

ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización de lactantes menores de un año con anemia ferropénica

Characterization of infants under one year with iron-deficiency anemia

**Mariela Sosa Zamora,^I Danelly Suárez Feijoo,^I Alberto Núñez Guerra^I
Yuramis González Díaz^I y Sara Riccis Salas Palacio^{II}**

^I Policlínico Universitario "Josué País García", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de 16 niños diagnosticados con anemia, pertenecientes al Policlínico Universitario "Josué País García" de Santiago de Cuba, desde diciembre de 2011 hasta febrero de 2012, a fin de caracterizar los lactantes menores de 1 año con anemia ferropénica. Entre las variables estudiadas figuraron: antecedentes prenatales, natales y posnatales, sexo, tipo de lactancia, clasificación de la anemia, así como enfermedades padecidas. En la serie primaron el sexo masculino, el grupo etario de 9-11 meses, las madres con anemia, la lactancia materna complementada, la anemia moderada y las infecciones respiratorias altas no complicadas.

Palabras clave: lactante, madre, anemia ferropénica, lactancia materna, lactancia materna complementada, atención primaria de salud.

ABSTRACT

A descriptive, cross-sectional and retrospective study of 16 children diagnosed with anemia, belonging to "Josué País García" University Polyclinic in Santiago de Cuba was carried out from December, 2011 to February, 2012, in order to characterize the infants under 1 year with iron-deficiency anemia. Among the studied variables there were: prenatal, natal posnatal history, sex, breastfeeding type, classification of the anemia, as well as suffered diseases. Male sex, the age group from 9-11 months, mothers with anemia, supplemented breastfeeding, moderate anemia and non-complicated high respiratory infections prevailed in the series.

Key words: infant, mother, iron-deficiency anemia, breastfeeding, supplemented breastfeeding, primary health care.

INTRODUCCIÓN

Las anemias nutricionales tienen alta prevalencia en los países en vías de desarrollo. A escala mundial su mayor incidencia está en los niños menores de 5 años.¹ De igual manera, en Cuba esta afección constituye un problema nutricional de gran magnitud que perjudica especialmente a los lactantes de 6 a 24 meses de edad, la causa

principal de su aparición radica en la dieta, pues el aporte de hierro alimentario es insuficiente en cantidad y calidad, con una biodisponibilidad que no sobrepasa 5 %.² La carencia de hierro puede conducir a diversos trastornos, uno de ellos es el retardo en el desarrollo psicomotor del niño que puede ser irreversible para enfrentar este problema de salud, razón por la cual este país dispone de un plan integral para la prevención y control de la anemia ferropénica, integrado por 4 estrategias básicas: suplementación medicamentosa a grupos vulnerables, fortificación de alimentos, diversificación alimentaria y vigilancia de los programas de intervención.³

Resulta oportuno señalar que la anemia es la menor cantidad de hemoglobina en la sangre en relación con un valor establecido --por la Organización Mundial de la Salud-- como adecuado, según edad y sexo. La causa habitual de este trastorno es la carencia de hierro, aunque existen otros factores, tales como: déficit de ácido fólico, de vitaminas B12, C, E, B6, A y cobre, las cuales se necesitan para una adecuada producción de hemoglobina.⁴

Las principales causas de la anemia ferripriva en los niños menores de 1 año son:

- Tasa de crecimiento rápido en el primer año de vida
- Cantidad deficiente de hierro endógeno presente al nacer
- Prematuridad
- Gemelaridad
- Transfusión fetomaterna y feto fetal
- Posexanguino transfusión
- Infecciones crónicas a repetición (tracto gastrointestinal)
- Los lactantes mayores de 6 meses con una alimentación solo a base de leche o con una introducción inadecuada de los alimentos que son fuentes de hierro (exceso de hidratos de carbono o exenta de carne).

Cabe agregar que la mayoría de los síntomas se producen cuando la anemia es moderada o severa, puesto que la ligera generalmente no es detectada. Entre las principales manifestaciones clínicas de esta enfermedad figuran: cansancio, fatiga, palidez de piel y mucosas, falta de apetito, crecimiento deficiente y disminución de las defensas a las infecciones, entre otras. La anemia ligera es la que más predomina, pero debido a que ningún síntoma parece grave o pone en peligro la vida, existe la tendencia a ignorar esta afección, la cual no debe ser menospreciada.⁴

De acuerdo con estimados mundiales se calcula que la deficiencia de hierro, yodo y vitamina A trae consigo 20 000 muertes cada año. La anemia ferropénica es un problema generalizado que tiene consecuencias de gran alcance para la salud humana, así como para el desarrollo social y económico. A pesar de que los cálculos de la prevalencia de este trastorno varían mucho y a menudo no hay datos exactos, puede suponerse que en regiones de pocos recursos una proporción considerable de niños menores de 5 años, embarazadas y mujeres en edad fértil la padecen.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el mundo hay aproximadamente 2 000 millones de personas anémicas y que cerca de 50 % de los casos pueden atribuirse a la carencia de hierro.¹ Igualmente existe información sobre los efectos más dramáticos en la salud, puesto que incrementa el riesgo de muerte materna y del niño debido a la anemia severa. Si bien las causas de su aparición son multifactoriales, el déficit de hierro se considera el principal factor responsable de su alto predominio.⁵ Numerosos estudios han mostrado que la anemia ferropénica incrementa la morbilidad y la mortalidad en grupos vulnerables, retrasa el crecimiento de los niños, así como dificulta la función cognoscitiva y el desarrollo escolar.⁶

En ese mismo sentido, las organizaciones del Sistema de Naciones Unidas recomiendan que los países ejecuten, paralelamente, un conjunto de intervenciones cuyo impacto sea en corto, mediano y largo plazo. Esta propuesta parte de un enfoque integral tanto del problema de las anemias como de su solución y su ejecución que exige la participación del sector salud y de otros sectores públicos y privados en sus campos respectivos de acción. Estas intervenciones se resumen en la fortificación de un alimento de consumo masivo, de bajo costo que esté disponible en el mercado, así como en la entrega de suplementos con hierro a embarazadas y a niños menores de 2 años.⁷

Aunque durante muchos años la anemia se ha reconocido como un problema de salud pública, se ha notificado poco progreso en su reducción y su prevalencia mundial se mantiene inadmisiblemente elevada; por tal motivo, la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) destacan la necesidad urgente de combatirla y fundamentan la importancia de reconocer su origen multifactorial para que se elaboren programas eficaces de control. A pesar de la posibilidad de tratamiento, algunas consecuencias son irreversibles, lo cual enfatiza la necesidad de acciones preventivas de reconocida eficiencia y efectividad.¹

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de niños diagnosticados con anemia, pertenecientes al Policlínico Universitario "Josué País García" de Santiago de Cuba, desde diciembre de 2011 hasta febrero de 2012, a fin de caracterizar los lactantes menores de 1 año con anemia ferropénica.

El universo estuvo constituido por 68 lactantes de 6 a 11 meses pertenecientes a 9 consultorios del grupo básico de trabajo (2) de este centro y la muestra por 16 niños a los cuales se les diagnosticó anemia. Toda la información se obtuvo de las historias clínicas de los menores. Entre las variables estudiadas figuraron: antecedentes prenatales (anemia durante el embarazo), natales y posnatales, sexo, tipo de lactancia (materna exclusiva, mixta, artificial o complementada), clasificación de la anemia (ligera: 10-10,9 g/dL, moderada: 9, 9-7 g/dL y severa: < 7g/dL), así como enfermedades padecidas.

RESULTADOS

Al relacionar la edad y el sexo de los lactantes con anemia ferripriva (tabla 1), se aprecia un predominio de los varones (11, para 68,7 %) y 9-11 meses de edad (10 para 62,6 %).

Tabla 1. Niños con anemia ferripriva según edad y sexo

Edades (en meses)	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
6-8	2	12,5	4	25	6	37,4
9-11	3	18,8	7	43,8	10	62,6
Total	5	31,3	11	68,7	16	100,0

En la tabla 2 se muestra que 4 niños (25 %) eran hijos de madres que presentaron anemia en el II trimestre del embarazo y la progenitora de 5 (31,3 %) sufrió de esta afección durante el III trimestre.

Tabla 2. Hijos de madres con anemia

Infantes con anemia	Madres con anemia						Total	
	Primer trimestre		Segundo trimestre		Tercer trimestre		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
2	2	12,5					2	12,5
4			4	25			4	25
5					5	1,3	5	31,3
1	1	6,2	1	6,2	1	6,2	1	6,2

Con respecto al tipo de lactancia, se halló una prevalencia de la complementada en 11 casos (68,7 %) y no se cumplió con la exclusiva hasta el sexto mes (tabla 3).

Tabla 3. Niños según tipo de lactancia

Tipo/Lactancia materna exclusiva (Sexto mes)	No.	%
Mixta	3	18,8
Artificial	2	12,5
Complementada	11	68,7
Total	16	100,0

Al analizar la tabla 4 se observó que el mayor número de niños (11 para 68,7 %) tenían anemia moderada.

Tabla 4. Niños según clasificación de la anemia

Anemia/Clasificación	No.	%
Ligera 10-10,9 g/dL	5	31,3
Moderada 9,9-7 g/dL	11	68,7
Total	16	100,0

Según las enfermedades padecidas por los lactantes (tabla 5), predominaron las infecciones respiratorias agudas altas no complicadas en 10 casos, para 62,5 %.

Tabla 5. Niños según padecimientos

Enfermedades	Infantes	
	No.	%
Enfermedad diarreica aguda	6	37,5
Infecciones respiratorias agudas altas no complicadas	10	62,5
Total	16	100,0

DISCUSIÓN

Al relacionar la edad y el sexo, en este estudio se evidenció un predominio del masculino y los lactantes entre 9 y 11 meses, lo cual coincide con otras investigaciones.⁶ Asimismo, alrededor de 10 % de los niños que viven en países desarrollados y 50 % de los de países en desarrollo, al cumplir su primer año de vida padecen de anemia, lo que puede provocar alteraciones en el desarrollo cognitivo,

retardo en el desarrollo psicomotor, menor rendimiento escolar y disminución de la actividad física.²

También, predominaron los hijos de madres con anemia en el II y III trimestre del embarazo, de manera tal que se demostró el efecto negativo de dicha afección en la embarazada y la influencia desfavorable en el niño. De manera semejante, en la bibliografía médica consultada se informa que en muchas poblaciones esta enfermedad contribuye notablemente a la mortalidad materna y del niño, por lo tanto, revisten una importancia capital su prevención y tratamiento en embarazadas y niños de corta edad con riesgo de padecerla.^{8,9}

Por otra parte, se observó una prevalencia de la lactancia materna complementada; no obstante, el Programa Nacional de Promoción Mantenimiento y Desarrollo de la Lactancia Materna persigue entre sus objetivos que la leche materna exclusiva constituye el mejor alimento para un lactante durante los primeros 6 meses de la vida y debe mantenerse hasta 1 o 2 años, independientemente que se inicie el esquema de ablactación.^{10,11}

La mayoría de los niños padecían de anemia moderada porque no se mantuvo la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes y por la influencia negativa de la anemia en la embarazada; hallazgos similares se obtuvieron en otras series.¹⁰⁻¹²

Según informes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otros organismos internacionales, en la región de las Américas, cada 5 gestantes, 4 padecen anemia durante el primer trimestre de la gestación y 3 todo el tiempo del embarazo, lo cual repercute en los altos índices de mortalidad materna, infantil y neonatal.^{12,13}

En Cuba, la anemia gestacional constituye la segunda causa de bajo peso al nacer, debido a que entre 35 y 40 % de las embarazadas padecen de anemia en el III trimestre. Dicha afección se presenta de dos formas, tales como: grave (en menos de 4 %) y leve (en 66,5 %). La práctica demuestra que solo si se reconoce la complejidad de la anemia se podrán establecer estrategias eficaces y lograr un progreso. En consecuencia, se requiere un enfoque integrado, intersectorial y multidisciplinario para combatir este problema de salud pública.^{14,15}

Tal como se ha visto, en los niños predominaron las infecciones respiratorias altas no complicadas, por lo tanto, los lactantes con anemia son más vulnerables a las enfermedades infecciosas, entre las cuales figuran: respiratorias, helmintiasis y tuberculosis; estos son factores importantes que contribuyen a la alta prevalencia de anemia, criterio que coincide con el de otros autores.^{13,15}

En efecto, la deficiencia de micronutrientes constituye un problema para la salud pública mundial, debido a su repercusión en el estado nutricional, salud y desarrollo de un significativo porcentaje de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fariñas Reinosos AT. Reporte Técnico de Vigilancia. De la vigilancia epidemiológica a la vigilancia en salud. 2006 [citado 25 Mar 2007];11(2). Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/vigilancia/farinasvig.pdf>
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta metodológica de atención primaria de salud y medicina familiar. La Habana: MINSAP;2010. p. 14.

3. Alonso Lago O, González Hernández DI, Abreu Suárez G. Malnutrición proteico-energética en niños menores de 5 años. *Rev Cubana Pediatr.* 2007 [citado 20 Jul 2007];79(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000200002
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plan integral para la prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en Cuba. La Habana: INHA;2009.
5. Pita Rodríguez G, Basabe Tuero B, Jiménez Acosta S, Mercader Camejo O. La anemia. Prevención por medio de la alimentación. La Habana: INHA;2007.
6. Secretaria de salud. Vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño. Manual de capacitación para personal de salud. Paquete básico de servicios de salud. [citado 27 Jun 2011]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/5813.pdf>
7. Pérez Camacho PM, Velasco Benítez CA, Parra Izquierdo V. Antropometría, clínica y bioquímica en 360 niños menores de 15 años del Hospital Universitario del Valle Evaristo García de Cali, Colombia. *Rev Gastrohnutp.* 2009;11(3):134-41.
8. El Salvador. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual de procedimientos técnicos para la vigilancia y evaluación del programa de fortificación de alimentos. 2007 [citado 27 Jun 2011]. Disponible en: http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/manual/Manual_vigilancia_evaluacion_fortifica_aliment.pdf
9. Pita Rodríguez G, Basabe Tuero B, Jiménez Acosta S, Mercader Camejo O. La anemia. Aspectos nutricionales. Conceptos actualizados para su prevención y control. La Habana: INHA;2007 [citado 20 Dic 2009]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/hematologia/anemia_para_profesionales_de_la_salud_aps_2009.pdf
10. Hernández Aguilar MT. Alimentación complementaria. Curso de actualización. *Pediatría* 2006. [citado 22 Dic 2010]. Disponible en: http://www.elblogdelateta.com/files/alimentacion_complementaria.pdf
11. Garcia de Lima Parada CM, de Barros Leite Carvalhaes MA, Jamas MT. Complementary feeding practices to children during their first year of life. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2007;15(2):282-9.
12. Alcázar Zambrano JL. Anemia y embarazo. 2011 [citado 12 Dic 2011] <http://www.cun.es/area-salud/perfil/futura-mama/anemia-embarazo>.
13. Verhoeff FH, Le Cessie S, Kalanda BF, Kazembe PN, Broadhead RL, Brabin BJ. Post-neonatal infant mortality in Malawi: the importance of maternal health. *Ann Trop Paediatr.* 2004;24(2):161-9.
14. Dornelles CT, Piva JP, Marostica PJ. Nutritional status, breastfeeding, and evolution of infants with acute viral bronchiolitis. *J Health Popul Nutr.* 2007;25(3):336-43 .

15. Anemia Working Group Latino América (AWGLA). Anemia y nutrición. [citado 20 Dic 2011]. Disponible en:
<http://www.awgla.com/pacientes/descargas/Anemiaynutricion.pdf>

Recibido: 7 de junio de 2012.

Aprobado:

Mariela Sosa Zamora. Policlínico Universitario "Josué País García", Micro 3, Centro Urbano "Abel Santamaría Cuadrado", Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico:
msosa@medired.scu.sld.cu