



UDS
Mi Universidad

CUADRO SINÓPTICO

NOMBRE DEL ALUMNO: PEREYRA CALVO CAROL DENISSE

TEMA: GEOGRAFÍA DE LAS ENFERMEDADES ASOCIADAS CON LA NUTRICIÓN EN MÉXICO: UNA PERSPECTIVA DE TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

PARCIAL: SEGUNDO.

MATERIA: EPIDEMIOLOGÍA.

MAESTRO: Dra. Córdoba Sánchez Krisna Midori

LICENCIATURA: ENFERMERÍA.

CUATRIMESTRE: CUARTO.

Frontera Comalapa, Chiapas a 11 de octubre del 2024

Características de la transición epidemiológica y nutricional en México

Importante aumento en la prevalencia de la obesidad, siendo ésta el factor de riesgo modificable más importante para el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles

Estas enfermedades afectan no sólo a la población de altos ingresos, sino cada vez más a la de ingresos bajos, y no solamente a grupos de población de edad avanzada, sino también a aquéllos en edad productiva.

Diversas enfermedades asociadas con la nutrición han experimentado un aumento importante en su prevalencia en el país, al mismo tiempo que otras se encuentran disminuyendo paulatinamente.

Esta observación es común en diversos países y ha sido integrada en una teoría de transición demográfica hace casi 30 años

Dicha observación, Abdel Omran (1971: 509-538), la denominó la teoría de la transición epidemiológica.

La teoría de Abdel Omran establece que a medida que se desarrollan las poblaciones experimentan diversos estados de transición característicos, y sostiene cinco proposiciones básicas

1. La mortalidad es un factor fundamental en la dinámica poblacional.
2. Existen principalmente tres estados sucesivos de transición epidemiológica.
3. Los cambios más profundos en salud y enfermedad ocurren en niños y mujeres jóvenes.
4. Los cambios en patrones de salud y enfermedad se derivan de cambios socio-económicos relacionados con la modernización.
5. Existen tres modelos básicos de transición epidemiológica (Omran, 1975a: 23-28 y 1975b: 83-88).

Los tres estados básicos de transición epidemiológica son

1. Pestes y hambrunas. Las epidemias eran responsables de la mayor parte de las muertes ocurridas.
2. Abatimiento de las pandemias. Durante este periodo se experimentó un decremento sustancial de la mortalidad, y las epidemias disminuyeron considerable y progresivamente.
3. Enfermedades degenerativas y hechas por el hombre. Durante este periodo, enfermedades como el infarto al miocardio, el cáncer y la diabetes comenzaron a aumentar y a convertirse en causas importantes de muerte, por lo cual empezaron a reemplazar a las pandemias infecciosas como causas de morbilidad y mortalidad.

Modelos de transición

El modelo clásico, el acelerado y el lento.

1. El modelo clásico: describe la transición epidemiológica ocurrida en los países europeos y Estados Unidos, donde se llevó a cabo en un lapso de aproximadamente 200 años, durante los cuales la mortalidad y natalidad mostraron cambios importantes.
2. El modelo acelerado: describe la transición en Japón y países de Europa del Este, en los cuales la transición ocurrió en un lapso mucho menor, como resultado de las revoluciones médicas y tecnológicas, pero se determinó socialmente.
3. El modelo lento: describe los cambios que se han observado en la mayoría de los países en desarrollo, incluyendo México, en los que los patrones de mortalidad han sido influidos principalmente por las revoluciones tecnológicas y médicas

Un grupo de investigadores mexicanos entre los cuales destacan Frenk, Sepúlveda y Bobadilla, llamaron a este fenómeno polarización de la transición; diversas regiones del país se encuentran experimentando distintos estados de transición epidemiológica

Aunque no existe un país que haya logrado disminuir su mortalidad por diabetes hasta ahora, ya existen grupos poblacionales que muestran cambios alentadores que pueden servir como modelo, sin embargo, el panorama es complejo

México se encuentra actualmente experimentando un patrón complejo de morbi-mortalidad

Las enfermedades crónicas asociadas a la dieta y los estilos de vida como diabetes, hipertensión, enfermedad coronaria, dislipidemias, osteoporosis y cáncer

Se han convertido en los principales problemas de salud pública, determinados en gran parte por dietas de mala calidad y actividad física baja con el consecuente aumento en la prevalencia de obesidad

El principal factor de riesgo modificable para el desarrollo de enfermedades crónicas

Información para caracterizar la transición epidemiológica

Las estadísticas de salud en México han experimentado un desarrollo sumamente importante en las dos décadas recientes, durante las cuales se han levantado diversas encuestas de representatividad nacional que han permitido identificar la magnitud y las características de diversas enfermedades.

1. Encuesta Nacional de Salud (Ensa), 2000, INSP (Olaiz et al., 2003), elaborada en zonas urbanas y rurales de los 32 estados del país en adultos de ambos sexos.
2. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC), 1994 (Secretaría de Salud, 1993), elaborada en zonas urbanas, con representatividad para cuatro regiones del país, en adultos de ambos sexos.
3. Encuesta Nacional de Nutrición, I y II (1988 y 1999 respectivamente), INSP (Sepulveda et al., 1990: 207-224 y Rivera et al., 2000, 29-61), elaborada en zonas urbanas y rurales, con representatividad para cuatro regiones del país, en mujeres en edad reproductiva.
4. Registro nacional de mortalidad, INEGI (Barquera et al., 2003b: 407414), que consiste en una base de datos de mortalidad general de 1980 a 2000.
5. Encuestas Nacionales de Ingresos y Gastos en los Hogares (ENIGH), INEGI, las cuales son representativas en los niveles nacional, estatal, y regional.

Dentro del marco nacional de encuestas de salud, las cuatro regiones en que se suele dividir al país, para su análisis geográfico, tienen características socioeconómicas, ambientales y geográficas similares

1. Región norte: Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, Sonora, Sinaloa, Tamaulipas y Zacatecas.
2. Región centro: Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Nayarit, Querétaro, San Luis Potosí y Tlaxcala.
3. Ciudad de México.
4. Región sur: Campeche, Chiapas, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

Esta regionalización es habitualmente utilizada para comparaciones dentro del marco nacional de encuestas de salud de México y con ella se han publicado una serie de artículos y capítulos de libro que tratan en profundidad diversas características de la transición

Geografía de las enfermedades crónicas

Comparación entre las prevalencias de sobrepeso y obesidad, basada en datos de las Encuestas Nacionales de Nutrición I y II

Muestra un aumento de 78.4 por ciento en una década.

Este aumento es todavía más alarmante con respecto a obesidad, la cual se incrementó de 9.4 a 24.4 por ciento, lo que representa un aumento de 159 por ciento.

Este importante aumento en la prevalencia de obesidad contrasta con la mejoría observada entre 1990 y el año 2000 para la desnutrición infantil evaluada a través de talla para la edad, un indicador internacionalmente aceptado, toda vez que se mostró una reducción de la desnutrición de 22.4 por ciento, cifra que, aunque representa mejoría, muestra un desempeño menor que el de Latinoamérica y el Caribe, que en su conjunto presentaron para el mismo periodo una reducción de 34 por ciento.

Diversos autores han sugerido que posiblemente para países en desarrollo más que una transición, se observa un mosaico de problemas epidemiológicos asociados tanto con la falta de desarrollo como con la modernización que se presenta en diversas regiones.

Al comparar las prevalencias de sobrepeso y obesidad por región del país utilizando la Encuesta Nacional de Salud 2000 (Ensa, 2000), encontramos que el norte se mantiene con la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad, sin embargo, el sur, que se caracterizaba por su menor prevalencia de obesidad.

Otro aspecto importante de la obesidad es su distribución por grupo étnico y por sexo, el mayor índice de obesidad se presenta en la cuarta y quinta década de la vida. En la sexta década de la vida se observa una reducción de la prevalencia, asociada con la mayor mortalidad por complicaciones de la obesidad y el sobrepeso.

Mortalidad por infarto agudo al miocardio

Encontramos un claro patrón regional, donde los estados del norte muestran más años de vida perdidos en comparación con el resto de los estados

Ha servido para analizar diversas características de las enfermedades crónicas por región del país.

Se calculó la prevalencia de síndrome metabólico, una entidad clínica compuesta por tres de los siguientes factores: hipertensión arterial, intolerancia a la glucosa, obesidad abdominal, triglicéridos elevados y colesterol HDL bajo.

Al estratificar por región se encontró que la mayor prevalencia de síndrome metabólico ocurrió en la ciudad de México, seguida de la región sur

Sin embargo, la prevalencia de obesidad y sobrepeso fueron mayores en la región norte, lo cual indica que existen factores de riesgo para contraer enfermedades crónicas que son independientes del desarrollo socioeconómico.

La región sur muestra, en promedio, la mayor concentración de insulina sérica en ayuno comparada con el resto de las regiones.

Hormona Insulina Sérica

Diversos autores han asociado niveles altos de esta hormona con insulino-resistencia y el desarrollo de enfermedades crónicas.

Es posible que hasta cierto punto la región sur se encuentre compartiendo factores de riesgo tanto para desnutrición (dietas de poca variedad de nutrientes, pobres en vitaminas, altas en inhibidores de la absorción de minerales, con infecciones recurrentes, etc.) como para enfermedades crónicas (alta disponibilidad de carbohidratos refinados, con actividad física cada vez más baja)

Es importante resaltar que tanto la escolaridad como el nivel socioeconómico se encuentran estrechamente asociados con una menor prevalencia de enfermedades crónicas en todas las regiones del país, incluyendo diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad, entre otras)

Lo anterior plantea un reto adicional, toda vez que la mayor carga de enfermedad, tanto por infecciones y desnutrición, como por padecimientos crónicos, se encuentran afectando a los grupos sociales con menos recursos y capacidad para afrontarlos

La transición epidemiológica que se ha experimentado en México, como en otros países de Latinoamérica, ha ido acompañada de una transición en los patrones de alimentación y actividad física (transición nutricional) que plantea un reto importante para la carga de la enfermedad a países en desarrollo.

México ya no es un país donde las enfermedades crónicas eran padecidas únicamente por los sectores pudientes. actualmente los sectores de menores recursos son más afectados por las enfermedades crónicas. Algunos de los factores que hemos podido documentar como grandes determinantes de estos problemas son:

1. Dietas sumamente bajas en frutas y vegetales y densamente calóricas.

Encontramos en un análisis de las Encuestas Nacionales de Ingreso y Gasto en los Hogares 1986 y 1998 que el consumo de postres y refrescos se elevó 6.2 y 37.2 por ciento, respectivamente, mientras que en el mismo periodo el consumo de frutas y verduras disminuyó 29.3 por ciento.

2. Actividad física baja en la población

Con una variación mínima, de acuerdo con un análisis de la Encuesta Nacional de Nutrición II, donde únicamente 16 por ciento reportó practicar algún deporte con regularidad.

Se puede concluir que las enfermedades crónicas asociadas con la nutrición son un problema de alta prioridad para la salud pública en México y que requieren de gran atención por parte de todos los niveles y sectores relacionados con la salud. Aunque se tiene claro que algunas modificaciones simples en los estilos de vida podrían ser sumamente beneficiosas para la salud, los programas de atención, como en todo el mundo, requieren ser retroalimentados por evaluaciones e investigaciones operativas que contribuyan a mejorarlos y a contrarrestar efectivamente el rápido crecimiento del problema. Es necesario no sólo el desarrollo de programas universales de promoción y prevención, sino también de programas enfocados en los grupos vulnerables identificados.