

MSF
Abril 2013

Níger 2013

Combater la combinación letal de malaria y desnutrición



© Juan Carlos Tomás

Índice

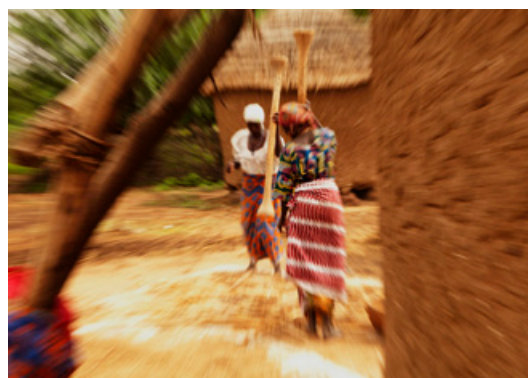
3	Un ciclo de desnutrición
4	Desnutrición y malaria, una combinación letal
6	Gran pico de la malaria en 2012
8	Enfoques innovadores para reducir las tasas de mortalidad en 2013
9	Un problema de salud pública
10	Retos

Foto de portada:

Hospital de Madaoua, región de Tahoua. Níger.

“Somos una familia de seis. No tenemos suficiente comida para todos porque no hemos podido recoger nuestra cosecha. La estación de lluvias ya ha empezado pero el mijo todavía no ha crecido. La cosecha del año pasado se ha agotado. Siempre tenemos el mismo problema.”

Hadiza Adamou, de 30 años, procedente de Madaoua, región de Tahoua, julio de 2012.



© Juan Carlos Torralba

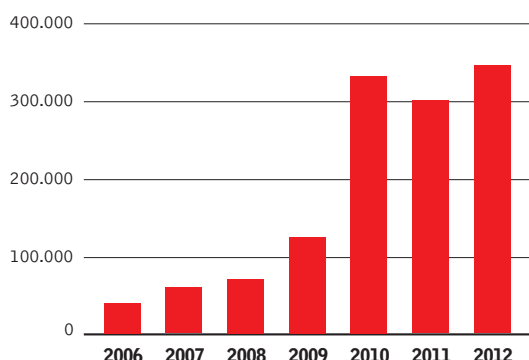
Dos mujeres muelen grano en un poblado en Níger.



© Juan Carlos Torralba

Hora de la comida en el hospital de Madaoua.

Número de niños con desnutrición aguda severa tratados en Níger (2006/2012)



Fuente: Unicef, Ministerio de Sanidad de Níger.

Un ciclo de desnutrición

En la región de Sahel, la vida está regida por las estaciones. Un corto pero intenso período de lluvias de mayo a septiembre, seguido por una temporada seca de octubre a abril. La población depende en gran medida de los cultivos que crecen durante la estación de lluvias. Luego hay un largo período entre cosechas, conocido como “época de escasez” o *hunger gap* en inglés, cuando la población tiene que vivir de sus menguantes reservas de alimentos mientras espera a la siguiente recolecta.

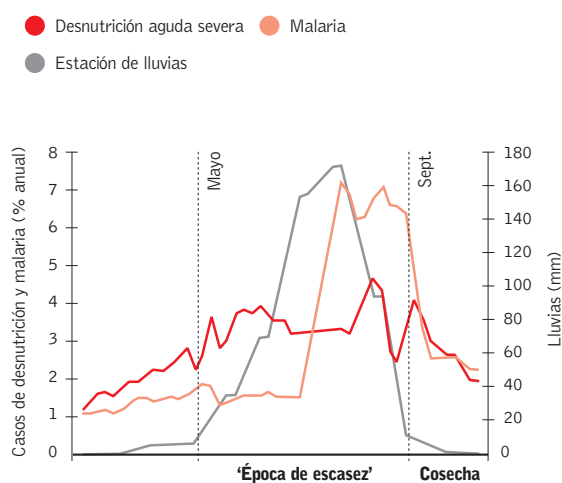
Este contexto provoca años buenos y malos según las condiciones climáticas y su impacto en el volumen de la cosecha. Sin embargo, la desnutrición es endémica en algunas áreas de la región e incluso en los años “buenos”, la tasa de desnutrición aguda durante el “período de escasez” llega hasta el umbral de alerta de más de 10% en niños menores de 5 años, con picos que a menudo alcanzan o sobrepasan el umbral de emergencia de 15%.

En Níger, esta situación recurrente se hizo particularmente patente en la crisis nutricional de 2005 que provocó una gran respuesta de emergencia por parte de actores nacionales e internacionales. El Gobierno de Níger adoptó entonces un protocolo novedoso para tratar la desnutrición, basado en un modelo de atención domiciliar con alimentos terapéuticos listos para usar (RUTF, por sus siglas en inglés). Con estos alimentos terapéuticos, la madre podía tratar al niño en casa, liberando camas de hospital y personal médico, y permitiendo la descentralización del tratamiento a la comunidad. A diferencia del modelo anterior basado en la hospitalización, el tratamiento de niños con desnutrición aguda severa pudo hacerse entonces a gran escala. Este sistema que se implementó durante la emergencia nutricional, ha conseguido desde entonces una gran cobertura e implementarse a lo largo del país.



Sala de admisiones del hospital de Madaoua.

Estacionalidad de la desnutrición, malaria y lluvias en Níger, 2007

Fuente: *Plos Medicine*

Desnutrición y malaria, una combinación letal

La “época de escasez”, cuando se dan más casos de desnutrición, coincide con la estación de lluvias, cuando los mosquitos se reproducen y el número de casos de malaria se dispara.

La desnutrición y la malaria forman un círculo vicioso que tiene un enorme impacto en la morbilidad y la mortalidad de los grupos más vulnerables de población. Los niños desnutridos tienen sistemas inmunológicos muy debilitados, por lo que sus organismos son menos capaces de combatir enfermedades como la malaria, la diarrea y las infecciones respiratorias. Los niños que padecen estas enfermedades también tienen más probabilidades de padecer desnutrición.

En los últimos años y combinado con los esfuerzos para combatir la desnutrición, el Gobierno de Níger ha implementado diferentes medidas para reducir la mortalidad infantil. Desde hace varios años, la atención sanitaria para los niños menores de 5 años es gratuita y se ha avanzado mucho en cobertura de inmunización, reclutamiento de personal sanitario y número de casos tratados de malaria.

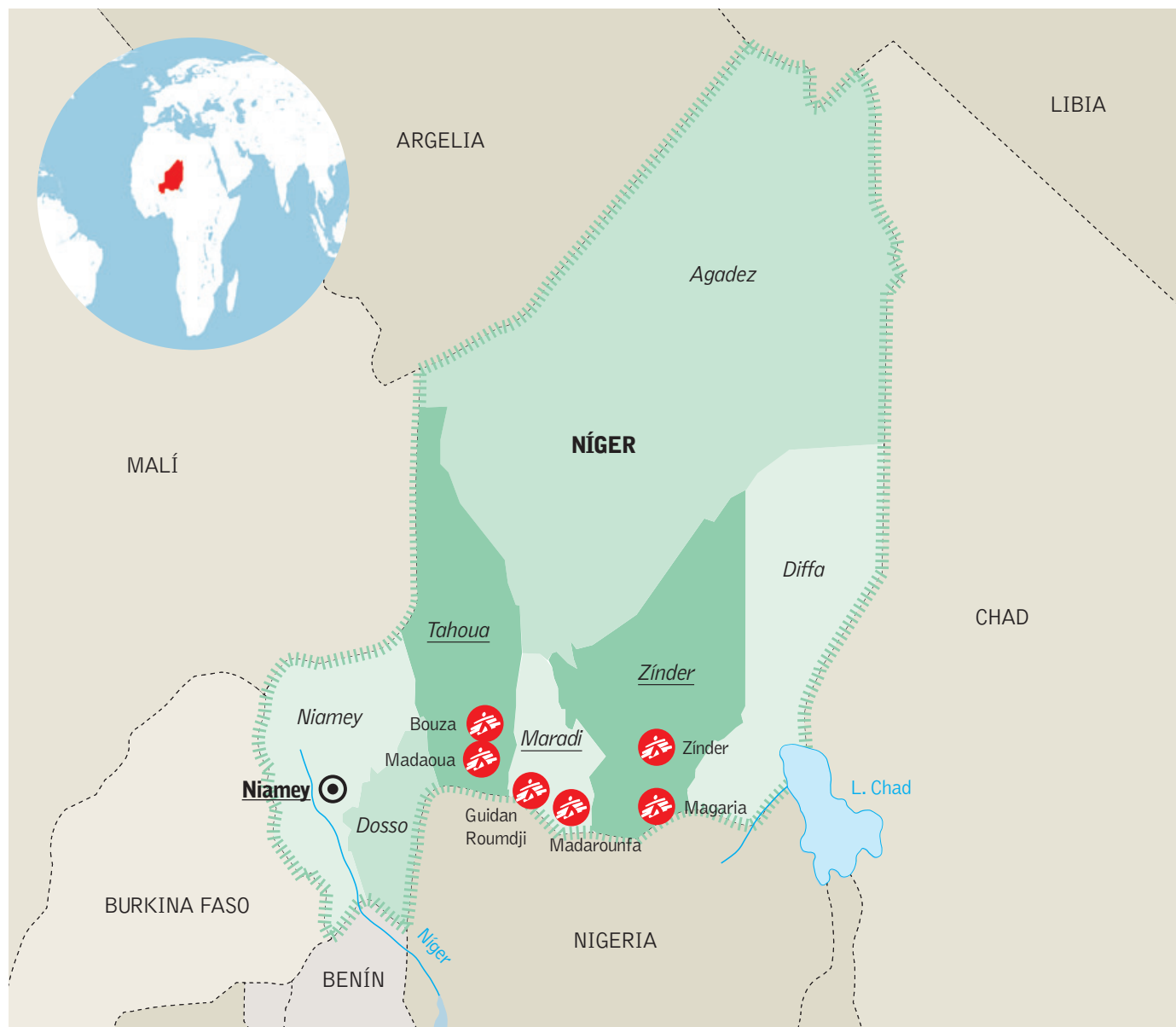


© Juan Carlos Fornasí

Sala de admisiones del hospital de Madaoua.

Médicos Sin Fronteras (MSF) también ha llevado a cabo una serie de actividades concretas en Níger para poder hacer frente a esta emergencia crónica, mejorando el acceso a la atención sanitaria para niños menores de 5 años y mujeres embarazadas. En 2012, equipos médicos en las regiones de Zínder, Maradi y Tahoua gestionaron programas nutricionales ambulatorios en unos 37 centros de salud. Los pacientes con desnutrición severa que necesitaban atención hospitalaria fueron ingresados en los centros de nutrición intensiva de los hospitales de Zínder, Magaria, Madarounfa, Guidan Roumdji, Madaoua y Bouza.

En distritos como Madarounfa, MSF trabaja con la organización médica local *Forum Santé Niger* (FORSANI) en el desarrollo de proyectos de atención pediátrica que integran la prevención y el tratamiento temprano de la malaria y la desnutrición con el objetivo de reducir la morbilidad y la mortalidad en este grupo de edad tan vulnerable.





© Juan Carlos Fornas

Prueba de malaria en un centro de salud de Madaoua.

En el distrito de Madaoua, MSF también ha implementado una estrategia para diagnosticar y tratar a niños que padecen malaria lo antes posible. La estrategia, conocida como PECADOM (del francés *Prise En Charge A Domicile* o Atención a Domicilio) tiene como objetivo acercar el diagnóstico y tratamiento de la malaria a las zonas rurales, donde previamente no existía. Para ello, MSF ha formado a agentes de salud en los puestos de atención periféricos y a promotores de salud comunitarios en las aldeas lejos de las estructuras médicas, para diagnosticar y tratar los casos de malaria simple. Una red de enfermeros se desplaza en moto y camello por toda la zona, distribuyendo pruebas diagnósticas y tratamientos a los agentes de salud y se asegura de que los utilizan correctamente.

“En las zonas rurales hay un grave problema de acceso: los tests y el tratamiento solo están disponibles, y no siempre, en los centros de salud. En ocasiones, el centro de salud más cercano está a 5 o 10 horas de distancia, así que una madre (probablemente embarazada) caminando con un niño enfermo de malaria a cuestas es incapaz de llegar al centro para conseguir el tratamiento. Deciden probar remedios naturales, medicina tradicional y solo acuden al centro de salud cuando el niño está ya muy grave: convulsiones, anemia severa, afectación neurológica.”

Esperanza Santos, equipo de emergencia de MSF.
Trabajó en Níger en 2012.

Gran pico de la malaria en 2012

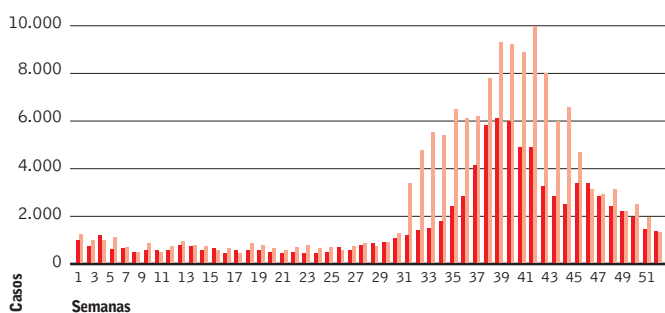
En 2012, el pico de malaria fue mucho más elevado que en 2011. Desde principios de año al 7 de octubre, se reportaron 2.630.075 casos de malaria en el país y 3.049 muertes, en relación a 1.961.811 casos y 251 muertes durante el mismo período en 2011. En los distritos de Madaoua y Bouza, en la región de Tahoua, una de las zonas donde trabaja MSF, el aumento de casos fue muy importante.

Incidencia semanal de malaria en 2011 y 2012

Madaoua

Número total de casos en 2011: 88.580

Número total de casos en 2012: 146.306

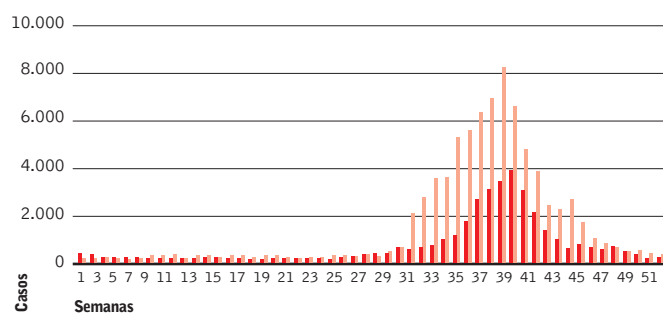


● 2011 ● 2012

Bouza

Número total de casos en 2011: 39.448

Número total de casos en 2012: 81.956



Fuente: Ministerio de Sanidad.

Debido a la elevada incidencia de la malaria, se produjo un importante aumento del número de ingresos hospitalarios de niños desnutridos con malaria. En el hospital del distrito de Madaoua, donde MSF gestiona las salas de pediatría y desnutrición, se ingresaron 17.306 niños con desnutrición aguda severa en 2012, en torno al 57% con malaria.

“La desnutrición severa aguda, cuando no tiene ninguna complicación asociada, se puede tratar a nivel ambulatorio, así podemos llegar a muchos más niños y además es mejor para las familias. Sin embargo, con una incidencia tan alta de malaria, estamos ingresando un porcentaje mucho mayor de niños desnutridos gravemente enfermos. Estos niños tienen un sistema inmunológico muy frágil, así que su pronóstico es más grave cuando tienen que hacer frente a enfermedades como la malaria.”

Cristian Casademont, referente médico de MSF para Níger, octubre de 2012.



© Juan Carlos Tomasi

Diagnóstico de malaria en un centro de salud de Madaoua.

MSF llevó a cabo una encuesta de mortalidad retrospectiva en Madaoua y Bouza para recabar más información sobre las tasas de mortalidad por malaria. Se analizó el período del 20 de julio al 9 de diciembre de 2012 y la encuesta cubrió a un total de 5.708 personas, 1.078 de las cuales niños menores de 5 años. Los resultados fueron incluso peores de lo previsto.

Principales resultados de la encuesta

Tasa bruta de mortalidad: 2.4/10.000/día	El 45,4% de las muertes debidas a la malaria	Umbral de Emergencia: 1/10.000/día
Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años: 7.0/10.000/día	El 60,7% de las muertes debidas a la malaria	Umbral de Emergencia: 2/10.000/día
El 64,8% murieron en casa	El 22% murieron en el hospital	

Las tasas de mortalidad superaron con creces el umbral de emergencia. La tasa bruta de mortalidad multiplicó por dos el nivel de emergencia según criterios de OMS, mientras que la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años fue tres veces superior al umbral de emergencia. El impacto de la malaria sobre la mortalidad de la población fue significativo, representando más de la mitad de las muertes de niños menores de 5 años. E incluso con los esfuerzos hechos para mejorar el acceso de la población a la atención sanitaria, un 64,8% de las muertes ocurrieron en casa.

La encuesta de mortalidad ofrece una idea de lo que ocurrió en dos distritos de Níger, y no es posible extrapolar estas cifras a todo el país. Sin embargo, hay que tener en cuenta estos resultados a la hora de preparar la próxima respuesta a la “época de escasez” y a la estación de la malaria en 2013.



© Juan Carlos Tomasi

Farmacia en un centro de salud. Distrito de Madaoua.

Enfoques innovadores para reducir las tasas de mortalidad en 2013

En 2013, una vez más, Níger volverá a hacer frente al hambre y a la malaria. A pesar de que las cosechas han sido mejores que el año pasado, se prevé que el número de casos de desnutrición sea de nuevo muy elevado, cerca de 300.000.

En el transcurso de los últimos años, los modelos para combatir la desnutrición han cambiado para incluir la prevención como un elemento clave a la hora de responder al problema. Siguiendo la misma lógica, hay que hacer mucho más en materia de prevención de la malaria.

Durante 2013 y basándose en su experiencia en 2012, MSF tiene previsto incrementar sus actividades para mejorar la prevención de la malaria en las comunidades. La organización seguirá formando a profesionales sanitarios de la comunidad y a los líderes comunitarios sobre cómo detectar y tratar la malaria, y seguirá distribuyendo mosquiteras. MSF también pondrá a disposición de más centros de salud las terapias combinadas con artemisinina (TCA) y ampliará la atención a domicilio o PECADOM, poniendo los diagnósticos y tratamientos al alcance de la población en la zona rural.



© Juan Carlos Tomasi

Explicación sobre el uso de mosquitera. Distrito de Madaoua.

Si las condiciones de seguridad lo permiten, la organización también prevé implementar en el distrito de Madaoua una nueva estrategia para prevenir la malaria, conocida como quimioprevención de la malaria estacional (SMC, *seasonal malaria chemoprevention*). Con la SMC, los niños de entre 3 y 59 meses reciben un curso completo de tratamiento antipalúdico durante el pico de la estación de malaria. Así entre los meses de julio a octubre, estos niños tomarán tres tabletas de amodiaquina y una de sulfadoxina/pirimetamina durante tres días una vez al mes.

El año pasado, MSF implementó esta estrategia en Malí y Chad con resultados prometedores. En Malí, donde la estrategia llegó a más de 165.000 niños en el distrito de Koutiala, hubo una reducción del 66,5% del número de consultas por la malaria simple dentro de las primeras semanas después de la distribución de medicamentos, y una reducción del 70% del número de niños admitidos en el hospital con malaria severa. En Chad, donde la SMC llegó a 11.000 niños, a las ocho semanas de haberse iniciado la primera distribución de medicamentos, los equipos registraron una reducción del 78% del número de pacientes con malaria simple tratados en los centros de salud.

En marzo de 2012, la OMS recomendó la quimioprevención de la malaria estacional en base a una investigación llevada a cabo en varios países africanos con altos niveles de malaria estacional. El Ministerio de Sanidad de Níger también prevé implementar la SMC en varias zonas del país.

“Tenemos que buscar enfoques innovadores para responder a la combinación mortal de malaria y desnutrición y para ello tenemos que trabajar en dos niveles al mismo tiempo: el preventivo y el curativo. Históricamente, nos hemos centrado más en el tratamiento, así que trabajar en prevención es algo bastante novedoso para MSF. Año tras año, oímos hablar de esta doble crisis en Níger. Tenemos que actuar para evitar que tanta gente siga muriendo de causas prevenibles.”

Luis Encinas, responsable de programas para Níger, abril de 2013.



© Juan Carlos Tomás

Consulta médica en el hospital de Madaoua.



© Juan Carlos Tomás

Jornada de sensibilización comunitaria. Distrito de Madaoua.

Un problema de salud pública

La desnutrición es endémica en Níger y en 2012, más 368.000 niños con desnutrición aguda severa fueron tratados en el país. Las cifras de años anteriores son también muy altas: 307.000 en 2011 y 330.000 en 2010. Sin embargo, Níger no es necesariamente el país con más desnutrición aguda severa en la región sino donde mayor porcentaje de niños tienen acceso a tratamiento. El millón de niños tratados en los últimos tres años muestra el gran esfuerzo hecho por el Gobierno de Níger para hacer frente a este problema.

La malaria también es un problema recurrente, teniendo en cuenta la incidencia de la enfermedad y el número de casos reportados, y tiene que ser tratada al mismo tiempo y con la misma urgencia. Ambos son problemas de salud pública en Níger y deben tratarse como tales.

Para combatir esta combinación letal, es necesario un enfoque holístico que integre el tratamiento de la desnutrición aguda severa con un fuerte componente de malaria, y deben formar parte de un conjunto de medidas básicas de salud dirigidas a los niños más pequeños, como la vacunación, y apoyadas con suplementos nutricionales para ayudar a los niños a crecer sanos.

En la misma línea, es crucial mejorar el acceso a la salud con la descentralización de la asistencia a la zona rural, lo que permitirá un diagnóstico y tratamiento temprano de las enfermedades comunes y evitará una sobrecarga masiva de los casos complicados que deben tratarse a nivel hospitalario. Estrategias claves para prevenir y tratar la malaria, como la SMC y el PECADOM, deben formar parte de este enfoque descentralizado, así como la nutrición y la inmunización, para conseguir una atención integrada basada en las necesidades y no centrada en un solo problema.

“El esfuerzo para tratar la desnutrición aguda severa en Níger es tremendo y hay que apoyarlo. El problema en 2012 fue que el plan masivo para tratar la desnutrición aguda severa se preparó e implementó pero no incluyó otras necesidades médicas, en particular la malaria y la inmunización. La respuesta se construyó para la crisis nutricional y no tuvo en cuenta que incluso con la nutrición apropiada, puedes perder a un niño por malaria y por infecciones respiratorias que se podrían prevenir con la vacuna neumocócica. Para la supervivencia del niño es necesario una respuesta integrada y no empujar una u otra de forma exclusiva.”

José Antonio Bastos, presidente de MSF España, abril 2013.



Paciente del programa de MSF. Distrito de Madaoua.

Retos

Además de las estrategias innovadoras y preventivas que MSF pondrá en marcha este año en Níger, la organización sigue de cerca los retrasos actuales en los mecanismos de financiación para las pruebas rápidas de diagnóstico y el tratamiento de malaria. La falta de estos tests y de terapias combinadas con artemisinina ya se identificó el año pasado, y con la próxima época de malaria, los equipos de MSF siguen con preocupación la crucial disponibilidad del diagnóstico y tratamiento en los próximos meses.

Otro reto es la situación de seguridad en Níger que se deterioró en 2012 y principios de 2013, principalmente debido a los conflictos en Malí y Nigeria, limitando la capacidad de los trabajadores humanitarios de acceder a las personas que lo necesitaban. MSF ha tenido que evaluar constantemente la situación de seguridad y tomar las medidas necesarias para poder seguir trabajando; las restricciones en materia de acceso inevitablemente complicaron la implementación de las actividades médicas y humanitarias por parte de la organización. Durante el resto de 2013, las condiciones de seguridad pueden obstaculizar el despliegue de la ayuda humanitaria en Níger, por lo que es necesario avanzar y elaborar estrategias alternativas que puedan implementarse incluso en condiciones difíciles.



**Escrito y editado por
Médicos Sin Fronteras**

Abril 2013

Contacto:

+ 34 (0) 933 046 100

office-bcn@barcelona.msf.org

www.msf.es