ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CONSEJO EJECUTIVO **EB103/27**
103ª reunión **12 de noviembre de 1998**
Punto 8 del orden del día provisional

Carencia de yodo

Informe de la Secretaría

Presentado para información del Consejo Ejecutivo

ANTECEDENTES

1. Aunque desde hace más de un siglo se reconoce la importancia del yodo para prevenir el bocio endémico, ha sido solamente en los 30 últimos años cuando se ha descrito una amplia variedad de efectos nocivos de la carencia de yodo. El cretinismo, una afección caracterizada por lesiones cerebrales graves ocurridas en una fase muy temprana de la vida, constituye a la vez el más conocido y el más grave de esos efectos, pero los grados más leves de deficiencia mental que se manifiestan en niños aparentemente normales en zonas con carencia de yodo tienen mayores repercusiones. Sus consecuencias poseen amplias ramificaciones; abarcan mal rendimiento escolar y capacidad intelectual y de trabajo reducidas. Se suele considerar que las comunidades residentes en regiones montañosas remotas son las más expuestas a la carencia de yodo. Sin embargo, ésta se ha encontrado con frecuencia cada vez mayor en otras áreas desde que el concepto de bocio endémico se amplió mediante el establecimiento de nuevos indicadores de carencia de yodo, además de la prevalencia de bocio. Dichos indicadores abarcan mediciones de los niveles de yodo en la orina y de las hormonas relacionadas con la tiroides en la sangre, así como la determinación del tamaño de la tiroides mediante ultrasonografía.

2. La expresión «trastornos yodopénicos» se acuñó en 1983 para subrayar la amplia variedad de efectos adversos graves de la carencia de yodo.[1] La adopción de esta expresión demostró ser decisiva para sensibilizar acerca del problema e impulsar a la acción a los gobiernos y organismos internacionales. En 1990, la Asamblea de la Salud reconoció que la carencia de yodo es la principal causa singular de retraso mental prevenible en el mundo y estableció el objetivo de eliminarla como problema de salud pública para el año 2000.[2]

3. La carencia de yodo se ha identificado como problema de salud pública importante en 129 países (véase el cuadro que figura más abajo). Por lo menos 1500 millones de personas, o sea el 29% de la población mundial, viven en zonas expuestas a la carencia de yodo.[3] En 1997, la OMS estimó que entre

---

[1] Hetzel, B. S. Iodine deficiency disorders (IDD) and their eradication, *The Lancet*, 1983; **2**: 1126-1127.

[2] Resolución WHA43.2.

[3] WHO/UNICEF/International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders. Global prevalence of iodine deficiency disorders, *MDIS Working Paper No. 1*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1993.

500 y 850 millones de esas personas padecen de bocio; ocho de los países más populosos del mundo,[1] que constituyen el 54% de la población mundial, tienen un problema importante de carencia de yodo. En conjunto, dichos países representan el 72% de la población mundial afectada por trastornos yodopénicos.

PROGRESOS REALIZADOS DESDE 1990 HACIA LA ELIMINACIÓN DE LOS TRASTORNOS YODOPÉNICOS

Regiones de la OMS	**Número de países**	**Número de países**					
		Países con trastornos yodopénicos*	Legislación sobre yodación universal de la sal	Vigilancia		Progresos realizados hacia la yodación universal de la sal	
				Calidad de la sal yodada	Situación relativa al yodo	Cobertura de la población	
						10% a 50%	Más del 50%
África	46	44	35	26	20	9	18
Las Américas	35	18	18	18	18	0	18
Asia Sudoriental	10	10	8	8	4	4	6
Europa	51	31	13	9	7	4	6
Mediterráneo Oriental	22	17	15	15	12	5	10
Pacífico Occidental	27	9	10	8	4	3	4
Total	191	129	99	84	65	25	62

* Abarca los países donde se sabe que existen estos trastornos o donde es probable que existan.

4. La principal estrategia para combatir los trastornos yodopénicos es la yodación universal de la sal, pero una eliminación sostenible no se puede conseguir por ese medio solamente. El primer paso hacia el desarrollo de un programa nacional de prevención y lucha es establecer un mecanismo idóneo responsable de coordinar los sectores involucrados en la lucha contra los trastornos yodopénicos y de vigilar el programa. Las fases que le siguen abarcan evaluaciones iniciales, la preparación de planes de acción, la obtención de apoyo político, la comunicación con el público y con otros sectores y la formulación, la promulgación y la aplicación de una legislación relativa a la yodación de la sal. En las zonas de alto riesgo, donde probablemente el acceso a la sal yodada sufra considerables retrasos, se debe administrar aceite yodado a las mujeres y a los niños. La vigilancia de los efectos de los programas de yodación es esencial para velar por una cobertura suficiente y continua.

[1] Bangladesh, Brasil, China, India, Indonesia, Nigeria, Pakistán y Federación de Rusia.

5. En el último decenio se han hecho progresos enormes hacia la eliminación de los trastornos yodopénicos. La OMS, en colaboración con el UNICEF, el Consejo Internacional de Lucha contra los Trastornos Yodopénicos y otras organizaciones internacionales, organismos bilaterales y organizaciones no gubernamentales, ha desempeñado una función decisiva en la prestación de apoyo a los gobiernos de los diversos países para alcanzar ese objetivo. En el cuadro que figura más arriba se resumen los progresos realizados en cada una de las seis regiones.[1]

6. Hasta la fecha, el 67% de los países afectados por los trastornos yodopénicos han hecho progresos hacia la yodación universal de la sal y el 48% han hecho progresos sustanciales (definidos éstos como el logro de que la mitad de la población consuma actualmente sal yodada). El porcentaje de países pertenecientes a este último grupo es el más elevado en la Región de las Américas (100%), seguida de Asia Sudoriental (60%), el Mediterráneo Oriental (59%), el Pacífico Occidental (44%), África (41%) y Europa (19%). De los ocho países más populosos con trastornos yodopénicos, todos menos dos han hecho progresos significativos hacia la yodación universal de la sal. Treinta países en los que se sabe que hay o se cree probable que haya trastornos yodopénicos no han notificado aún ninguna actividad de lucha.

7. Aunque el 87% de los países que aplican programas de yodación de la sal comunican que están vigilando la calidad de la sal yodada, en muchos de ellos es preciso fortalecer la vigilancia. Además, el 74% de los países han notificado tener un sistema de vigilancia de la situación relativa al yodo, la mayor parte de ellos sobre la base de la prevalencia de bocio. Un número creciente de países están ahora determinando los niveles de yodo en la orina, que constituyen el indicador clave recomendado para evaluar los efectos de las medidas de lucha contra la carencia. Unos pocos países tienen que realizar aún encuestas sobre la prevalencia de los trastornos yodopénicos después de haber aplicado programas de yodación de la sal. Sin embargo, en los que han hecho dichas encuestas,[2] los cambios han sido espectaculares y han dado lugar a una disminución de la prevalencia de bocio y un aumento de los niveles de yodo en la orina en las zonas afectadas.

PROBLEMAS

8. Pese a los logros realizados en el decenio pasado, sigue habiendo problemas, a saber: i) la sal yodada no llega a todas las comunidades previstas, en particular las más desfavorecidas; ii) la existencia de una enormidad de productores de sal en pequeña escala dificulta la aplicación de programas de yodación de la sal en algunos países; iii) algunos productores de sal no están dispuestos a pagar el yodato potásico, que es el agente recomendado para la yodación, o lo utilizan en cantidad menor que la necesaria; iv) suele haber variaciones inaceptables en la calidad de la sal yodada; v) muchos programas de yodación de la sal no son objeto de una vigilancia adecuada; vi) un problema asociado es la falta en muchos países de servicios de laboratorio para vigilar los niveles de yodo en la sal y la orina; vii) en algunos países después de la yodación de la sal se ha identificado un aumento transitorio de la incidencia de hipertiroidismo después de la yodación de la sal.

9. En la actualidad la cuestión más importante es la sostenibilidad a largo plazo de los programas de yodación de la sal. Es preciso establecer las necesidades prioritarias y mejorar los vínculos con la industria de la sal para asegurar una yodación continua de alta calidad de la sal, prestar apoyo a los

[1] Con exclusión de los países que han eliminado esos trastornos antes de 1990, a saber: Australia, Austria, Eslovaquia, Estados Unidos de América, Finlandia, Francia, Hungría, Noruega, Países Bajos, Polonia, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Suecia y Suiza.

[2] Por ejemplo, Argelia, Bhután, Bolivia, Camerún, China, Indonesia, Perú, Tailandia y Zimbabwe.

pequeños productores y establecer estructuras adecuadas para la vigilancia de la yodación de la sal y de las repercusiones de ésta en la situación de la población respecto del yodo. También se necesitan estrategias alternativas para la yodación en zonas donde no se dispondrá de sal yodada en un futuro previsible. Los indicios cada vez mayores de que la carencia de yodo tal vez esté reapareciendo en algunos países que la habían eliminado pone de relieve la necesidad de una vigilancia continua de la situación relativa al yodo en las poblaciones que han estado expuestas en el pasado.

= = =