

ANEMIA INFANTIL Y ANEMIA EN GESTANTES EN EL PERU

CHILDHOOD ANEMIA AND ANEMIA IN GESTANTS IN PERU

Guillermo Luis Gómez Guizado ^{1,2,a}

1. Departamento Académico de Ciencias Básicas. Facultad de Medicina Humana, Universidad San Martín de Porres. Lima, Perú.
 2. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.
- a. Médico Epidemiólogo de Campo.



Señor Editor, la anemia afectó al 43.6% de los niños menores de 3 años en el 2017 ¹, y ha mostrado una disminución de cerca de 20 puntos porcentuales en relación al 2000 (60.9%), pero mantiene estable su prevalencia desde el 2011 (41.6%) en adelante ². Entre ellos, los más afectados fueron los de 6 a 8 meses de edad (59.2%), del área rural (53.3%), de la sierra (52.0%) y la selva (53.6%), y de los quintiles I (55.3%) y II (49.1%), siendo la educación de la madre un factor de riesgo importante ³, ya que si no tuvo educación o solo tuvo primaria, la prevalencia de anemia fue mayor (52.5%) ¹.

Con las prevalencias tan altas entre los 6 a 8 meses de edad, la proporción de anemia en gestantes debe ser considerada en su real dimensión. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) reportó 29.6% (2017) ³ y el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN), del CENAN-INS, informó 23.2% (2017) ⁴, pero la prevalencia de anemia aumenta conforme progresa la gestación, siendo mayor en el III trimestre ⁵, con cifras por encima del 30%. Aunque no hay estudios de ferropenia sin anemia en gestantes, de acuerdo a las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta podría corresponder a una o dos gestantes por cada gestante con anemia ⁶, por lo que la prevalencia total de ferropenia, con o sin anemia, en gestantes sería mucho más alta, que explicaría las cifras de anemia en lactantes.

Por ello, en referencia al artículo "Niveles de hemoglobina y funcionalidad familiar en gestantes del sur de Lima, Perú", considero que el papel de la familia si juega un rol como factor, aunque el estudio tuvo limitaciones por el tamaño de la muestra, que no permitieron demostrar la correlación, siendo esta baja ($r = 0.122$, $p = 0.521$), con una pequeña proporción explicada por la funcionabilidad familiar en relación con la anemia ($r^2 = 0.015$) ⁷.

Esta funcionabilidad familiar podría mejorar los estilos de vida, en especial, lo relacionado al patrón alimentario de la familia (incluidos gestantes y niños), que en el país es un factor determinante, por el alto consumo de hierro de origen vegetal, que es de biodisponibilidad y absorción intestinal

Financiamiento

Autofinanciado

Conflicto de interés

El autor declara no presentar conflictos de interés

Recibido

16 de julio del 2018

Correspondencia

Guillermo Luis Gómez Guizado. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, Instituto Nacional de Salud.
ggomez@ins.gob.pe

Cita bibliográfica

Gómez-Guizado G. Anemia infantil y anemia en gestantes en el Perú. Rev Int Salud Matern Fetal. 2018; 3(3): 20 - 21.

baja, más acentuado en los hogares pobres y rurales ⁸. La encuesta de Vigilancia Alimentaria Nutricional por Etapas de Vida (VIANEV) 2015, en niños menores de 3 años, encontró una mediana de ingesta usual de 6.6 mg/día de hierro total, que fue menor en el ámbito rural; y solo 3 de cada 5 niños (61.8%) logró cubrir sus requerimientos diarios ⁹. Por otro lado, el consumo de hierro de origen animal está limitado al consumo de pollo (17.4 kg per cápita al año), que es tres veces el consumo de carne de vacuno (5.1 kg per cápita al año), y cinco veces el consumo de menudencias (3.5 kg per cápita al año) ¹⁰, los que tienen mayor contenido de hierro, además del hecho que se consumen menos en los quintiles más pobres y en las áreas rurales.

Resolver la anemia en las gestantes, ayudará a resolver la anemia infantil, aunque el problema de la anemia tiene múltiples factores. Por ello, se requiere de un mayor compromiso político regional y local para disminuirla, como también se requiere del compromiso del personal de las áreas de salud materna e infantil, para una coordinación más estrecha en las estrategias a implementar y una estandarización en los mensajes y educación sobre los temas relacionados a anemia.

Otra medida efectiva a corto plazo, es la ligadura oportuna del cordón umbilical, pero que se toca de manera tangencial, sin ningún sistema de seguimiento y evaluación, y también requiere ser estandarizada, más aún cuando el parto institucional ha incrementado su cobertura. Se ha estado hablando de ello, pero ¿Cuánto se ha logrado en el país? ¿Cuál es su efecto?

La suplementación preventiva, en gestantes y niños, no se resuelve con la cobertura del establecimiento de salud (18.5% con control prenatal tardío en gestantes y solo 60% de niños menores de 3 años con control CRED completo ¹). ¿Es suficiente restringirla a las consultas de control prenatal y de CRED? ¿La población objetivo será cubierta con solo la atención en estos consultorios en zonas urbanas, en especial

las de alta densidad poblacional y sobretodo en niños? ¿Qué otras opciones se tienen? Por otro lado, ¿Cómo está la adherencia a la suplementación preventiva con hierro y al tratamiento de la anemia, tanto en gestantes como en niños?

El cambio de los patrones de alimentación tomará mayor tiempo, se requiere invertir en educación sanitaria, pero también la estrategia debe incluir el desarrollo del país con mejoras socioeconómicas de la población y el mejor acceso a las fuentes de hierro. Por ello, la fortificación de alimentos, como el arroz, es una opción viable en el mediano plazo y debería ser acelerada, lo que favorecerá tanto a la gestante como al niño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Indicadores de resultados de los programas presupuestales, 2012-2017. ENDES. Lima. 2018.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Indicadores de resultados de los programas presupuestales, 2000-2011. ENDES. Lima. 2012.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar - ENDES, 2017. Lima. 2018.
4. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Estado Nutricional en niños y gestantes de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud - Informe Gerencial Nacional 2017. Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN). DEVAN-CENAN-INS. Lima. 2018.
5. Munares-García O, Gómez-Guizado G, Barboza-Del Carpio J, Sánchez-Abanto J. Niveles de hemoglobina en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2011. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012; 29(3):329-36.
6. WHO. Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control. A guide for programme managers. Geneva. 2001.
7. Inca V. Niveles de hemoglobina y funcionalidad familiar en gestantes del sur de Lima, Perú. Rev Int Salud Matern Fetal. 2018; 3(2): 3-7.
8. Ministerio de Salud del Perú. Plan Nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú: 2017-2021. Documento técnico. Lima. 2017.
9. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Informe final: Encuesta Vigilancia alimentaria nutricional por etapas de vida - VIANEV, niños menores de 36 meses - 2015. DEVAN-CENAN-INS. Lima. 2016.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Consumo per cápita de los principales alimentos 2008-2009. Encuesta nacional de presupuestos familiares (ENAPREF). Lima. 2012.