



Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

Evidencia para la política pública en salud

■ Anemia en mujeres en edad reproductiva: ir al problema en el origen

Introducción

La anemia afecta a la mitad de los niños y de las mujeres embarazadas y a entre 20 y 25% de las mujeres no embarazadas en países en desarrollo.¹

La anemia representa una causa subyacente de mortalidad materna y perinatal² además de aumentar el riesgo de partos prematuros en mujeres embarazadas y bajo peso al nacer.³ Durante la vida adulta, la anemia disminuye considerablemente la productividad y calidad de vida de los individuos. En términos de productividad, se ha estimado que la corrección de la anemia en adultos tiene beneficios en un intervalo de 5-17% en trabajos manuales y de 4% en los demás tipos de trabajo.

En México, la última información disponible en el ámbito nacional data de 2006, en donde 15% de las mujeres en edad fértil y 20% de las mujeres embarazadas padecían de anemia.⁴

El objetivo de este documento es evidenciar la tendencia de la anemia en mujeres en edad fértil durante los últimos años y proponer el desarrollo de acciones de salud pública para su control.

Resultados

Se incluyó la información de 18 753 mujeres de 12 a 49 años de edad. Del total anterior, 635 corresponden a mujeres embarazadas y 18 118 a mujeres no embarazadas.

En una muestra de sangre capilar y con la ayuda de un fotómetro portátil, se analizó la concentración de hemoglobina (Hb). Las concentraciones de hemoglobina fueron ajustadas por

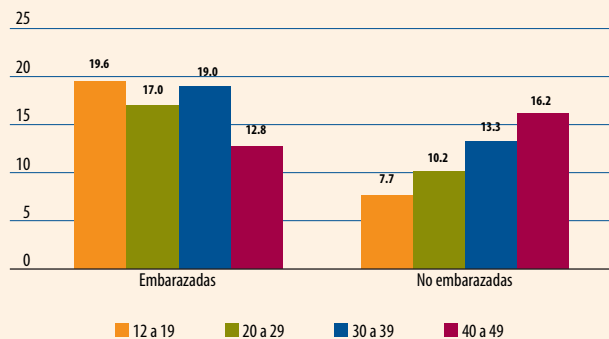
altitud de acuerdo a la fórmula de Cohen y Hass.⁵ Los puntos de corte para el diagnóstico de anemia fueron los propuestos por la OMS:⁶ <120 g/l en mujeres no embarazadas y <110 g/l en embarazadas.

La información se presenta por área de residencia (urbana/rural), por década de edades, por índice de condiciones de bienestar (construido por el método de componentes principales, que incluyen características de construcción de la vivienda y posesión de bienes) y por cobertura de programas de suplementación y de ayuda alimentaria dirigidos a mujeres en edad fértil. Para observar las tendencias en el tiempo, la información se comparó con los datos recolectados en dos encuestas nacionales de nutrición previas: 1999 (ENN 99) y 2006 (ENSANUT 2006).

Actualmente la prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil es de 17.0% entre las embarazadas y de 11.5% en las no embarazadas. Los grupos de edad más afectados por la anemia fueron el de 12 a 19 años (19.6%) y el de 30 a 39 años (19.0%) en las embarazadas y los de 40 a 49 años (16.2%) y 30 a 39 años (13.3%) en las no embarazadas (figura 1).

Desagregando por área de residencia, la prevalencia más grande de anemia se ubica actualmente en las mujeres embarazadas que viven en áreas rurales (20.5%; IC95% 14.1-28.7) en comparación con las residentes de áreas urbanas, donde la prevalencia es de 17.0% (IC95% 11.7-23.9). Respecto a las mujeres no embarazadas, la prevalencia es similar entre las mujeres que viven en áreas rurales (12.0%; IC95% 10.8-13.4) y urbanas (11.5%; IC95% 10.6-12.4).

Figura 1. Prevalencia de anemia en mujeres de 12 a 49 años de edad por grupo de edad y estado fisiológico. México, ENSANUT 2012



Tomando como referencia los datos recolectados en la ENN 99 y ENSANUT 2006 en los últimos 13 años, la disminución más grande en la prevalencia de anemia ha ocurrido en las mujeres embarazadas que viven en áreas urbanas (15.3 pp), mientras que en las embarazadas de áreas rurales sólo disminuyó 8.9 pp. En las no embarazadas, la magnitud de la disminución, en promedio, fue similar entre las de áreas urbanas o rurales (10 pp) (figura 2).

De acuerdo a la condición de bienestar, la prevalencia más alta de anemia en mujeres embarazadas se ubica dentro de los dos quintiles de bienestar más bajos (21.4 y 21.6%, respectivamente) en comparación con el quintil superior. En el grupo de mujeres no embarazadas la prevalencia de anemia más alta se ubica en el quintil de nivel socioeconómico más bajo (13.9%) (figura 3). A pesar de observarse las mayores prevalencias en el quintil inferior, la diferencia en la prevalencia de anemia con el quintil superior es de 3 pp, lo cual indica que la anemia afecta por igual a las mujeres sin importar su condición de bienestar.

Recomendaciones

- La principal causa de anemia en el país es la deficiencia de hierro.⁷⁻⁹ La Organización Panamericana de la salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud proponen cuatro estrategias para reducir o erradicar la anemia por deficiencia de hierro: la fortificación de alimentos con hierro, la suplementación, la promoción, comunicación y educación nutricional así como la vigilancia epidemiológica nutricional.¹⁰
- En México, a través del sector salud, se cuenta con programas de suplementación con hierro y ácido fólico a mujeres embarazadas, además de que, desde hace una década, se

Figura 2. Prevalencia de anemia en mujeres de 12 a 49 años de edad por estado fisiológico y área de residencia. México, ENN 1999, ENSANUT 2006 y 2012

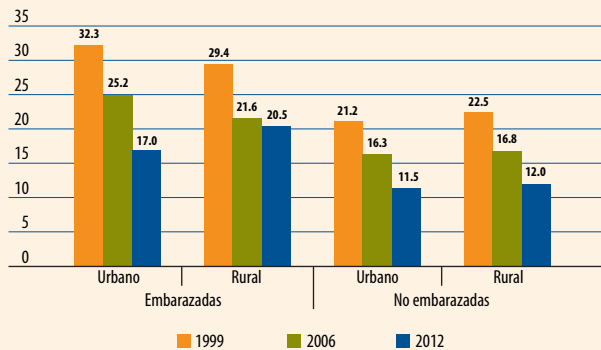
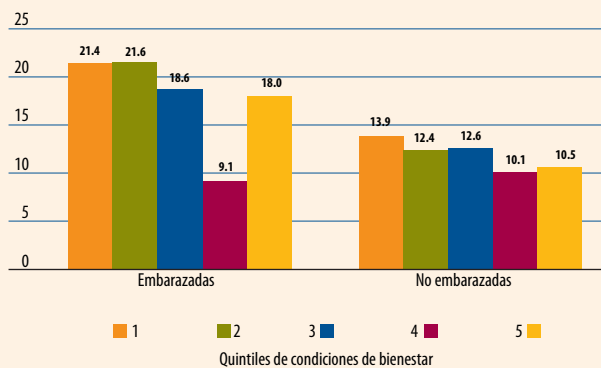


Figura 3. Prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil por quintiles de condiciones de bienestar. México, ENSANUT 2012



cuenta con programas sociales que distribuyen alimentos fortificados con hierro y otros micronutrientes a la población en pobreza como el Programa de Abasto Social de Leche (PASL) y la papilla fortificada del programa Oportunidades, que han mostrado efectos importantes en la disminución de la prevalencia de anemia en niños.^{11,12} Dado que la magnitud de la anemia afecta de igual manera a las mujeres sin importar sus condiciones de bienestar, es importante implementar estrategias de suplementación o de fortificación de alimentos que den cobertura universal a las mujeres en edad reproductiva (no embarazadas, embarazadas, posparto y lactantes).

- Promover no sólo el consumo de alimentos ricos en hierro biodisponible (como alimentos de origen animal) a través de la educación nutricional con el fin de prevenir la anemia. Es necesario también difundir información en todos los segmentos de la sociedad sobre la gravedad de la deficiencia de hierro en el país o región y las consecuencias que tiene sobre la salud y productividad de las personas.
- Promover y apoyar la lactancia materna exclusiva para mantener las reservas corporales de hierro después del parto mediante el método de lactancia-amenorrea.

Acciones

- Estudiar y evaluar nuevas estrategias de suplementación y fortificación de alimentos con micronutrientes para combatir la anemia en las mujeres.
- Desarrollar nuevos procesos de investigación para evaluar la eficacia de las acciones para la erradicación de la anemia en mujeres.
- Desarrollo de un mayor compromiso político por parte de organismos nacionales e internacionales para mejorar la cobertura de las intervenciones eficaces para atender la anemia.
- Fortalecer las estrategias de detección de anemia en mujeres en edad reproductiva.

Conclusiones

A pesar de los avances logrados en la reducción de anemia en mujeres en edad reproductiva, la magnitud de anemia en mujeres embarazadas y adolescentes sigue siendo un problema de salud pública que requiere atención. Es necesario fortalecer estrategias de prevención de la deficiencia de hierro y ampliar las acciones de detección temprana de anemia en las mujeres en edad reproductiva para tratar oportunamente esta deficiencia y así evitar que las mujeres con anemia tengan hijos con esta deficiencia.

Responsables: Teresa Shamah Levy,* Salvador Villalpando Hernández,* Verónica Mundo Rosas,* Vanessa de la Cruz Góngora.*

* Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto nacional de Salud Pública. México

Referencias

1. Yip R. Iron Fortification: Prevention of Iron Deficiency for Developing Countries. In: Forum on Iron Fortification. Institute of Food Technologists. Annual Meeting. Atlanta Georgia. Junio, 1998.
2. Ezzati M, Lopez AD, Dogers A, Vander HS, Murray CJ. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 2002; 360: 1347-60.
3. Allen L. Biological mechanisms that might underlie iron's effects on fetal growth and preterm birth. *J Nutr* 2001; 131:25-II.
4. Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, García-Guerra A, Mundo-Rosas V, Mejía-Rodríguez F, Domínguez CP. Anemia in Mexican women: Results of two national probabilistic surveys. *Salud Publica Mex* 2009;51:00-00.
5. Cohen JH, Haas JD. Hemoglobin correction factors for estimating the prevalence of iron deficiency anemia in pregnant women residing at high altitudes in Bolivia. *Rev Panam Salud Publica*, 1999. 6(6): p. 392-9.
6. World Health Organization/United Nations University/UNICEF. Iron deficiency anaemia, assessment, prevention and control: a guide for programme managers. Geneva: WHO, 2001.
7. Villalpando S, García A, Ramírez CI, Mejía F, Matute G, Shamah T, Rivera J. Iron, zinc and iodide status in Mexican children under 12 years and women 12-49 years of age. A probabilistic national survey. *Salud Publica Mex*, Vol. 45, Nom. 4, Pags. S520- 529, Año 2003.
8. Villalpando S, Pérez-Expósito AB, Shamah-Levy T, Rivera JA. Distribution of anemia associated with micronutrient deficiencies other than iron in a probabilistic sample of Mexican children. *Ann Nutr Metab*. 2006;50(6):506-11.
9. De la Cruz-Góngora V, Villalpando S, Rebollar R, Shamah-Levy T, Méndez-Gómez I. Nutritional causes of anemia in Mexican children under 5 years. Results from the 2006 National Health and Nutrition Survey. *Salud Publica Mex* 2012;54:108-115.
10. Freire WB. La anemia por deficiencia de hierro: estrategias de la OPS/OMS para combatirla. *Salud Publica Mex* 1998;40:199-205.
11. Rivera J, Shamah T, Villalpando S, Monterrubio E. Effectiveness of a large-scale iron-fortified milk distribution program on anemia and iron deficiency in low-income young children in Mexico. *Am J Clin Nutr* 2010, 91:2. pp. 431-439.
12. Shamah-Levy T, Villalpando S, Rivera-Dommarco J, Mundo-Rosas V, Cuevas-Nasu L, Jiménez- Aguilar A. Ferrous Gluconate and Ferrous Sulfate Added to a Complementary Food Distributed by the Mexican Nutrition Program Oportunidades Have a Comparable Efficacy to Reduce Iron Deficiency in Toddlers. *J Pediatr Gastr Nutr* 2008. 47:5. Pp. 660- 666.

La información contenida en este documento será publicada en extenso en un número próximo de la revista Salud Pública de México.

Para mayor información sobre ENSANUT 2012:

<http://ensanut.insp.mx>

