



NOMBRE DE LA MATERIA: INVESTIGACION
EPIDEMIOLOGICA

NOMBRE DEL DOCENTE: SAUL PERAZA
MARIN

NOMBRE DEL ALUMNO: ZAHOBI BAILON
PERALTA

GRADO Y GRUPO:4-A

NOMBRE DEL TRABAJO: MONOGRAFIA-
DESUTRICION EN MEXICO

INTRODUCCION

Se estima que en el mundo 178 millones de niños menores de cinco años sufren desnutrición crónica (baja talla para la edad) que ha ocasionado 35% (3.5 millones) de muertes en ese grupo de edad.¹ La desnutrición durante el periodo crítico de la gestación y los primeros dos años de vida tiene efectos adversos en el crecimiento, desarrollo mental, desempeño intelectual y desarrollo de capacidades. En México, la desnutrición aguda en menores de cinco años, definida como un peso para la talla inferior a -2 desviaciones estándar de la norma internacional, dejó de ser un problema de salud pública en el ámbito nacional, mientras que la desnutrición crónica en el mismo grupo de edad continuaba siendo un reto importante en 2006, año en que alrededor de 1.5 millones de menores de cinco años la padecían.⁴⁻⁶ A pesar del desarrollo que se ha logrado en México, la desnutrición continúa siendo un problema de salud pública que debe atender el Estado por sus efectos adversos en la salud y en el desarrollo de las capacidades. A continuación se hablara de esto mas a detalle

Hay varios motivos para celebrar. La prevalencia de deficiencia de zinc -un nutriente crítico para el crecimiento en niños y la función del sistema inmunológico, entre otras funciones-se redujo de manera importante a nivel nacional: en 1999 afectaba a 1 de cada 3 niños (33.1%) y en 2018 bajó a 1 de cada 10 (10.8%). Más aún, entre quienes tenían mayor riesgo, la afectación se redujo al pasar de 3 de cada 4 niños (76.4%) en 1999 a menos de 1 de cada 5 en 2018 (17%). Esto es un gran logro si se considera la documentada dificultad de mejorar el estatus de zinc. La prevalencia de talla baja se redujo en el mismo periodo de 26.9 a 14.2%. La talla baja no mide únicamente el crecimiento, también refleja una serie de condiciones que impiden el desarrollo óptimo de varios sistemas corporales; esto aumenta la vulnerabilidad a las enfermedades y disminuye el rendimiento escolar de los niños y su potencial económico en la adultez. Por lo tanto, la reducción en talla baja refleja la promesa de un mejor futuro para millones de niños mexicanos.

Sin embargo, los artículos no sólo hablan de buenas noticias. También exponen que la desnutrición sigue siendo un importante problema de salud pública y que la tasa de reducción no ha sido tan continua ni rápida como debería ser para el caso de México. Por ejemplo, en 2018-19, la prevalencia de 14.2% de talla baja es similar al promedio de 19 países de ingresos medios (17.5%), aunque se encuentra por arriba del promedio en América Latina (9.0%). El descenso en la prevalencia de talla baja se detuvo por completo en México entre 2012 y 2018 y, peor aún, la alta prevalencia de varias formas de desnutrición (talla baja, deficiencia de vitamina D, B12, hierro, entre otras) y la inseguridad alimentaria que persiste en el sur, en las zonas rurales y en la población indígena, ilustran la profunda desigualdad que existe en México. Esto es reflejo de la inequidad actual en acceso a alimentos nutritivos y seguros, a empleo digno que asegure la capacidad de proveerlos y a los servicios necesarios para asegurar el crecimiento y salud óptimos de los niños. Sin acción concertada y continua, esta inequidad persistirá en el futuro debido a los efectos de la desnutrición a largo plazo mencionados.

Eso me lleva a reflexionar sobre tres focos rojos. Primero, para lograr el combate contra la desnutrición, se deben llevar a cabo acciones específicas y concertadas

durante los “1 000 días” (la gestación y los primeros dos años de vida), atención específica que se requiere en cada embarazo y para cada niño hasta su segundo año de vida. La inatención actual en México a las acciones dirigidas a los 1 000 días pone en riesgo todos los logros documentados, situación que se ha exacerbado por la pandemia de Covid-19, lo cual aumenta la desnutrición de manera importante. Segundo, urgen acciones para reducir la prevalencia de deficiencia de micronutrientes, vitamina D y hierro, entre otros, y la prevalencia de anemia en niños, mujeres y personas de tercera edad. Existen en México políticas y programas de comprobada efectividad para combatir la deficiencia de micronutrientes como la fortificación de alimentos, pero el cumplimiento de la industria y el monitoreo para mejorarlo es débil. El aumento en la prevalencia de anemia requiere de estudio adicional para entender y diseñar acciones apropiadas; por ejemplo, análisis recientes han ilustrado que la muestra capilar con una sola gota de sangre puede sobreestimar la prevalencia de anemia de manera importante, aproximadamente en 7%. Independientemente del potencial para mejorar las estimaciones, la anemia sigue afectando la salud y limita la capacidad de aprender de casi 1 de cada 4 niños en edad preescolar y 1 de cada 5 en edad escolar, lo cual es completamente prevenible. Finalmente, como tercer foco rojo, los problemas de desnutrición, particularmente concentrados en el sur del país, en las zonas rurales, de bajos recursos y en población indígena, también coexisten con altas prevalencias de sobrepeso y obesidad, y con enfermedades asociadas en todo el país. Todas las formas de mala nutrición tienen diversas causas, pero en el fondo de todas ellas está la dieta no saludable, baja en verduras, frutas y legumbres, y alta en bebidas azucaradas y alimentos altamente procesados. Urgen acciones que garanticen el acceso (disponibilidad y asequibilidad) de las comunidades aisladas y poblaciones marginadas a los alimentos nutritivos y adecuadamente fortificados.

México ha demostrado que puede lograr un avance contra la desnutrición, con datos que identifiquen los problemas y sus determinantes, y acciones diseñadas con base en ello. Se espera ahora que los recursos, esfuerzos y acciones se dirijan urgentemente para terminar con este problema de salud pública.

Las cuatro encuestas analizadas tuvieron diseños probabilísticos con representatividad nacional. Las metodologías de las primeras tres encuestas han sido descritas previamente.^{4-6,9,10} La encuesta de 1988, representativa del ámbito nacional y de cuatro regiones geográficas (norte, centro, sur y Ciudad de México), obtuvo información de más de 13 000 hogares, que incluyeron 7 500 niños menores de cinco años.¹¹ En la encuesta realizada en 1999, con representatividad nacional, de las mismas cuatro regiones y de zonas urbanas ($\geq 2\,500$ habitantes) y rurales ($< 2\,500$ habitantes), se obtuvo información de alrededor de 18 000 hogares y mediciones en 8 011 menores de cinco años.⁵ Por otra parte, mediante la encuesta aplicada en 2006 con cobertura nacional y representatividad por entidad federativa y para zonas urbanas y rurales, se recopiló información de alrededor de 46 000 hogares y mediciones en 6 937 menores de cinco años.⁶ La encuesta de 2012, cuya metodología se presenta en este mismo número,¹² también tuvo un diseño probabilístico y alcance nacional con representatividad estatal, por estratos nacionales urbano y rural, y una sobremuestra de los hogares con mayores carencias del país. Se obtuvo información de 50 528 hogares que representan a los 29 429 252 hogares estimados para México, en 2012 el estado nutricional se evaluó mediante índices antropométricos contruidos a partir de las mediciones de peso, talla y edad,¹⁵ utilizando las normas de crecimiento de 2006 de la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹⁶ Los índices antropométricos se transformaron a puntuajes.¹⁷ Se clasificó con bajo peso, baja talla y emaciación, a los niños cuyo puntaje Z fue menor a -2 en peso para edad, longitud o talla para edad y peso para longitud o talla, respectivamente. Por otro lado, se clasificó con sobrepeso a los menores cuyo puntaje Z del índice de masa corporal (IMC) se ubicó por arriba de +2 desviaciones estándar del mismo patrón de referencia. Se incluyeron, como datos válidos, los siguientes intervalos de valores por cada indicador antropométrico: entre -6.0 y +5.0 puntos Z del peso para la edad; entre -6.0 y +6.0 puntos Z de la talla para la edad; entre -5.0 y +5.0 puntos Z del peso para la talla y entre -5.0 y +5.0 del IMC para la edad, respecto de la media de la población de referencia antes mencionada.^{15,18} Cuando el puntaje Z de alguno de los indicadores se ubicó fuera del intervalo de datos válidos, se eliminó la serie de

puntajes Z de todos los indicadores para dicho individuo. Estos mismos criterios de limpieza y clasificación se utilizaron para las encuestas de 1988, 1999 y 2006. Más adelante se presenta el análisis descriptivo de prevalencias de las diferentes condiciones de mala nutrición de 1988 a 2012. Se calcularon prevalencias o proporciones para subpoblaciones de acuerdo con la región de residencia, zonas urbanas y rurales, y para hogares clasificados como indígenas y por quintiles de condición de bienestar. Los hogares indígenas en 1988 se definieron cuando habitaban municipios en los que, al menos, en 40% de los hogares se hablaba alguna lengua indígena. En 1999, 2006 y 2012 los hogares se clasificaron como indígenas cuando al menos una mujer de 12 a 49 años (1999) o de más de 12 años (2006, 2012) hablaba una lengua indígena. Las condiciones de bienestar se obtuvieron mediante el análisis de las características

CONCLUSION

Podemos decir que Mexico es una de los países con problemáticas alimenticias, entonces deberíamos tener mas Fortalecer los programas de salud y de desarrollo social que incluyen componentes de nutrición y que han probado eficacia (Oportunidades, Liconsa, PAL), asegurando cobertura y focalización adecuadas, servicios de calidad y trabajo intersectorial efectivo. Continuar focalizando las acciones al periodo de los mil primeros días de vida y a la población más, pobre – población indígena, quintil de condiciones de bienestar bajo, tanto en zonas urbanas como rurales y región sur–, incluyendo: - Servicios universales de nutrición y salud materna e infantil. - Acciones puntuales para mejorar la nutrición de la población más pobre mediante promoción de prácticas de alimentación infantil adecuada, incluyendo la promoción de la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida, seguida de lactancia prolongada, acompañada de alimentación complementaria adecuada, incluyendo la provisión de complementos nutricionales de alto valor nutritivo. - Divulgación de los resultados de la evaluación de la ESIAN y emisión de recomendaciones para mejorar la efectividad del Programa Oportunidades, mediante modificaciones de su diseño. 2. Implementar, en los servicios de atención primaria de salud (APS) y en programas de desarrollo social, una estrategia de comunicación educativa, utilizando metodología de punta para la adopción de prácticas óptimas de lactancia materna y alimentación complementaria, incluyendo: - Capacitación del personal operativo de programas de nutrición en zonas prioritarias que genere conocimientos, destrezas, motivación y habilidades de comunicación. - Creación de un sistema de supervisión que re fuerce la capacitación permanente en servicio. - Esto puede lograrse mediante la implementación a escala de la ESIAN mejorada, considerando las lecciones aprendidas en la evaluación de su aplicación piloto

