

Nutrición

Nutrición de las mujeres en el periodo pregestacional, durante el embarazo y durante la lactancia

Informe de la Secretaría

1. El Consejo Ejecutivo, en su 130.ª reunión, celebrada en enero de 2012, tomó nota de una versión anterior del presente informe¹ y adoptó la decisión EB130(2).²
2. El presente informe complementa el informe sobre un proyecto de plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, del lactante y del niño pequeño, que se va a presentar a la Asamblea Mundial de la Salud por separado.³
3. Es necesario adoptar un enfoque que tenga en cuenta todo el ciclo vital, y reconocer la importancia de una nutrición óptima de la mujer antes de quedar embarazada, a fin de minimizar los riesgos asociados a la malnutrición. Si se garantiza el buen estado nutricional de la mujer en todas las etapas de la vida, a la larga disminuirán la insuficiencia ponderal y el retraso del crecimiento del feto y del niño. Para que las intervenciones destinadas a reducir el bajo peso al nacer sean eficaces, deben centrarse en la nutrición adecuada de las mujeres durante toda su vida reproductiva, pero han de comenzar abordando la alimentación adecuada del lactante y el niño pequeño y seguir con la nutrición correcta al final de la niñez y en la adolescencia. Es preciso interrumpir el ciclo intergeneracional de malnutrición para acabar con el retraso del crecimiento.

NUTRICIÓN DE LA MUJER ANTES DE CONCEBIR

4. Se cree que unos 468 millones de mujeres de 15 a 49 años (el 30% de todas las mujeres)⁴ padecen anemia, al menos la mitad de ellas por carencia de hierro. La mayor proporción de esas mujeres anémicas vive en África (entre un 48% y un 57%), y la mayor cantidad, en Asia Sudoriental (182 millones de mujeres en edad reproductiva y 18 millones de embarazadas). La prevalencia de la anemia entre las ado-

¹ Véanse los documentos EB130/11 y EB130/2012/REC/2, acta resumida de la segunda sesión.

² Véase el documento EB130/2012/REC/1, donde figura la resolución y se exponen las repercusiones financieras y administrativas de su adopción para la Secretaría.

³ Documento A65/11.

⁴ De Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M, eds. *Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005: WHO global database on anaemia*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

lescentes (15 a 19 años) puede ser incluso más elevada: en Ghana, Malí y el Senegal supera el 60%.¹ La anemia y la carencia de hierro, que están asociadas a una disminución de la capacidad física y un aumento de la vulnerabilidad a las infecciones, deben corregirse antes de que la mujer quede embarazada, a fin de evitar los riesgos de mala salud de la madre e insuficiencia ponderal de los niños.

5. Las carencias de yodo y de ácido fólico en el periodo periconcepcional (tres meses antes y tres meses después de la concepción) están asociadas a una mayor prevalencia de defectos congénitos y retraso mental. La magnitud de la deficiencia de folatos en el mundo entero apenas se conoce, pues pocos países han estudiado la situación relativa al folato en al menos un grupo de población a nivel nacional, y la mayoría de los estudios nacionales se han realizado en las Américas y Europa. En todo el mundo aparecen cada año defectos del tubo neural en unos 300 000 embarazos; con una ingesta adecuada de ácido fólico antes y al comienzo del embarazo, la incidencia de esos defectos disminuiría entre un 50% y un 70%.

6. El bajo índice de masa corporal ($<18,5 \text{ kg/m}^2$) y la baja estatura ($<145 \text{ cm}$) son comunes en las mujeres de los países de ingresos bajos. Las tasas más elevadas de mujeres con bajo índice de masa corporal se observan en Asia meridional y Asia sudoriental, seguidas del África subsahariana; en Eritrea y Bangladesh se registran tasas «críticas» ($\geq 40\%$), y Camboya, el Chad, Etiopía, la India, Madagascar, Malí, Nepal y el Yemen presentan una prevalencia «grave» (20% a 39%). En la mayoría del resto de países la prevalencia oscila entre un 10% y un 19%. Por lo que respecta a la baja estatura, más de un 10% de las mujeres mide menos de 145 cm en Bangladesh, la India y Nepal (Asia meridional y sudoriental) y en Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala y el Perú (América Latina y el Caribe). La baja estatura y el bajo índice de masa corporal de la madre tienen efectos negativos independientes en los resultados del embarazo. En el caso de la baja estatura, esos efectos consisten en un riesgo mayor de complicaciones en el embarazo, en la necesidad de asistencia en el parto y en la insuficiencia ponderal del niño; el bajo índice de masa corporal está asociado a un retraso del desarrollo fetal. Los niños que nacen con bajo peso tienen mayor riesgo de morir en el periodo neonatal y de padecer enfermedades no transmisibles, como diabetes de tipo 2 y afecciones cardíacas, en la edad adulta.

7. Por otro lado, se calcula que cerca del 35% de las mujeres adultas de todo el mundo padecen sobrepeso (índice de masa corporal $\geq 25 \text{ kg/m}^2$) y una tercera parte de ellas (297 millones) están obesas (índice de masa corporal $\geq 30 \text{ kg/m}^2$). En las Regiones de Europa, el Mediterráneo Oriental y las Américas, esa proporción supera el 50%.² El índice medio de masa corporal ha aumentado en los últimos 20 años, lo que ha dado lugar a efectos metabólicos adversos en la presión arterial y las concentraciones de colesterol y triglicéridos y a resistencia a la insulina, todo lo cual incrementa el riesgo de enfermedad coronaria, ataque isquémico, diabetes del tipo 2 y síndrome de ovario poliquístico. A nivel mundial, el 44% de la carga de morbilidad por diabetes, el 23% de la carga por cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de morbilidad por algunos tipos de cáncer, sobre todo el de mama, son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente entre las mujeres, tanto en los países de ingresos altos como bajos.

8. Está creciendo el número de mujeres que inician el embarazo con un índice de masa corporal superior a 30 kg/m^2 , lo que hace que aumente el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto. Los hijos de esas mujeres suelen nacer con un tamaño mayor y tienen más probabilidades de

¹ Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia: Una época de oportunidades. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2011.

² Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (disponible únicamente en inglés).

volverse obesos y padecer diabetes del tipo 2 en la niñez y la adolescencia. Esas mujeres también tienden a retener más peso después del parto.

9. En el caso de las adolescentes embarazadas, madre y feto compiten por crecer, y el peso del niño al nacer es por término medio inferior en 200 g al de los hijos de madres de más edad. Los embarazos de adolescentes representan hasta un 40% de los primeros embarazos en la mayoría de los países con altas tasas de desnutrición materna e infantil. El embarazo puede suponer una carga metabólica adicional para las adolescentes obesas.

NUTRICIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO

10. Las embarazadas han de tener un buen estado nutricional para que el desenlace de su embarazo sea positivo. Las mujeres cuyo estado nutricional es deficiente en el momento de la concepción tienen mayor riesgo de enfermedad y muerte; su salud depende en gran medida de la disponibilidad de alimentos y es posible que no sean capaces de responder al aumento de las necesidades de nutrientes durante el embarazo en situaciones de inseguridad alimentaria. Las infecciones como la malaria y el VIH y la infestación por parásitos gastrointestinales pueden agravar su estado de desnutrición.

11. Un gran número de mujeres padecen carencias de micronutrientes (por ejemplo, de hierro y vitamina A); se cree que casi la mitad de todas las embarazadas del mundo padece anemia, y 9,8 millones de embarazadas sufren ceguera nocturna. Aproximadamente 19,1 millones de embarazadas (las proporciones más altas se registran en África y Asia Sudoriental) presentan concentraciones bajas de retinol en suero. Las deficiencias de micronutrientes de las madres pueden hacer que disminuya el peso del niño al nacer y poner en peligro el desarrollo y la supervivencia de este; la deficiencia materna de yodo está asociada a malformaciones congénitas y retraso mental en los niños, y en la India se ha señalado la relación entre la deficiencia de vitamina B12 y el aumento del riesgo de diabetes. Asimismo, la ingesta insuficiente de determinados ácidos grasos, como el ácido docosahexaenoico, puede afectar al desarrollo de los niños.

12. Las mujeres obesas tienen mayor riesgo de complicaciones en el embarazo, como malformaciones congénitas o preeclampsia. En comparación con las mujeres con un índice de masa corporal normal, presentan concentraciones plasmáticas de glucosa más elevadas y sus fetos tienen concentraciones de insulina más altas. También se ha observado a menudo en ellas un aumento de peso excesivo durante el embarazo.

13. La nutrición materna es un determinante clave del crecimiento fetal, el peso al nacer y la morbilidad de los lactantes; una nutrición deficiente a menudo tiene efectos perjudiciales a largo plazo e irreversibles para el feto.

NUTRICIÓN DE LA MUJER LACTANTE

14. La cantidad y la calidad de la leche materna no están condicionadas por el peso, la estatura ni el estado nutricional de la mujer, si bien las mujeres obesas pueden tener más problemas para dar de mamar. La ingesta de macronutrientes no influye en la composición de la leche, pero la ingesta materna de ácidos grasos afecta al perfil de ácidos grasos de la leche. Asimismo, el contenido de calcio, fósforo, magnesio, sodio y potasio no se ve afectado por la dieta de la madre, pero el contenido de algunas vitaminas (A, D, tiamina, riboflavina, piridoxina y cobalamina), yodo y selenio reflejan el estado nutricional y la ingesta alimentaria de la mujer. Es fundamental que la leche tenga una concentración adecuada de yodo para que se cree un nivel óptimo de reservas de la hormona tiroidea en el re-

cién nacido y para evitar trastornos del desarrollo neurológico en los neonatos alimentados al pecho. El consumo de alcohol puede hacer disminuir la producción de leche.

INTERVENCIONES NUTRICIONALES DESTINADAS A LA MUJER ANTES DE LA CONCEPCIÓN Y DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA

15. Pese a los grandes progresos registrados en los últimos decenios, las sociedades siguen sin satisfacer las necesidades nutricionales y otras necesidades de salud básicas de las mujeres, sobre todo durante su adolescencia. Se pueden llevar a cabo intervenciones destinadas a prevenir y controlar la doble carga de la malnutrición a varios niveles: intervenciones directas relacionadas con la nutrición y medidas sanitarias y no sanitarias que repercuten en la nutrición. En el cuadro 1a del proyecto de plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, del lactante y del niño pequeño se indican intervenciones eficaces aplicables a todas las mujeres y a las mujeres que viven en circunstancias especiales.¹

16. Hay varias intervenciones sanitarias concretas que influyen en el estado nutricional de la mujer, como el espaciamiento de los nacimientos y la prevención y el tratamiento de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, con medidas que van desde el suministro de mosquiteros tratados con insecticida, la inmunización (por ejemplo, contra la rubéola y la hepatitis B) y el tratamiento vermífugo hasta el lavado de las manos, la promoción de la salud y el tratamiento de la depresión.

17. Para que mejore el estado nutricional de la mujer hay que actuar en sectores distintos del de la salud. Entre las intervenciones en el ámbito social y económico figuran la educación universal de la mujer, el trato preferencial de los grupos minoritarios, la redistribución de recursos (mediante sistemas de bienestar social o transferencias de efectivo) y la concesión de microcréditos a las mujeres. En la agricultura, las acciones pueden consistir en mejorar la calidad nutricional de los cultivos, invertir en las actividades de los pequeños agricultores y desarrollar tecnologías que aumenten la productividad y al mismo tiempo permitan que las mujeres dispongan de tiempo para cuidar a sus hijos. En cuanto a las intervenciones destinadas a reducir los riesgos ambientales, cabe citar el suministro de servicios de saneamiento y agua salubre, la eliminación de vectores y la mejora de las viviendas para evitar el hacinamiento y la contaminación en interiores. Por otra parte, es preciso que se apliquen las leyes relativas a la protección de la maternidad, como el Convenio sobre la protección de la maternidad de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).² Algunas de las medidas que pueden reducir las inequidades en cuanto al estado nutricional en relación con los micronutrientes son: adoptar leyes sobre enriquecimiento de los alimentos, aprovechar al máximo las oportunidades de contacto de la población con los servicios de salud (por ejemplo, administrar suplementos al mismo tiempo que vacunas), impartir formación sobre la alimentación de los lactantes y los niños pequeños, potenciar la capacidad de acción de las mujeres, realizar transferencias de efectivo destinadas a mejorar la dieta de los niños y formar al personal pertinente en asesoramiento nutricional. Es necesario hacer participar a muchos asociados en la ejecución de esos programas y políticas, entre otros, a instituciones gubernamentales, a la sociedad civil y a organizaciones no gubernamentales.

18. En los países afectados por desastres y crisis, las mujeres también suelen padecer ya desnutrición crónica. El acceso a alimentos y el mantenimiento de un estado nutricional adecuado son determinantes clave de la supervivencia de la mujer en una situación de desastre. Las mujeres por lo general son las principales encargadas de planificar y preparar los alimentos para su hogar. Después de un

¹ Documento A65/11.

² Convenio (n.º 183) y Recomendación (n.º 191) de la OIT sobre la protección de la maternidad, 2000.

desastre, pueden cambiar las estrategias de subsistencia de las familias. Reconocer las distintas funciones en la nutrición de la familia es crucial para mejorar la seguridad alimentaria en los hogares.

19. También es importante comprender las necesidades nutricionales específicas de las mujeres gestantes y lactantes para prever las respuestas alimentarias adecuadas, y una mejor preparación puede contribuir a aportar una respuesta más adecuada en relación con la seguridad alimentaria y la nutrición en caso de desastre. Esa preparación depende de las aptitudes y los conocimientos de los gobiernos, los organismos de ayuda humanitaria, las organizaciones locales de la sociedad civil, las comunidades y las personas y de las relaciones entre ellos, así como de su capacidad para prever peligros probables, inminentes o reales. Está relacionada con la planificación para imprevistos, el acopio de equipos y suministros, los servicios de emergencia y los acuerdos de reserva, las comunicaciones, la gestión y coordinación de información, la capacitación de personal y la planificación a nivel de las comunidades.

ORIENTACIONES FUTURAS

20. Para mejorar la salud y el estado nutricional de la mujer antes de la concepción y durante el embarazo y la lactancia, hay que adoptar una serie de medidas que permitan aumentar la calidad y ampliar la cobertura de los servicios, proporcionar información sobre las afecciones relacionadas con la nutrición y formular políticas basadas en datos científicos y orientaciones para la ejecución de programas. Las acciones propuestas se indican en el proyecto de plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, del lactante y del niño pequeño,¹ pero otras actividades pueden mejorar también el perfil de la nutrición de la mujer. En concreto, los Estados Miembros pueden considerar la posibilidad de ampliar intervenciones de eficacia demostrada relativas a la nutrición de la mujer en los sectores de la salud, la agricultura, la protección social, la educación y el medio ambiente: mejorar la calidad y ampliar la cobertura de los servicios de atención prenatal y postnatal; mejorar el acceso a la atención prenatal de las mujeres con un bajo nivel socioeconómico y de otros grupos desfavorecidos; vigilar el bajo peso al nacer, la desnutrición y la obesidad de las madres, el aumento de peso de las embarazadas obesas y de las infectadas por el VIH, y los niveles de hierro y folato de las madres; preparar y difundir directrices dietéticas basadas en los alimentos para embarazadas; garantizar la accesibilidad y asequibilidad de dietas saludables e instalaciones para hacer ejercicio; ofrecer apoyo nutricional a las mujeres gestantes y lactantes que viven con el VIH; organizar campañas de marketing social para promover una nutrición saludable en el periodo previo a la concepción y entre las adolescentes; poner en marcha programas educativos y campañas de sensibilización para evitar los embarazos en la adolescencia, y prever disposiciones concretas para la mujer en los planes de preparación para emergencias.

21. Además, se propone que la Secretaría:

- amplíe la base de datos científicos, publique directrices sobre intervenciones de salud y nutrición destinadas a promover un buen estado nutricional de la mujer y difunda esas directrices a través de la Biblioteca electrónica de la OMS de datos para la adopción de medidas nutricionales y la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS;
- prepare un modelo de directrices dietéticas basadas en los alimentos para embarazadas;
- incluya las intervenciones nutricionales y sanitarias que influyen en la nutrición en la Atención Integrada del Embarazo y el Parto y en la atención pregestacional;

¹ Véase el documento A65/11, cuadros 1a y 1b.

- proporcione orientaciones sobre el aumento de peso óptimo durante el embarazo e indicadores y puntos de corte para definir la deficiencia de folatos.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

22. Se invita a la Asamblea de la Salud a que tome nota del presente informe.

= = =