Declaración del IVACG

Acuerdos de Annecy para la Apreciación y el Control de la Deficiencia de Vitamina A

Resumen de las Recomendaciones y Clarificaciones

El Grupo Consultor Internacional de Vitamina A (IVACG en inglés) realizó una revisión exhaustiva de las recomendaciones elaboradas en los últimos 20 años para el control del la deficiencia de vitamina A. Esta revisión es la primera de tales características en muchos años. El IVACG encargó una serie de artículos de especialidad que fueron presentados a un panel de expertos en octubre del 2000 en Annecy, Francia. Las recomendaciones y la evidencia en la que reposan, pulidas tras las deliberaciones en Annecy, fueron presentadas para su refrendo final durante el vigésimo encuentro del IVACG en Hanoi, Vietnam, en febrero del 2001. Los artículos de especialidad y un extenso resumen preparado por los doctores Alfred Sommer y Frances R. Davidson pueden consultarse en *The Journal of Nutrition* (2002; 132 [9S]: 2843S-2990S).

A continuación presentamos, bajo el nombre de Acuerdos de Annecy, un resumen de las recomendaciones para el control de la deficiencia de vitamina A.

Se introduce una nomencaltura estandarizada para clarificar las descripciones de la deficiencia de vitamina A.

Se introduce el término "desórdenes por deficiencia de vitamina A" (DDVA) para referirse a todas las alteraciones fisiológicas causadas por un estado de vitamina A deficitario, incluidas las manifestaciones y síntomas clínicos. Se define la "Deficiencia de Vitamina A" (DVA) como depósitos hepáticos de vitamina A <20 µg/g (0,07 µmol/g) y sus equivalentes. DDVA cubre las previamente denominadas manifestaciones "subclínicas" (e.g., movilización ferrica deficiente, diferenciación celular alterada, depresión de la respuesta inmunitaria) y clínicas (aumento de la morbilidad y mortalidad infecciosas, retardo del crecimiento, anemia, xeroftalmia). Las manifestaciones sistémicas no oculares de la DVA son con frecuencia calificadas como "subclínicas", lo que podría sugerir que son menos importantes. Sin embargo, dichas manifestaciones fisiológicas pueden ser severas y estar asociadas a un aumento significativo del riesgo de muerte. El término "subclínico (-a)" debería ser abandonado.

Nuevos criterios para determinar con mayor precisión la extensión y severidad de la DVA en una población.

Ceguera nocturna materna. En una mujer, un historial de ceguera nocturna (XN) durante el último embarazo terminado en nacimiento vivo es considerado más preciso que interrogar a padres sobre XN en sus hijos de edad preescolar. Por ello, una prevalencia mínima de 5% de XN en dichas mujeres es considerada como indicación de DVA en el conjunto de la población.

Retinol sérico. La concentración de retinol sérico como indicador de DVA se eleva a <20 µg/dL (0,70 µmol/L), el doble de la concentración adoptada en 1980. La prevalencia de la DVA en niños de edad preescolar como indicador de DVA se eleva a $>15\%$ en lugar de $>5\%$. La cromatografía líquida de alta resolución (HPLC en inglés) es considerada la única técnica de laboratorio fiable para la determinación de rutina del retinol sérico. Cuando la tecnología HPLC no esté disponible, la apreciación de la DVA debería basarse en criterios clínicos.

Tasa de mortalidad en los menores de cinco años. En las poblaciones en las que la tasa de mortalidad en menores de cinco años es elevada, la DVA es invariablemente alta. Los países en los que dicha tasa es superior a 50 por 1.000 nacidos vivos tienen, con toda probabilidad, un problema de DVA. Los países en los que dicha tasa está comprendida entre 20 y 50 pueden tener un problema de DVA; la presencia o ausencia de dicho problema necesita ser documentada.

Las estrategias de intervención han sido clarificadas.

La diversificación alimentaria por sí sola se considera inadecuada para normalizar el estado de vitamina A. El Instituto de Medicina de los Estados Unidos estableció recientemente que la biodisponibilidad del β-caroteno, principal fuente vegetal de provitamina A, es solamente la mitad de la estimada previamente. Estudios adicionales con datos de países en desarrollo estiman que en una dieta vegetal mixta típica de verduras y frutas, son necesarios 21 µg de β-caroteno para lograr 1 µg de equivalente retinol. Ello hace que en los países en desarrollo, en los que la alimentación de base de la mayoría de la población es de origen vegetal, sea prácticamente imposible corregir la deficiencia generalizada de vitamina A por medio de la dieta. En poblaciones con VAD, la suplementación de madres y niños de corta edad sigue siendo una intervención esencial.

El calendario de suplementación para las madres recientes y sus hijos ha sido revisado. Un reciente estudio multicéntrico financiado por la Organización Mundial de la Salud (1998; Lancet 352 [9136]:1257-1263) indica que el calendario actual de suplementación para las mujeres en posparto reciente y niños de corta edad es inadecuado, siendo poco probable que pueda asegurar un estado de vitamina A adecuado o siquiera mejorado más allá de los seis meses de vida. La dosis y frecuencia de los suplementos han sido aumentadas como sigue:

Calendario de suplementación de rutina con dosis elevadas de vitamina A en poblaciones deficientes en vitamina A

Población	Dosis de vitamina A administrada	Momento de la administración
Niños de 0-5 meses	150.000 UI en tres dosis de 50.000 UI con al menos un mes de intervalo entre dos dosis consecutivas	En cada contacto DPT (6, 10 y 14 semanas) o, de no ser posible, en otras oportunidades
Niños de 6-11 meses	100.000 UI en dosis única cada 4-6 meses	En cualquier oportunidad (e.g., vacuna contra el sarampión)
Niños de 12 o más meses	200.000 UI en dosis única cada 4-6 meses	En cualquier oportunidad
Mujeres en posparto reciente	400.000 UI en dos dosis de 200.000 UI al menos con un día de diferencia	Tan pronto como sea posible tras el parto pero no más de seis semanas después de éste
	y/o 10.000 UI diarias o 25.000 UI semanalmente	y/o durante los seis meses tras el parto

La fortificación puede reducir la DVA. La fortificación de alimentos consumidos frecuentemente por un grupo poblacional a riesgo de DVA puede reducir significativamente la prevalencia y severidad de la DVA. Sin embargo, para asegurar su éxito, dichos programas deben franquear barreras políticas, regulatorias y comerciales.

El seguimiento y evaluación son esenciales en todo momento. Para asegurar que la intervención implementada, cualquiera que esta sea, está alcanzando su objetivo, es necesaria una evaluación regular y rigurosa.

El IVACG ofrece estas recomendaciones, a la luz de la mejor evidencia disponible actualmente, en un esfuerzo por generar programas de control de la DVA más eficaces. La intención es que sean más prácticas y útiles que las recomendaciones previas.

Sobre IVACG

El Grupo Consultor Internacional de Vitamina A (IVACG), establecido en 1975, orienta actividades a nivel internacional para la reducción de la deficiencia de vitamina A en el mundo. El IVACG concentra sus esfuerzos en alentar y diseminar nuevos conocimientos, traducir dichos nuevos conocimientos en aplicaciones prácticas y proporcionar recomendaciones y declaraciones de política que puedan ser utilizadas por otros para el desarrollo de programas apropiados de control y prevención.

Comité Directivo del IVACG

David Alnwick, M.Sc.
Omar Dary, Ph.D.
Frances R. Davidson, Ph.D., Secretaria del IVACG
Alfred Sommer, M.D., M.H.Sc., Presidente del Comité Directivo del IVACG
Kraisid Tontisirin, M.D., Ph.D.
Suttilak Smitasiri, Ph.D.
Clive E. West, Ph.D., D.Sc.
Keith P. West, Jr., Dr.P.H.

Personal del Secretariado del IVACG

Suzanne S. Harris, Ph.D.
Veronica I. Triana, M.P.H.

La publicación de esta declaración fue posible gracias al apoyo del Micronutrient Global Leadership, un proyecto del Departamento de Salud, Enfermedades Infecciosas y Nutrición de la Oficina de Salud Internacional de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, bajo el Acuerdo de Cooperación Número HRN-A-00-98-00027-00. La traducción en español de este documento fue asegurada por Helen Keller International.

Agosto 2003

Impreso en los Estados Unidos de América.

Copias adicionales de esta y otras publicaciones del IVACG pueden obtenerse gratuitamente (países en desarrollo) o por 3,50 US$ (países industrializados). Numerosas publicaciones del IVACG pueden obtenerse gratuitamente en: http://ivacg.ilsi.org. Las copias pueden encargarse al Secretariado del IVACG:

IVACG Secretariat
ILSI Research Foundation
One Thomas Circle, NW, 9th floor
Washington, DC 20005-5802, USA

Tel: 202-659-9024
Fax: 202-659-3617
E-mail: hni@ilsi.org
Internet: http://ivacg.ilsi.org

Grupo Consultor Internacional de Vitamina A (IVACG)

El Instituto de Nutrición Humana de la Fundación para la Investigación del ILSI (Instituto Internacional de Ciencias de la Vida) actúa como secretariado del IVACG.