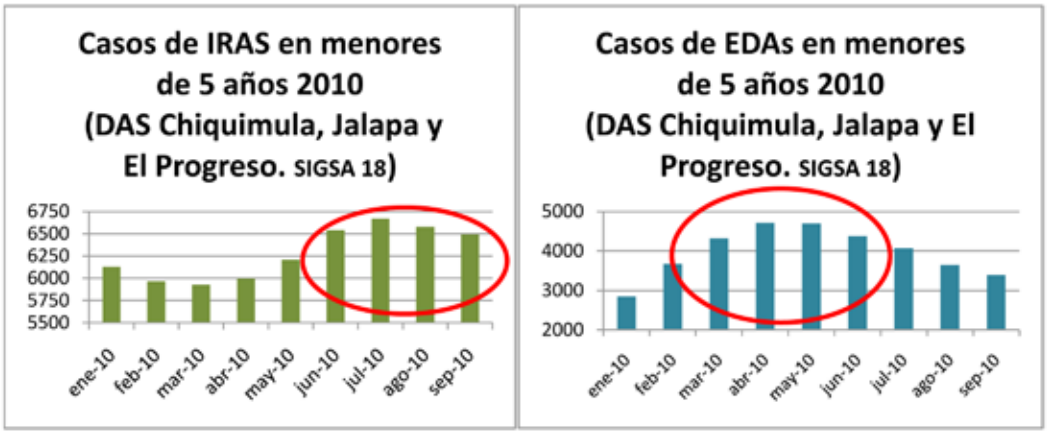
La incidencia de casos de desnutrición aguda coincide con tres eventos recurrentes: a) el período anual de escasez de alimentos en los hogares, por agotarse las reservas de granos básicos disponibles (abril a agosto), b) el final del periodo de trabajo temporal de cosecha de café, caña y cardamomo (noviembre a marzo), y c) la estación lluviosa (mayo a septiembre), con sus efectos sobre el acceso a agua segura para consumo humano y la presencia de enfermedades en niños y adultos.

2.- También hay estacionalidad en las enfermedades respiratorias y diarreicas

Los reportes de morbilidad de las Direcciones de Área de Salud (DAS) dan cuenta también del comportamiento estacional de las infecciones respiratorias (IRAS) y las diarreas en menores de 5 años (EDAS), que se presentan debido a la instalación de la estación lluviosa, a los cambios bruscos de temperatura y la contaminación de fuentes de agua por el arrastre de material fecal depositado al aire libre. Las tendencias temporales de EDAS e IRAS no se presentan simultáneamente a los repuntes de desnutrición. No obstante, está muy claro que **entre mayo y agosto hay también un repunte de estas enfermedades infecciosas, lo cual se corresponde con un repunte de la desnutrición aguda.** De mayo a agosto tenemos la estación del hambre, la más difícil desde el punto de vista de la supervivencia, que pasa año tras año y por tanto es previsible y mitigable.

En la figura 3 se presentan los datos acumulados por mes de los tres departamentos donde ACF-E interviene. Las IRAS y EDAS en menores de 5 años por departamento mostraron niveles de alarma entre las semanas 18 y 28 en el caso de las IRAs (mayo-julio) y entre las semanas 15 y 25 para EDAs (abril-junio).

Figura 3: *Incidencia estacional de enfermedades respiratorias (IRAS) y diarreicas (EDAS) en el Corredor Seco*



Enfermedades Diarreicas (EDAS): La sequía del 2009 trajo consigo problemas de acceso agua de calidad, lo que unido luego al comienzo anticipado del invierno propició que el repunte de diarreas empezara antes de lo habitual. Durante el 2010 los meses con mayores reportes de diarreas fueron abril, mayo y junio, que correspondieron con la mayor intensidad de las lluvias. Sin embargo, no es hasta el mes de junio que se inicia el aumento de casos de desnutrición aguda (Figura 1). El deterioro nutricional de los niños menores de 5 años no es inmediato, sino progresivo, siendo las diarreas un factor adicional que causan pérdida de peso y contribuyen al desarrollo de la desnutrición aguda, especialmente en el caso de diarreas persistentes y repetitivas.

Enfermedades Respiratorias (IRAS): Según la información proporcionada a nivel departamental por el Área de Salud, la principal morbilidad en menores de 5 años en los departamentos atendidos por ACF-E se ha presentado en forma de IRAS (con valores por encima de los niveles considerados epidémicos para la zona). El aumento estacional marcó su inicio en el mes de mayo (semana 18), presentando los picos más altos en julio y agosto, precisamente los meses que reportan mayor cantidad de casos de desnutrición aguda detectados, trasladados y atendidos por los servicios de salud.

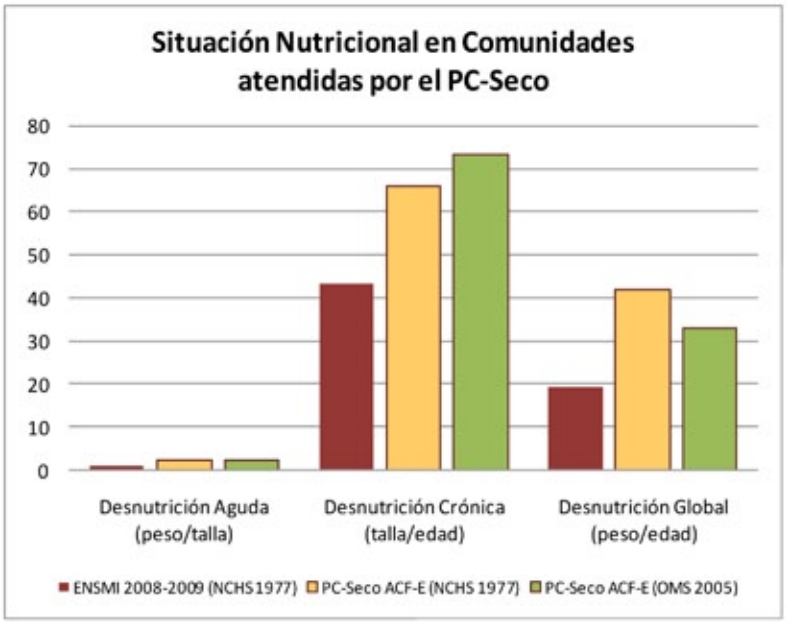
Esta situación de cuerpos debilitados por las enfermedades infecciosas (IRAS y diarreas, muchas veces presentes simul-

táneamente) pone en peligro la supervivencia de los niños y niñas. Si la familia no cuenta con alimentos suficientes, los niños no recuperarán el peso perdido durante la enfermedad. Por tanto, diarreas a repetición o combinadas con IRAS pueden traducirse fácilmente en un deterioro de la situación nutricional hasta evolucionar a casos agudos.

3.- Situación nutricional en las comunidades atendidas

La evaluación nutricional realizada en las comunidades atendidas por ACF-E muestra que la población menor de 5 años tiene una situación nutricional precaria, con más del 70% de desnutrición crónica y más del 30% de desnutrición global, superando significativamente los valores de referencia de la ENSMI 2008-2009 (Figura 4). En esta figura, con fines de comparación, se muestran los datos de la ENSMI 2008-2009 en rojo, que utilizó los antiguos estándares de NCHS (1977), junto a las mediciones realizadas por ACF-E, tanto con NCHS (1977), en barra naranja, como con los actuales patrones de crecimiento de OMS (2005), en barra verde.

Figura 4: *Indicadores totales de desnutrición aguda, crónica y global en el Corredor Seco, comparados con las medias nacionales según la ENSMI 2008-2009*



4.- Débil correlación de MUAC frente a peso/talla, pero alta sensibilidad de MUAC para detectar la mortalidad por desnutrición

Es importante, resaltar la gran diferencia encontrada en la detección de casos según el indicador utilizado (peso/talla o MUAC), situación observada ya desde el levantamiento de la línea basal del proyecto. Por ello, ACF-E ha incorporado ambos indicadores a la vigilancia regular. La tendencia mostrada en la figura 2 señala que la cantidad casos con diagnóstico por MUAC duplican los casos diagnosticados por peso/talla. Una de las posibles explicaciones a este fenómeno es la alta tasa de desnutrición crónica en las población atendida, puesto que el **73.2% de los niños presentan desnutrición crónica (35.1% moderada y 38.1% severa).** En estas poblaciones, la desnutrición crónica es un mecanismo de adaptación a las condiciones de privación en las que normalmente viven. En general, cuando los niños presentan un cuadro de desnutrición aguda, ésta suele venir asociada con un cuadro de desnutrición crónica. A manera de ejemplo (ver figura 5), en la vigilancia nutricional del mes de septiembre, el 70% de los casos de desnutrición aguda detectados presentaban también desnutrición crónica moderada o severa (≤ 2 DE talla/edad). El cuadro crónico-agudo se origina por una descompensación en sus mecanismos de adaptación y supervivencia (alimentación insuficiente, malas prácticas de alimentación, falta de acceso a agua segura y presencia de alguna enfermedad aguda de rápida evolución).

Figura 5: *Número de casos con desnutrición aguda, desnutrición crónica y combinado de ambos*

Departamento	Casos de desnutrición detectados (1)		
	Aguda	Crónica	Aguda + Crónica
Chiquimula	28	653	19
El Progreso	8	353	8
Jalapa	13	571	8
Total	49	1577	35
(1) Durante la medición del mes de septiembre			

Los resultados del análisis descriptivo preliminar durante el levantamiento de la línea basal del proyecto (Censo Nutricional) mostraron una diferencia importante entre ambos indicadores, tanto para el diagnóstico individual como para el cluster por comunidad, aún con personal entrenado para la toma de mediciones. De los 77 casos con valores de MUAC ≤12.5, el 86% presentó desnutrición aguda según peso/talla: un 26% con desnutrición aguda moderada (20 niños) y un 60% con desnutrición aguda severa (46 niños). La baja coincidencia de diagnóstico aplicando los diferentes indicadores y el alto porcentaje de desnutrición crónica encontrado hace pensar en una posible interacción entre la baja talla para la edad y el MUAC, interacción que disminuye la sensibilidad, especificidad y valor predictivo del MUAC como indicador proxy para la población guatemalteca (ver figura 6). Sin embargo, estos son resultados preliminares y actualmente ACF-E está estudiando esta relación y se espera generar un documento técnico a partir del análisis de la base final de vigilancia nutricional del proyecto.

Figura 6: *Coincidencia de Diagnóstico MUAC vrs. peso-para-talla*

Diagnóstico	Identificados con MUAC	Confirmados por peso/talla	Ambos indicadores
Casos Severos	12	2	16.7%
Casos Moderados	65	14	21.5%
Casos en Riesgo	303	22	7.3%

Por otro lado, la medición de MUAC como indicador de riesgo de mortalidad parece mantener su sensibilidad en la población menor de 5 años, puesto que los 5 casos de mortalidad que lamentablemente han sucedido en las comunidades de cobertura del proyecto tuvieron como denominador común un MUAC menor de 12.5 (ver figura 7), aún con estado nutricional normal en dos de ellos (medido por peso/talla). Esta buena asociación entre MUAC y la mortalidad infantil por desnutrición confirma la pertinencia del MUAC como indicador para detectar casos graves con alto riesgo de muerte antes de que sucedan. Tomando en cuenta el comportamiento diferenciado para la detección de casos entre MUAC y peso/talla, consideramos indispensable desarrollar una investigación aplicada, con representatividad a nivel país, que genere evidencia sobre el uso y pertinencia de ambos indicadores en la población guatemalteca. No deja de ser intrigante la baja correlación entre el indicador nutricional por excelencia (peso/talla) y el riesgo de mortalidad por desnutrición.

Figura 7: *Indicadores poblacionales y nutricionales de los cinco casos de fallecimientos por desnutrición detectados en las áreas del proyecto de ACF-E*

VARIABLES	Buena Vista	Colmenas	Suchiquer Centro	Quebrada Seca	Los Chetes
Población menor 5 años	64	64	97	98	39
Acumulado Niños identificados P/T	2	2	4	3	1
Acumulado Niños identificados MUAC	1	8	19	13	1
Traslados	1	1	3	4	1
Fallecidos	1 no acepta traslado	1 (en la comunidad)	1 (en la comunidad)	1 (en la comunidad)	1 (en el hospital)
Fecha de detección	11/05/2010	16/07/2010	23/06/2010	23/06/2010	No asistió a vigilancia
Fecha de fallecimiento	23/07/2010	18/07/2010	13/08/2010	19/08/2010	14/08/2010
Diagnóstico nutricional	Moderada= -2.87	Normal = -1.07	Normal = -1.02	Moderada = -2.08	Kwashiorkor
Riesgo de Mortalidad	Severa=10.4	Moderado = 12.0	Moderado = 12.5	Severo = 9.9	
Morbilidad asociada	Sindrome diarreico agudo	Fiebre e infección respiratoria	Fiebre indeterminada		Sepsis
Acta de Defunción	SI	NO	NO	NO	SI
% mortalidad para población de menores de 5 años en la comunidad	**1.6%**	**1.6%**	**1.0%**	**1.0%**	**2.6%**

5.- Avances en la vigilancia nutricional

La cobertura actual del componente nutricional del proyecto (vigilancia nutricional, tratamiento ambulatorio, asistencia alimentaria y educación en salud) es de 50 comunidades de los departamentos de Chiquimula, El Progreso y Jalapa. La cobertura inicial era de 42 comunidades, pero se ha ampliado en 8 comunidades en Jalapa y El Progreso con apoyo de vigilantes comunitarios voluntarios formados por ACF-E en detección de signos clínicos y medición de MUAC y peso/talla. Este se debió a la situación de empeoramiento nutricional en esas zonas, en coordinación con las Direcciones Departamentales de Salud. **La población bajo vigilancia es de 3.500 niños menores de 5 años,** aunque las coberturas han ido decreciendo con el tiempo, siendo alrededor de 65% en la última medición. Esto se debe, en parte, a que las familias no perciben como un beneficio llevar a sus niños a los controles de salud y nutrición, aunado a las dificultades de acceso y movilización de las familias bajo las condiciones del invierno que ha fina-lizado.

La estrategia de formación de vigilantes comunitarios ha sido un gran apoyo para la identificación de familias que son renuentes a asistir a los servicios regulares de salud y tampoco asisten a las vigilancias. El apoyo de los líderes comunitarios ha facilitado el **traslado de 52 niños con cuadros de desnutrición aguda severa y/o moderada con complicaciones** hacia hospitales y Centros de Recuperación Nutricional[2] (ver figura 8 y 9).

Figura 8: *Niños/as trasladados a hospitales o CRNs debidos a su situación nutricional*

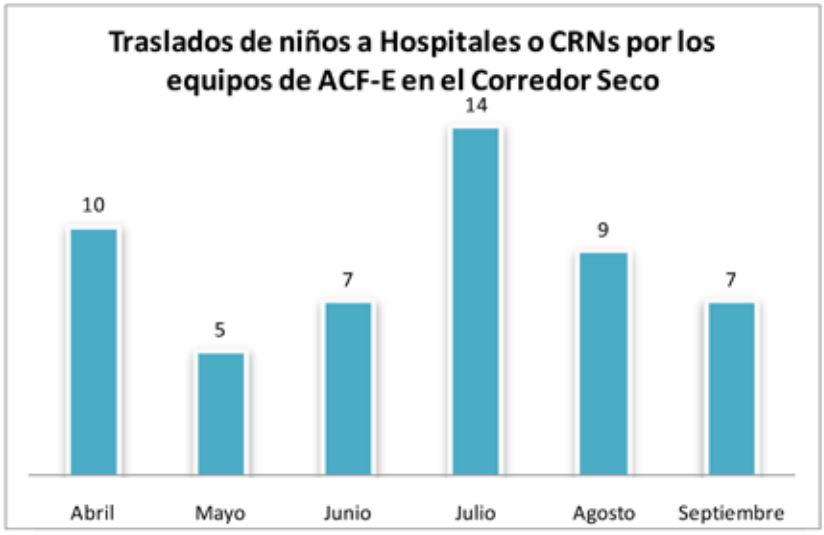
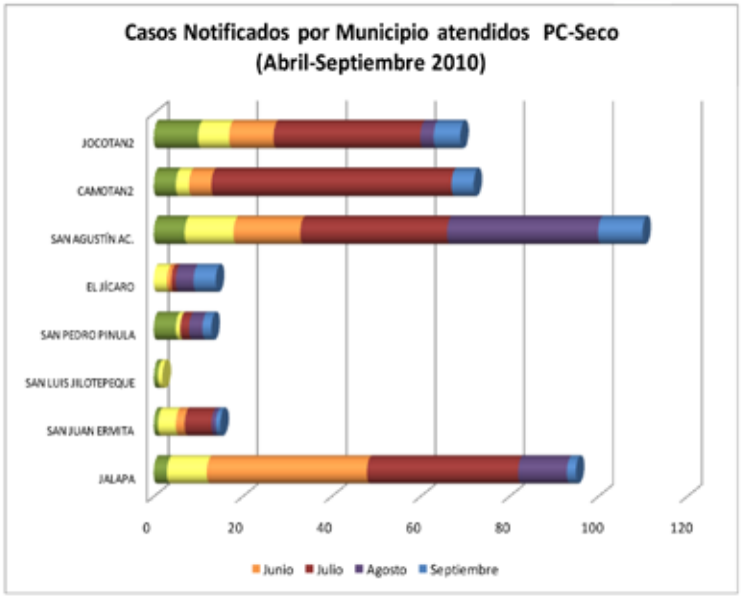


Figura 9: *Notificación de casos por municipio en el área del proyecto ACF-E "Corredor Seca"*



2 Cada uno de los casos detectados durante las actividades de vigilancia ha sido reportado a los Servicios de Salud y las Direcciones Departamentales correspondientes, en cumplimiento del Acuerdo Ministerial N°1607-2009, que establece la notificación obligatoria el evento desnutrición aguda como enfermedad, y como evento de reporte diario al Centro Nacional de Epidemiología y a SIGSA.

6.- Algunas consideraciones finales

1. La desnutrición aguda global –DAG- (peso/talla) ha mostrado un comportamiento estacional claro, con un aumento gradual en el porcentaje, aunque a niveles inferiores al 5%. Sin embargo, la DAG del 2010 si ha alcanzado niveles superiores a la media nacional y a los valores departamentales reportados por la ENSMI 2008-2009. Los porcentajes y números absolutos de casos de DAG (sumatorio de la moderada y la aguda) han aumentado gradualmente desde la primera evaluación en marzo 2010, aunque la última medición de septiembre ya muestra una tendencia a descender. Hasta el momento se ha realizado 52 traslados de niños a hospitales y CRNs, distribuidos como sigue: 24 en Chiquimula, 19 en Jalapa y 9 en El Progreso.

2.- La prevalencia de **desnutrición crónica** en las comunidades atendidas es **muy elevada (73,2%)** superando en casi 20 puntos a la media nacional.

3.- El riesgo de mortalidad asociado a desnutrición (MUAC) ha presentado también una tendencia al alza, asociado al aumento de la morbilidad por IRAS y EDAS durante la época de invierno. Incluso en la úlima medición, este indicador continúa al alza, aunque el porcentaje de DAG (peso/talla) ha empezado ya a disminuir. En los casos de mortalidad reportados por ACF-E (ver informe anterior), el MUAC mostró ser un indicador bastante sensible a mortalidad, aún en niños con estado nutricional normal por peso/talla. Por tanto, el **aumento continuado de MUAC en septiembre (5.5%)** es motivo de notable preocupación para ACF-E.

4.- Las morbilidades asociadas al inicio del invierno han mostrado un aumento sostenido y prolongado desde el mes de mayo, con diarreas e infecciones respiratorias principalmente. Según información proporcionada por la Direcciones de Area de Salud, tanto para IRAS como para diarreas, los corredores epidemiológicos se han mantenido entre **niveles de alarma y epidemia.**

5.- El acceso a servicios de salud, agua y saneamiento es limitado, lo que seguramente contribuye a la morbilidad registrada en la época de invierno.

6.- En relación a la última vigilancia realizada, el departamento que ha presentado **mayor cantidad** de casos es **Chiquimula.** En el caso de Jalapa, el aumento en los indicadores de vigilancia obedece a la ampliación de la zona de intervención a la Montaña de Santa María Xalapán, y en El Progreso a comunidades de San Agustín Acasaguastlán.

7.- Durante el máximo de ocurrencia de casos de desnutrición aguda, la capacidad institucional de respuesta se ve desbordada, por lo que consideramos esencial fortalecer la base comunitaria para la vigilancia y la coordinación interinstitucional, siendo esta la única opción factible para la atención oportuna de los niños y sus familias, en una país que apenas destina el 1% para apoyar la salud

“Respuesta a la crisis de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) y recuperación de los Medios de Vida en el Corredor Seco de Guatemala”.

Acción contra el Hambre – España (ACF-E). Misión Centroamérica.
Ciudad de Guatemala, Guatemala.
4ta. Avenida 16-44,
Zona 14
Teléfono: (502) 2368-3030

Para más información contactar a:

José Luis Vivero - Coordinador Regional
Correo electrónico: *hom-ca@acf-e.org*

Edgard Escobar - Jefe de Proyecto
Correo electrónico: *hoper-ca-gt@acf-e.org*
Telfs. (502) 5963-3105 - (502) 7922-2403

Asdi
aecid Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
CAJA MADRID
ACCD Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament
COMISION EUROPEA Ayuda Humanitaria