

Evaluación del programa de suplementación con prenatal en la embarazada desde 1993 hasta 1999 en la provincia Camagüey

Evaluation of the program of prenatal pills as supplement for pregnant women from 1993 to 1999 in Camagüey province

Dra. Sara Orozco Rodríguez; Dr. Freddy Caballería Pérez

Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se analizaron los indicadores: bajo peso al nacer, aumento de peso menor de 8 Kg. al término del embarazo, hemoglobina inferior a 110 gr/l en el tercer. Trimestre defunciones fetales tardías en el período del 1992 al 1999, en nuestra Provincia encontrando que existió una disminución apreciable en el bajo peso al nacer y en los casos de ganancia insuficiente de peso a partir de la implementación del Programa, especialmente después de la instrumentación del Sistema de Vigilancia. No ocurrió lo mismo con los indicadores de hemoglobina y defunciones fetales tardías, lo que indica que aún existían dificultades en el manejo del Programa.

DeCS: EMBARAZO.

ABSTRACT

Indications were analyzed: low birthweight, increasing of the weight lower than 8K at the end of the pregnancy, hemoglobin inferior to the 110gr/l in th theid trimester late fetal deaths within the period from 1992 to 1999, in our province and performance of the analysisof the regression curves so as to know the tendency in the period. It was found that there was a trend towards low birthweight decreasing and is cases of insufficient weigth gaining departing from the implementatiobn of

the surveillance system. It was not the same with the indicators of hemoglobin and late fetal deaths which shows that difficulties persisted in the management of the program.

DeCS: PREGNANCY.

INTRODUCCIÓN

La anemia por deficiencias de hierro, la carencia nutricional más frecuente en Cuba, afecta a más del 40 % de las embarazadas en el tercer trimestre de la gestación, alrededor del 50 % de los lactantes entre 6 y 11 meses de edad, del 40 al 50 % de los niños de 1 a 3 años de edad y del 25 al 35 % de las mujeres en edad fértil. ¹

En la causalidad de la anemia en nuestro país predomina el factor alimentario. La anemia ferripriva en las gestantes se relaciona con trastornos del embarazo, mortalidad materna, prematuridad, bajo peso al nacer, afecciones del recién nacido y mortalidad perinatal, ^{2, 3} además causa debilidad y cansancio y disminuye la resistencia a las infecciones. Todo eso limita las potencialidades de desarrollo de la población, por lo cual la carencia de hierro impone un alto costo económico y social. Los conocimientos científicos y la tecnología actual permiten combatir este problema por medio de intervenciones que tienen efectos positivos sobre la morbilidad, el aprovechamiento escolar y el rendimiento laboral. A su vez, la reducción de la morbilidad permite ahorros en los servicios y cuidados de salud. ⁴

En la prevención de la anemia por deficiencia de hierro en el embarazo se indicó, desde que se implantó el programa materno infantil para la suplementación ferrosa una dosis profiláctica de 30 mg por día a partir de la consulta inicial ⁵ durante la primera mitad y de 60 mg por día durante la segunda mitad del embarazo, ^{4, 6, 7} pero en la práctica eran indicadas dosis más elevadas (tabletas de fumarato ferroso de 200 mg equivalentes a 65 mg de hierro ferroso, 1 tableta tres veces al día).

Como parte del perfeccionamiento continuo de este programa se comenzó el suministro de ácido ascórbico o vitamina C (100 mg por día) a partir de la consulta inicial durante el embarazo. Se recomienda dar el ácido fólico junto con el hierro porque ambos nutrientes se necesitan para la síntesis de hemoglobina, además las deficiencias de ambos nutrientes suelen estar asociadas, particularmente en el embarazo ⁴ y la vitamina C es una fuerte promotora de la absorción del hierro no hemínico por el organismo. ⁴

Las dosis altas de hierro no son aconsejables por las siguientes razones: ⁴

a) El cinc y otros micronutrientes compiten con el hierro en el proceso de absorción y se puede crear un desbalance perjudicial para el desarrollo fetal. ⁶

b) Los efectos colaterales de intolerancia al hierro, como son: dolor abdominal, náuseas, diarreas, constipación y otros, suelen aliviarse o desaparecer cuando la dosis se reduce.

c) La reducción de la dosis de hierro favorece la eficiencia de la absorción de los suplementos.

d) No se ha demostrado beneficio alguno por la ingestión de dosis altas de hierro.

e) El costo de la suplementación aumenta innecesariamente si se consumen cantidades excesivas.

A partir del año 1993 se introdujo el Programa de Suplementación con prenatal para la prevención de la anemia en el embarazo. Este suplemento vitamínico está compuesto por fumarato ferroso en bajas dosis (100 mg de la sal, aproximadamente 35 mg de hierro elemental), 150 mg de ácido ascórbico, 2000 U.I. de vitamina A y 0,25 mg de ácido fólico. Se brinda gratuitamente a todas las gestantes desde la primera consulta de captación. Se recomienda su administración una vez al día desde esa primera consulta, hasta la semana 20 de gestación y después, dos veces al día hasta el parto.

A mediados del año 1996 se introdujo el componente de vigilancia (monitoreo, evaluación, promoción y comunicación) dentro del Programa de Suplementación con Prenatal, lo que permitió aumentar los porcentajes de disminución de la frecuencia de anemia en el embarazo; además plantea un enfoque más profiláctico de la suplementación, incluye en su formulación factores que condicionan un mejor aprovechamiento del hierro, presenta menos trastornos de tolerancia, su presentación lo identifica como producto exclusivo para embarazadas.

Objetivo General:

- Valorar la marcha del Programa de Suplementación con Prenatal para la prevención de la anemia en el embarazo en nuestra provincia.

Específicos:

- Analizar el comportamiento de los siguientes indicadores: bajo peso al nacer, aumento de peso menor de 8 kg al término del embarazo, hemoglobina inferior a 110 gr/l en el tercer trimestre y defunciones fetales tardías en el período 1992 al 1999.

- Comparar nuestros resultados de hemoglobina en el tercer trimestre con los nacionales.

- Orientar las medidas necesarias para perfeccionar el cumplimiento del programa.

MÉTODO

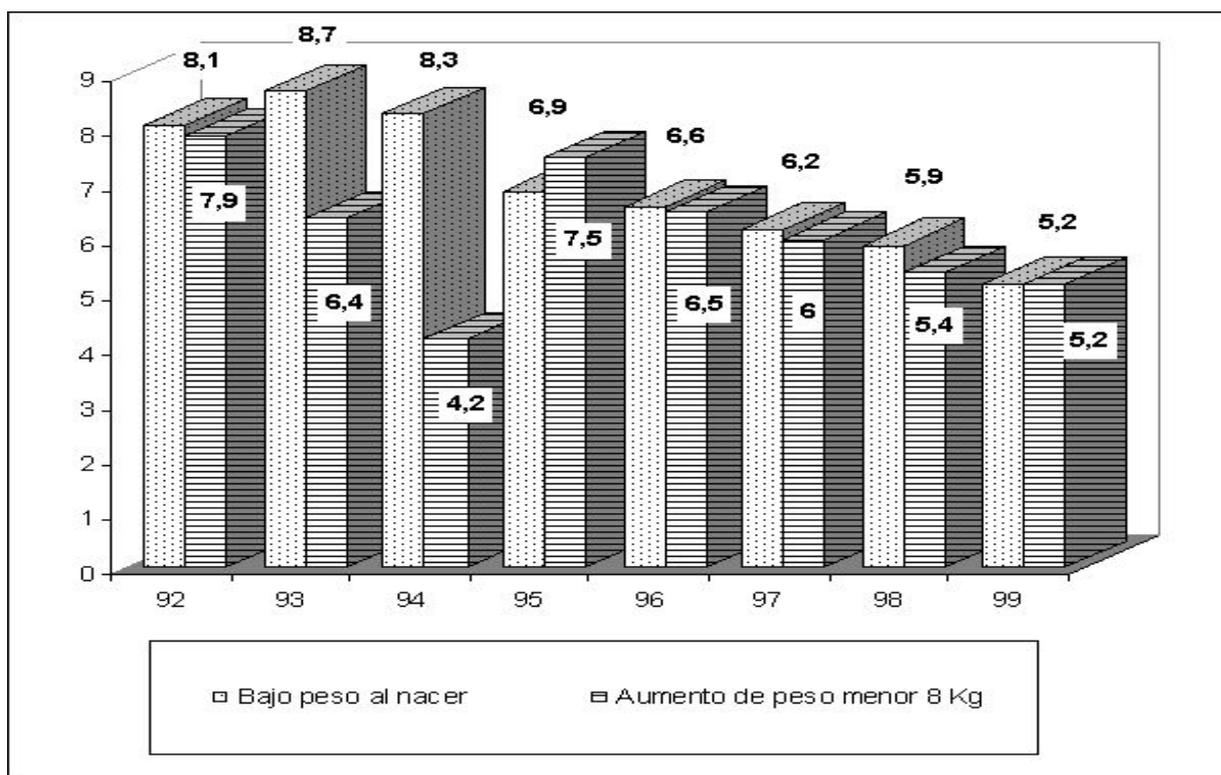
Para el estudio se utilizaron datos primarios recogidos en las unidades de atención primaria (consultorios de médicos de familia y policlínicos) correspondientes a las

embarazadas que se informaron a través del Sistema de Vigilancia Nutricional Materno-Infantil de 1992 en la provincia Camagüey, y cuyo flujo de información era: áreas de salud a unidades y centros municipales de higiene y epidemiología y de éstos al centro provincial de higiene y epidemiología (CPHE) que fue el lugar fuente de obtención de datos.

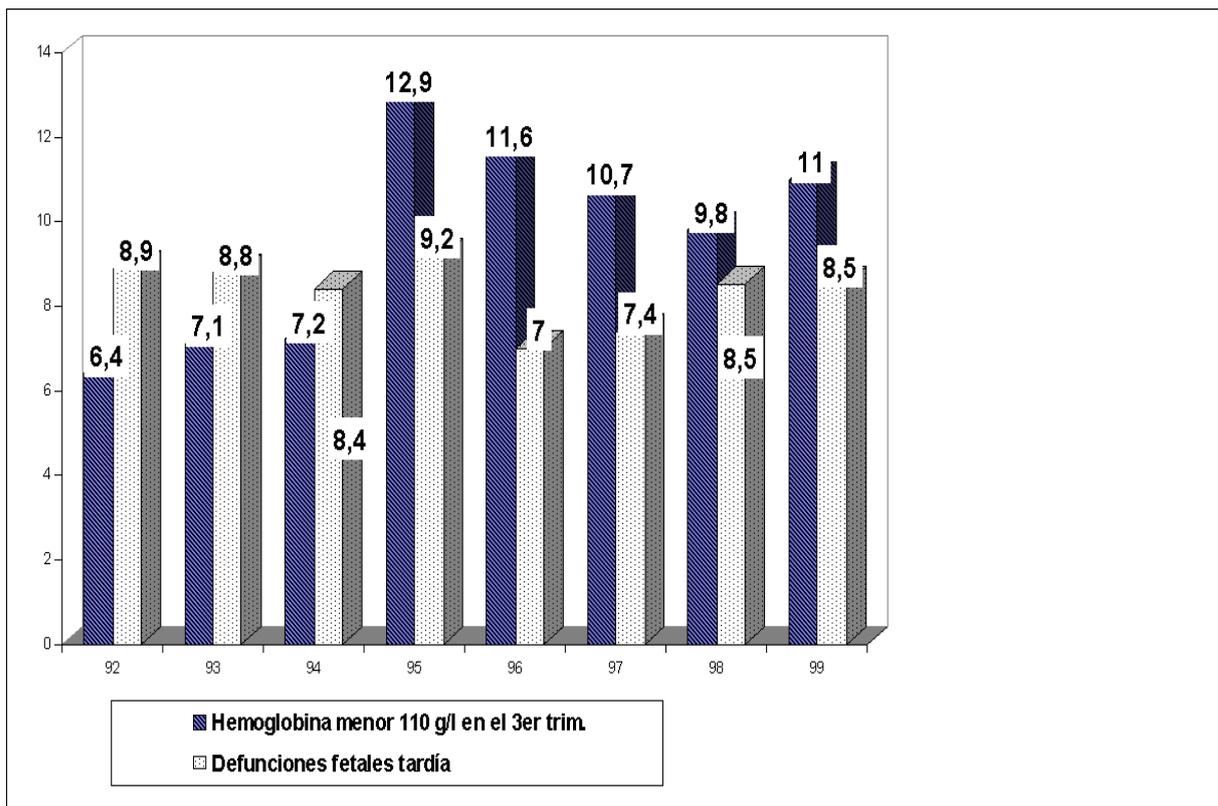
Comparamos los resultados de las hemoglobinas del tercer trimestre del embarazo, durante el período antes señalado con los del nivel nacional en el mismo período, los cuales son enviados a los CPHE. a través de informes de análisis del consolidado de los datos de todas las provincias del país y el municipio especial Isla de la Juventud.

RESULTADOS

En el gráfico.1 se muestran los indicadores: bajo peso al nacer y aumento de peso menor de 8 kg al término del embarazo a partir del año 1992 hasta 1999, en la provincia, donde se observa la tendencia descendente de ambos.



En el gráfico 2 aparecen los indicadores: hemoglobina menor de 110 gr/l y defunciones fetales tardías, también desde el año 1992 en la provincia. En la hemoglobina se encontraron valores más elevados en los últimos cinco años, pero con tendencia descendente, excepto en 1999 y en las defunciones fetales tardías: disminución en los años 96-97, pero aumentó en el período 98-99.



DISCUSIÓN

La introducción del Programa de prenatal para la prevención de la anemia en el embarazo, junto a un mejor trabajo del Programa Materno Infantil contribuyó a la disminución del bajo peso al nacer en nuestra provincia, la que se hizo más ostensible al incluir el componente de vigilancia desde el año 1996. Un comportamiento similar tuvo el aumento de peso menor de 8 kg al término del embarazo.

La hemoglobina menor de 110 gr/l tuvo los resultados más bajos en los años 92 al 94, pero aunque los valores más elevados se encontraron desde el 95 hasta el 99, la tendencia era a ir descendiendo, excepto en el año 99 donde se elevó el indicador, lo hace presumir entre otros factores, que las acciones de salud en la prevención de este problema no se están cumpliendo adecuadamente en todos los municipios de la provincia, ello nos obliga a perfeccionar el trabajo de la vigilancia incrementando el componente educativo de este grupo de riesgo de la población.

Las defunciones fetales tardías comenzaron a disminuir a partir del 1993. En este propio año, conjuntamente con un trabajo de mayor calidad en el Programa Materno Infantil, se introdujo la suplementación prenatal, pero en el año 95 se elevaron. En 1996 al añadir el componente de vigilancia comenzaron a descender de nuevo, aunque esta tendencia no se mantuvo, lo que pudo estar influido por el

incremento de la anemia en el tercer trimestre del embarazo, fundamentalmente en el año 1999.

Se plantea en la literatura la influencia de la anemia de la embarazada en la mortalidad perinatal.^{2,3}

En el año 1995 en un estudio realizado en Ciudad de la Habana, en embarazadas, se encontró que alrededor del 50 % presentaron anemia en el tercer trimestre y que la diferencia entre este indicador y el obtenido a través del SISVAN (Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional) era muy alta, lo que evidenciaba un gran sub-registro en la vigilancia, por lo que comenzaron a utilizarse los datos aportados por los sitios centinelas, pues a pesar de ser dos sitios en cada provincia reflejaban más la realidad del problema

CONCLUSIONES

1. Los indicadores: bajo peso al nacer y ganancia insuficiente de peso al término del embarazo se reduce a partir de la implantación del componente de vigilancia.
2. El indicador de hemoglobina menor de 110 gr/l presenta una tendencia a la disminución a partir de la introducción del componente de vigilancia, aunque los valores son superiores a la etapa anterior debido a la reducción del subregistro. El año 1999 presenta un alza respecto a años anteriores.
3. A partir de la disminución de las defunciones fetales tardías, cuando se añade la vigilancia, esta tendencia no se mantuvo por falta de control adecuado de la anemia en el tercer trimestre del embarazo debido a deficiencias en el cumplimiento del 4. Programa con prenatal y en la Educación Nutricional de la embarazada.
4. El comportamiento de la hemoglobina en el tercer trimestre del embarazo en nuestra provincia fue similar al que se presentó a nivel nacional.
5. Profundizar en el trabajo educativo de la atención primaria de salud, en el Programa para la prevención de la anemia en el embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Padrón M, Amador M. Prevención y control de la anemia y la deficiencia de hierro en Cuba. Rev Cubana Alim Nut.1995;9:52-61.
2. Tron TC. Diciency: The problem and approaches to its solution. Food Nutr Bull. 1996;17:37-41.

3. WHO. International Conference of Nutrition: Final Report of the Conference. Rome: FAO;1992.
4. Tos C. Nutricional en el Sector Salud. La Habana: MINSAP; 1997-1980.
5. Jiménez S, Gay J. Vigilancia Nutricional Materno-Infantil. Guías para la atención Primaria de Salud. Ginebra: INHA Centro Colaborador de la OMS; 1997.
6. WHO. Indicators and strategies for Iron deficiency and anemia programmes. Report of aWHO/UNICEF/UNU. Consultation. Genova: WHO; 1994.
7. Gueri M, Viteri F. Informe final del Ii Taller subregional sobre control de las anemias nutricionales y la deficiencia de hierro. Caracas: OPS; 1996.
8. Padrón M, Fernández R, de la Osa R, Bacallao J, Rebozo J, Martín I. Estado de nutrición de oligoelementos durante el embarazo; efecto de la suplementación con hierro sobre el estado de nutrición de cinc. Rev Cubana Alim Nut. 1995;9:23-31.

Recibido: 12 de abril de 2001

Aprobado: 11 de marzo de 2002

Dra. Sara Orozco Rodríguez. Especialista de I Grado en Nutrición. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Camagüey, Cuba.