

Prevalencia de talla baja en niños y adolescentes de nueve entidades federales de Venezuela

Stunting Prevalence in Children and Adolescents of Nine Venezuelan Federal Regions

Azpurua, Luis; Mujica, Josefa Rita



 Luis Azpurua
lazpurua@gmail.com
Dirección Médica de Digisalud. Caracas, Venezuela

 Josefa Rita Mujica
rita.mujica@digisalud.org
Sección de Nutrición de Digisalud. Caracas, Venezuela

Revista Digital de Postgrado
Universidad Central de Venezuela, Venezuela
ISSN-e: 2244-761X
Periodicidad: Semestral
vol. 9, núm. 3, 2020
revistadpmeducv@gmail.com

Recepción: 07 Marzo 2020
Aprobación: 07 Junio 2020

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/101/1011187004/index.html>

DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2020.9.3.e230>

© Universidad Central de Venezuela, 2020



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 3.0 Internacional.

Cómo citar: Azpurua L, Mujica JR. Prevalencia de talla baja en niños y adolescentes de nueve entidades federales de Venezuela. Rev Digit Postgrado. 2020; 9(3): e230. doi: 10.37910/RDP.2020.9.3.e230.

Resumen: Introducción: La talla baja de origen nutricional es una manifestación de la carencia sostenida de nutrientes cuando el niño está en su fase de crecimiento. En Venezuela, que está enfrentando una crisis político económica en la cual hay insuficiencia alimentaria, no existen cifras oficiales del problema. El objeto del trabajo es presentar información acerca de cuál es la prevalencia actual del problema. **Métodos:** Se realiza un estudio descriptivo observacional de 16.155 niños evaluados antropométricamente en escuelas municipales, comedores comunitarios y jornadas comunitarias en áreas vulnerables de 9 estados de Venezuela durante el año 2019. La data fue recolectada por voluntarios que trabajaban con organizaciones implementadoras de programas de nutrición a nivel local previamente capacitados. Se almacenó y analizó en la plataforma Digisalud de acuerdo a los patrones de referencia antropométrica del año 2006 de la Organización Mundial de la Salud (OMS). **Resultados:** la prevalencia observada de talla baja en niños menores de 5 años fue de 20,38%, mientras que la de los mayores de 5 años es de 12,83%. En 6 de los 9 estados estudiados, la prevalencia de talla baja es a expensas de niños menores de 5 años. **Conclusiones:** Los resultados, si bien no son representativos de la población venezolana, sí pretenden arrojar luces de lo que está ocurriendo. Se recomienda seguir recolectando data sistemática, estandarizada y preferiblemente digitalizada para tener información homogénea y comparable de la problemática que se está observando, y así poder dar respuesta a través de acciones concretas, medibles y auditables que generen el impacto deseado.

Palabras clave: Desnutrición crónica, Talla Baja, Niños.

Abstract: Introduction: Stunting due to malnutrition is the result of a chronic shortage of nutrients when children are thriving. Venezuela, due to the political and economic crisis that is suffering, has a food insecurity problem. But there is not official data about stunting or other health related issues. The purpose of this study is to know the prevalence about stunting. **Methods:** we did a descriptive observational study of the anthropometric evaluation of 16,155 children less than 19 years that attended municipality schools, alimentary centers and health fairs in nine Venezuelan states during the year of 2019. The data were digitally collected by voluntaries previously trained to gather anthropometric measures that worked in

the implementing organizations, and it was processed and analyzed by the Digisalud Platform according with the 2006 World Health Organization (WHO) anthropometric reference standards. **Results:** There was a 20.48% and 12.83% global prevalence of stunting in children less than 5 years and more than 5 respectively. In six of the nine regions studied stunting in children less than 5 years was observed. **Conclusion:** Although our results are not representative of the Venezuelan population, it shed light to understand this problem. We recommend gathering data in a methodological and standardized way using a technological tool in order to create a reliable database. The analysis and use of this information will generate concrete, measurable and accountable actions for creating the desired impact.

Keywords: Stunting, malnutrition, children.

INTRODUCCIÓN

La mayor velocidad de crecimiento longitudinal del ser humano ocurre durante la gestación y en los primeros 2 años de vida. Al primer año de vida el niño triplica su peso y duplica su talla, motivo por el cual el aporte energético y de nutrientes es vital para tal fin. Si en esa etapa del desarrollo hay una carencia sostenida de nutrientes se observará la presencia de talla baja. Hoy en día es vista como un evento crónico en donde ocurren múltiples fenómenos fisiopatológicos siendo la disminución del crecimiento longitudinal la punta del iceberg. La talla baja está relacionada con la desnutrición crónica, que es la causa más frecuente, y es un problema de resolución intergeneracional⁽¹⁾. La morbimortalidad en niños menores de 5 años con talla muy baja es 3,4 veces mayor que los de talla adecuada⁽²⁾. La desnutrición *per se* se comporta como una inmunodeficiencia en el niño al no poder contar con las proteínas necesarias para el funcionamiento adecuado del sistema inmune. Si la talla baja está acompañada de desnutrición aguda, la mortalidad es de hasta 9,4 veces mayor que los niños con peso y talla adecuada.⁽³⁾

A largo plazo la talla baja de origen nutricional presenta múltiples consecuencias. Cuando ocurre durante la gestación y en los primeros 2 años de vida se produce un daño irreversible en los niños que tiene como resultante una baja escolaridad, repitencia y deserción escolar. El mayor desarrollo cerebral del niño ocurre durante el lapso denominado los primeros 1000 días, que corresponde al período del embarazo, y los 2 primeros años de vida del niño. De no desarrollarse adecuadamente, el niño puede tener alteración de la estructura cerebral, observándose un retardo del desarrollo psicomotor y una conducta exploratoria inadecuada.⁽¹⁾ Este es un problema que va a generar un impacto permanente, siendo más visible cuando las generaciones de población tengan capacidad productiva. El no poder realizar estudios universitarios los lleva a tener un menor ingreso económico, perpetuar el ciclo de la pobreza y tener descendencia con bajo peso al nacer⁽⁴⁾. Lo anterior visto como nación se traduce en una pérdida del capital intelectual, que es lo fundamental en el proceso de generación de valor para la sociedad. Al compararse con países de la región tendrá una merma competitiva a mediano y largo plazo, al no desarrollándose plenamente el potencial intelectual, que es el valor más importante que tiene una nación. Sólo el conocimiento nos ofrece la oportunidad de crear una mayor riqueza de las naciones.⁽⁵⁾

Venezuela está viviendo una profunda crisis política la cual repercute en lo económico y social. En el período 2014 - 2019 hubo una contracción sostenida del producto Interno Bruto (PIB) de un 67%, teniendo una economía que es solo un tercio de lo que era en el año 2013.⁽⁶⁾ Desde noviembre 2017 estamos en hiperinflación⁽⁷⁾ cerrando en el año 2019 con una inflación del 9.585%, siendo la más alta del mundo para

el momento.⁽⁸⁾ Todo lo anterior ha generado un deterioro de las condiciones de vida del venezolano que en el plano nutricional tiene como resultado una alimentación poco balanceada, inoportuna, e inaccesible económicamente. La Encuesta de condiciones de Vida (ENCOVI) el año 2017 reporta en que el 64% de la población estudiada había perdido un promedio de 11,4 Kg⁽⁹⁾ y para el año 2018 el 80% de los hogares encuestados presentan inseguridad alimentaria.⁽¹⁰⁾ En ese mismo año se visibiliza la ayuda humanitaria de la Organización de Naciones Unidas (ONU) y en mayo de 2019 se activa un equipo humanitario con 8 clusters de trabajo.⁽¹¹⁾

Además del dramático panorama antes citado, no se cuenta con estadísticas oficiales del estado de salud de los niños, y en especial de la parte nutricional. El último reporte oficial del Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN) adscrito al Instituto Nacional de Nutrición (INN) fue en el año 2007.⁽¹²⁾ Existe una brecha de información importante que impide la correcta toma de decisiones. Desde que se activa el equipo humanitario de la ONU en mayo de 2019 han resaltado en cada Informe Situacional realizado la brecha de información existente, y la necesidad de contar con la recolección de registros confiables y estandarizados para la toma de decisión.⁽¹³⁾ Es por eso que con este trabajo se busca dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cuál es la prevalencia de talla baja observada en niños, niñas y adolescentes?

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo en el cual se recolectó data de mediciones antropométricas mediante la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia de 3.666 niños menores de 5 años y de 12.489 niños de 5 a 19 años que asistían a escuelas municipales, comedores y jornadas comunitarias realizadas en zonas vulnerables de los estados Anzoátegui, Apure, Miranda, Bolívar, Carabobo, Lara, Nueva Esparta, Zulia, y Distrito Capital durante el año 2019. La data fue recolectada de manera digital por personal voluntario que trabajaba con organizaciones implementadoras de programas de nutrición a nivel local. Dicho personal eran estudiantes de medicina, maestros de escuelas, y médicos de las alcaldías. Todos recibieron una capacitación teórico-práctica para pesar y tallar a los niños previa a la jornada de recolección de datos. Durante la jornada estaban acompañados por un personal calificado de Digisalud para la recolección de muestras el cual hacía seguimiento del proceso.

La data fue almacenada y procesada por la Plataforma Digisalud, un software antropométrico creado por venezolanos que recolecta, almacena, analiza y realiza interpretaciones antropométricas combinadas, de acuerdo al patrón de referencia 2006 de la Organización Mundial de la Salud (OMS).^(14,15) Dicha plataforma es el resultado de 5 años de trabajo en conjunto de profesionales de nutrición, matemáticos, e ingenieros y programadores de computación. La misma ha sido valorada de manera interna usando como referencia los programas computacionales de la Organización Mundial de la Salud (WHO Anthro y WHO AnthroPlus)⁽¹⁶⁾ con más de 75.000 registros, obteniendo una diferencia de 0,01 Z por cada 15.000 registros o el 0,006% de los datos corridos. La plataforma Digisalud determina los valores Z de los índices Peso para la Talla (P-T), Talla para Edad (T-E), Peso para la Edad (P-E) e Índice de Masa corporal para la Edad (IMCe). Al finalizar la jornada, de manera inmediata, se obtienen resultados individuales y grupales, lo cuales son exportables en formato Excel y PDF. Para el caso específico de la talla baja, se toma el índice T-E usando los patrones Z score del referente OMS 2006 el cual es menor de menos 2 Z (<-2Z).⁽¹⁵⁾

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se observan en las siguientes tablas

En la tabla 1 se observan los niños evaluados por entidad federal. Se recolectó data de 9 estados de Venezuela. El Distrito Capital y los estados Miranda y Zulia fueron los que presentaron mayor cantidad de niños evaluados con un 84% de los registros. Si se segmenta por regiones, La región central comprendida por el distrito Capital, y los estados Miranda y Carabobo contienen el 42% de los registros, mientras que la región occidental comprendida por los estados Zulia y Lara contienen el 24,3% de los registros. El resto de la data está repartida en los diferentes estados no pudiéndose agrupar en regiones.

TABLA 1
Niños, Niñas y Adolescentes evaluados por Entidad Federal

Entidad Federal	n	%
Anzoátegui	699	4,33
Apure	580	3,59
Bolívar	233	1,44
Carabobo	93	0,58
Dtto. Capital	3.383	20,94
Lara	421	2,61
Miranda	6.713	41,55
Nueva Esparta	522	3,23
Zulia	3.511	21,73
Total general	16.155	100,00

Las tablas 2 y 3 presentan los niños menores y mayores de 5 años evaluados. Los niños menores de 5 años representan el 22,1% del grupo, teniendo una distribución similar cuando se separan por sexo del 50%. Los niños de 5 a 11 años representan el 69,4% de muestra, con una ligera predominancia hacia el sexo femenino, 51% de la muestra, versus un 49% del sexo masculino. Para los menos de 5 años hay una mayor proporción de niños evaluados entre las edades 3 y 4 (preescolares). Los mayores de 5 años, la mayor proporción de niños evaluados esta entre 5 y 10 años (escolares), seguido de los niños de 11 y 13 años (pre púberes) con menor proporción de adolescentes.

TABLA 2
Distribución de niños menores de 5 años según sexo

Grupos Etarios	M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%
Menores 1 año	118	51,53	111	48,47	229	100,00
1 año	273	49,19	282	50,81	555	100,00
2 años	363	49,86	365	50,14	728	100,00
3 años	480	47,86	523	52,14	1.003	100,00
4 años	602	52,30	549	47,70	1.151	100,00
Total menores de 5 años	1.836	50,08	1.830	49,92	3.666	100,00

TABLA 3
Distribución de niños mayores de 5 años

Grupos Etarios	M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%
5-7 años	2.058	49,69	2.084	50,31	4.142	100,00
8-10 años	2.312	49,10	2.397	50,90	4.709	100,00
11-13 años	1.383	48,59	1.463	51,41	2.846	100,00
14-16 años	315	50,81	305	49,19	620	100,00
17-19 años	70	40,70	102	59,30	172	100,00
Total mayores de 5 años	6.138	49,15	6.351	50,85	12.489	100,00

En cuanto a la talla observada se presentan las tablas 4 y 5:

TABLA 4
Distribución de los Sujetos según Clasificación Talla - Edad

Rango de Edad	Talla Baja		Talla Adecuada		Talla Alta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 5 años	747	20,38	2.858	77,96	61	1,66	3.666	100,00
5 - 11 años	1.267	12,19	9.046	87,01	84	0,81	10.397	100,00
12 - 19 años	335	16,01	1.740	83,17	17	0,81	2.092	100,00
Total	2.349	14,54	13.644	84,46	162	1,00	16.155	100,00

TABLA 5
Prevalencia de talla baja por Entidad Federal

Entidad Federal	TB	TB	TB
	<5 Años (%)	>5 Años (%)	Total (%)
Anzoátegui	16,77	26,32	17,82
Apure	41,23	26,02	31,55
Bolívar	28,00	19,62	22,32
Carabobo	20,00	22,89	22,58
Dtto. Capital	15,69	8,29	9,89
Lara	17,82	12,33	14,96
Miranda	19,63	11,30	13,04
Nueva Esparta	16,77	26,32	17,82
Zulia	21,83	15,03	15,58
Total general	20,38	12,83	14,54

El 84,5% de los niños evaluados, presentan talla adecuada para su edad, mientras que el 14,5% presenta talla baja (tabla 5). Cuando se segmenta la misma, en los niños menores de 5 años se observa que es de un 20,4%; en niños mayores de 5 años es del 12,8%. Cuando se divide este último grupo, la prevalencia de talla baja en niños de 5 a 11 años es de 12,19% mientras que en niños de 12 a 19 años es del 16% (tabla 4).

Cuando se evalúa los resultados por Entidad Federal, se encuentra cómo varía la prevalencia de talla baja, siendo los estados Apure, Bolívar y Carabobo las entidades con mayor prevalencia, mientras que el Distrito Capital, Miranda y Lara las de menor prevalencia observada en el estudio. También es importante destacar

que en la mayoría de los estados estudiados, la tendencia es que la prevalencia de talla baja es a expensas de niños menores de 5 años. Sólo en los estados Anzoátegui, Carabobo y Nueva Esparta la prevalencia de talla baja encontrada en niños mayores de 5 años de edad es superior a la de los menores de 5 años.

DISCUSIÓN

Se presentan los resultados de las evaluaciones antropométricas realizadas en 16.155 niños y adolescentes entre los 10 días de vida y los 19 años de edad realizadas en zonas vulnerables de 9 diferentes regiones geográficas de Venezuela.

La prevalencia general observada en el estudio en niños menores de 5 años es de 20,4%, mientras que la prevalencia en niños mayores de 5 años es de 12,8%. De acuerdo a la OMS para el año 2018, la media de prevalencia de talla baja en Latinoamérica en menores de 5 años de edad era de un 9%, lo que significa que los hallazgos son 2,25 veces mayor que la prevalencia Latinoamericana.⁽¹⁷⁾ No hay cifras oficiales de la talla baja en Venezuela. Según datos del Informe País de la Organización Panamericana de la Salud (OPS),⁽¹⁸⁾ la desnutrición crónica en niños menores de 5 años se había reducido en el año 2009 del 13,4% hasta el 3,3% para el año 2013. De ser ciertas estas cifras, y conociendo que uno de los indicadores de medición de la desnutrición crónica es la talla baja, se observa un incremento de 6,2 veces del valor reportado para el año 2013. También cuando se segmenta la prevalencia de talla baja en menores y mayores de 5 años se encuentra que la talla baja en menores de 5 años es 1,58 veces mayor que la de los mayores de 5 años. Podría ser interpretado como que se está ante un evento reciente el cual afecta ese segmento de la población, y que podría haber comenzado en el año 2013. Lo anterior es explicable por la crisis severa que transita Venezuela. No existe información regional para comparar los resultados de talla baja en niños mayores de 5 años.

Es importante resaltar que los resultados presentados provienen de una muestra que no es representativa de la población venezolana. Los mismos no son concluyentes ni pretenden ser un patrón guía de la nuestra realidad. La diferencia de prevalencia observada en las regiones, por ejemplo, son fotografías de un contexto local la cual no es necesariamente la realidad de una región. No se pretende tener la visión global del problema. Sin embargo, ante la falta de información oficial existente se quiere arrojar una luz de lo que está ocurriendo. La medición sistemática de grupos de población de manera estandarizada llevará a conocer esa realidad.

CONCLUSIONES

Los resultados aquí obtenidos, si bien no son representativos de la población venezolana, sí arrojan luces para comenzar a tener información actual de la magnitud de la situación. Se recomienda seguir levantando data de manera sistemática, estandarizada y preferiblemente digitalizada para tener información homogénea y comparable de la problemática que se observa, y así poder dar respuesta a través de acciones concretas, medibles y auditables.

REFERENCIAS

1. Prendergast AJ, Humphrey JH. The stunting syndrome in developing countries. *Paediatr Int Child Health*. 2014;34(4):250-65. doi: 10.1179/2046905514Y.0000000158.
2. McDonald CM, Olofin I, Flaxman S, et al. The effect of multiple anthropometric deficits on child mortality: meta-analysis of individual data in 10 prospective studies from developing countries. *Am J Clin Nutr*. 2013;97(4):896-901. doi:10.3945/ajcn.112.047639
3. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008;371:243-60.

4. Victora C, Adair L, Fall C, Hallal P, Martorell R, et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet* 2008; 371: 340–57.
5. Viedma Marti JM. In Search of an Intellectual Capital Comprehensive Theory. *The Electronic Journal of Knowledge Management*. 2007; 5(2): 245-256
6. Periódico el Universal [Internet]. Caracas. J.M: Puente: Es negativa la dolarización en Venezuela. 2020 Enero 28. [citado en 2020 Feb 18]. Disponible en: <https://www.eluniversal.com/economia/60536/jm-puente-es-negativa-la-dolarizacion-en-venezuela>
7. Periódico el Nacional [Internet] Caracas. Inflación vuelve a romper record: en noviembre se ubicó en 56,7%. 2017 Dic 8. [citado en 2020 Feb 18]. Disponible en: https://www.elnacional.com/crisis-economica/inflacion-vuelve-romper-record-noviembre-ubico-567_214561/
8. Banco Central de Venezuela [Internet] Caracas. Estadísticas al consumidor. [citado en 2020 Feb 18]. Disponible en: <http://www.bcv.org.ve/estadisticas/consumidor>
9. Encuesta Nacional de Condiciones de vida (ENCOVI) [Internet]. 2018 Feb 02. [Citado en 2020 Feb 18] Disponible en: <https://encovi.ucab.edu.ve/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/ucv-ucab-usb-encovi-alimentacion-2017.pdf>
10. El Ucabista [Internet]. 2019 Feb. [Citado en 2020 Feb 18]. Disponible en: <https://elucabista.com/wp-content/uploads/2019/02/Presentacion-Encovi-2018-y-Plan-Pa%C3%ADs-Def.pdf>
11. OCHA UN. [Internet]. 2019 Ago 23. Venezuela: respuesta humanitaria Informe de situación No. 02. [citado en 2020 Feb 18]. Disponible en: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/20190823_VEN_SITREP2_ES_FINAL.pdf
12. Examen ONU Venezuela [Internet]. Observatorio Venezolano de la Salud, Fundación Bengoa para la Alimentación y Nutrición, Centro de Investigaciones Agroalimentarias. Obligaciones con el Derecho a la Alimentación en Venezuela. 2016 Sept. [citado en 2020 Feb 18]. Disponible en: <http://www.examenonuvenezuela.com/web/wp-content/uploads/2016/09/Fundaci%C3%B3n-Bengoa-OVS-informe.pdf>
13. OCHA UN. [Internet]. 2020 Feb 17. Venezuela: Informe de Situación Última actualización 17 Feb 2020. [citado en 2020 Feb 18]. Disponible en: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Informe%20de%20situaci%C3%B3n%20-%20Venezuela%20-%202017%20feb.%202020.pdf>
14. OMS. Patrones de crecimiento infantil. [Internet]. OMS 2006. [citado 2019 Oct 23] Disponible en: <https://www.who.int/childgrowth/standards/es/>
15. OMS. Growth reference 5-19 years. [Internet]. OMS. [citado 2019 Oct 23] Disponible en: <https://www.who.int/growthref/tools/en/>
16. WHO [internet] Child growth standards.WHO Anthro Survey Analyser and other tools. [citado 2020 May 26]. Disponible en:<https://www.who.int/childgrowth/software/en/>
17. WHO [internet] Joint child malnutrition estimates 2020 edition. [citado 2020 Jun 06]. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/tableau-public/tpc-frame.jsp?id=402>
18. OPS. [Internet]. La salud en las Américas. Informe país Venezuela.2017. [citado 2020 Feb 17]. Disponible en:https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t_es=informes-de-pais/venezuela&lang=es