

==== ORIENTACIÓN NUTRICIONAL ====

EL PROGRAMA DE SUPLEMENTACIÓN CON "PRENATAL" PARA LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA EN EL EMBARAZO

Magaly Padrón Herrera¹

RESUMEN: La anemia por deficiencia de hierro es el más frecuente problema nutricional en nuestro país y en especial en la población de gestantes. Para su prevención y control se utiliza la suplementación con preparados farmacéuticos como una forma práctica y efectiva para aliviar el problema. Para este fin se utiliza en la atención primaria el suplemento prenatal especialmente diseñado para el Programa de Atención Maternoinfantil. En el presente trabajo se exponen conocimientos esenciales del problema, los aspectos básicos para lograr una real efectividad en la acción preventiva y la función que debe desempeñar el médico de la familia en el programa de suplementación con prenatal para la prevención de la anemia en el embarazo.

Descriptores DeCS: ANEMIA HIPOCROMICA/prevención & control; COMPLICACIONES HEMATOLOGICAS DEL EMBARAZO/prevención & control; SALUD MATERNO-INFANTIL ; ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

Desde 1993 se inició en nuestro país el programa de suplementación con prenatal para la prevención de la anemia en el embarazo. No exento de dificultades, se han observado resultados positivos en estos años, en los que el programa ha contribuido sustancialmente a disminuir en casi un tercio la frecuencia de anemia en el embarazo.¹ No obstante, aún es elevada la frecuencia de anemia entre nuestra población de gestantes.

Existen algunas irregularidades en la operatividad del programa, que van desde la producción del suplemento y su presentación, hasta su distribución y utilización en la atención primaria, las cuales requieren de la mayor atención y de cuya solución depende aumentar el impacto del programa de suplementación o, eventualmente, el impedir su deterioro. Conocer estos problemas para alertar y orientar decisiones para la acción es objetivo de un componente de

¹ Investigador Titular del Departamento de Bioquímica y Fisiología. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. Ciudad de La Habana.

vigilancia creado dentro del programa en el presente año como parte de la vigilancia alimentaria y nutricional del país.²

En algunas de las acciones para dar solución a las limitaciones actuales del programa, el médico de la familia desempeña una función insustituible al ser quien brinda directamente la atención de salud a nuestra población de gestantes durante todo su embarazo. Por ello, es objetivo de este trabajo enfatizar en qué debe conocer y qué debe hacer el médico de la familia para contribuir al éxito del programa de suplementación con prenatal para la prevención de la anemia en el embarazo.

El problema de la anemia por deficiencia de hierro en el embarazo en Cuba

La anemia por deficiencia de hierro es el más frecuente problema nutricional en Cuba y afecta en la actualidad a alrededor del 40 % de las embarazadas, y se encuentran cifras similares de prevalencia entre los niños menores de 3 años y una frecuencia ligeramente inferior entre las mujeres en edad fértil.³

En la caracterización de la anemia en el embarazo en nuestro país se ha estimado que menos de un 4 % de las gestantes que presentan esta enfermedad la presentan en forma grave (valores de hemoglobina menores de 70 g/L), mientras que en más de las dos terceras partes de las embarazadas anémicas, el 66,5 %, se presenta como leve (hemoglobina entre 109 y 100 g/L).⁴

La causa de la alta frecuencia de anemia en la embarazada, al igual que en los otros grupos, es el factor alimentario, pues el aporte de hierro de la dieta de nuestra población es insuficiente tanto en cantidad como en calidad.^{3,5}

La anemia durante el embarazo está asociada con complicaciones en el embarazo y el parto, la prematuridad y el bajo peso al nacer, entre otros,⁶ por lo que prevenirla es importante no sólo para la salud de la madre sino también del niño.

La suplementación para la prevención y el control de la anemia en el embarazo

En la estrategia general para la prevención y el control de la anemia en el embarazo, la suplementación con sales de hierro puede ser un enfoque práctico y efectivo para aliviar tanto a corto como a largo plazo el problema.

Suplementar con hierro a las embarazadas resulta una necesidad, pues los elevados requerimientos de hierro durante esta etapa (3 veces más altos que para las mujeres no gestantes) en general no pueden cubrirse ni siquiera con dietas de una alta biodisponibilidad de hierro⁷ o con el apoyo de otras estrategias como la fortificación de los alimentos. En nuestro país esta situación se agrava porque muchas mujeres inician su embarazo con reservas muy disminuidas de hierro.

Por ello, la suplementación con hierro durante el embarazo es una práctica de rutina en muchos países del mundo que, desafortunadamente, no ha sido muy efectiva en la reducción de la anemia en el contexto de la comunidad, al no poder vencerse, en los casos, las limitaciones operacionales y de sustentabilidad de sus programas.⁸

En Cuba esta práctica de suplementación existe desde hace 3 décadas, donde mediante el Programa Materno-infantil, se han distribuido preparados farmacéuticos de hierro y otros nutrientes.

Sin embargo, limitaciones en la concepción, alcance, sustentabilidad e impacto de esta práctica, así como la necesidad de disminuir la frecuencia de la anemia en este grupo, manifestada en nuestros compromisos ante la Cumbre Mundial de la Infancia, hicieron necesario intensificar las acciones y vencer las limitaciones existentes.

El suplemento prenatal para la prevención de la anemia en el embarazo

Investigaciones realizadas en nuestro país en los últimos años con el objetivo de contribuir a la disminución de la frecuencia de anemia en el embarazo permitieron realizar recomendaciones para modificar las prácticas de suplementación de hierro y otros nutrientes durante la gestación,^{9,10} así como realizar el diseño de una formulación, "Prenatal", que es un suplemento vitamínico para ser utilizado en el Programa de Atención Materno-infantil en la prevención de la anemia en el embarazo.¹¹

El suplemento "Prenatal" lo produce la industria farmacéutica cubana y sus costos de producción son financiados en su mayor parte por UNICEF. El suplemento se utiliza desde 1993 en la red de consultorios de médicos de la familia y hospitales, y se brinda gratuitamente a todas las embarazadas del país.

"Prenatal" está compuesto por fumarato ferroso en bajas dosis (100 mg de la sal, aproximadamente 35 mg de hierro), 150 mg de ácido ascórbico y 2 000 UI de vitamina A. La formulación incluye, además, 250 mg de ácido fólico. El producto está indicado específicamente para la prevención de la anemia en el embarazo y se recomienda su administración una vez al día desde la

primera consulta de atención prenatal hasta la semana 20 de gestación, y, después, 2 veces al día hasta el parto.

La utilización de "Prenatal" representa un cambio en los enfoques de la suplementación y un paso de avance en la atención primaria dentro del programa de prevención de la anemia en el embarazo: por las ventajas que se exponen a continuación:

1. Plantea un enfoque más profiláctico de la suplementación (bajas dosis, antes que se manifieste o se agrave la anemia) en lugar del enfoque terapéutico (dosis altas, controlar/prevenir la anemia existente) de la práctica anterior, lo que quiere decir que se ajustan más sus dosis a los requerimientos nutricionales de esta etapa y se evitan los riesgos de las altas dosis de interferir con la absorción de otros nutrientes que son tan esenciales como el hierro en el curso del embarazo.¹²
2. El producto presenta menos trastornos de tolerancia, lo que favorece su aceptación por la gestante, aspecto éste de gran importancia por considerarse que la poca adhesión de la embarazada a los programas de suplementación pudiera ser una de las causas del fracaso de la mayoría de los que existen en el mundo.¹³
3. Las características del producto hacen que este pueda ser indicado y bien aceptado desde las primeras semanas de embarazo aún existiendo los malestares propios del comienzo de esta etapa, lo que puede contribuir a prevenir la anemia antes de que esta pudiera aparecer en el curso del embarazo.
4. Incluye en su formulación factores como el ácido ascórbico y la vitamina A que pueden condicionar un mejor aprovechamiento por parte del organismo de la dosis de hierro presente.^{14,15}

5. Su presentación, que lo identifica como suplemento exclusivo para embarazadas, permite influir positivamente en la percepción y por tanto en la aceptación y actitud de la gestante ante el suplemento y contribuir a que éste no sea utilizado por otros grupos de población a los que no va dirigido.
6. Al reunir en un solo producto diversos fármacos, se facilita su distribución y el suministro a las gestantes.
7. El programa se hace más costo-efectivo, pues se disminuyen sustancialmente cantidades de materias primas y otros recursos materiales.

***Función del médico
de la familia
en el programa
de suplementación
con "Prenatal"***

El médico de la familia junto con los especialistas que atienden a las gestantes en la atención primaria desempeñan una función central en el éxito del programa de suplementación. En 4 direcciones fundamentales deberán ir dirigidos sus esfuerzos:

**INDICAR ADECUADAMENTE
EL SUPLEMENTO**

Por su carácter profiláctico, el suplemento "Prenatal" debe indicarse a todas las embarazadas que acuden a los servicios de salud desde su primera consulta de captación, cualquiera que sea el curso futuro de su gestación. No es necesario esperar tampoco por los resultados de los exámenes complementarios iniciales. Este tiempo puede y debe ser ganado para la acción profiláctica.

En muchos países se recomienda suplementar con hierro entre el segundo y el tercer trimestre de embarazo, debido a que en ese período aumentan grandemente los requerimientos. Sin embargo, en estudios realizados en nuestro país, se encontró que la no utilización de "Prenatal" aumenta en 1,5 veces el riesgo de anemia en el tercer trimestre y que este riesgo es de igual magnitud tanto si no se toma en la primera mitad del embarazo como si no se toma en la segunda mitad, lo que apunta hacia la importancia de iniciar la suplementación muy temprano en el embarazo.⁴

Por tanto, la clave de una indicación adecuada de Prenatal está en que ésta se haga lo más temprano posible, desde la primera consulta de captación. No podemos dejar que aparezca la anemia para después curarla.

Es un error observado en la atención primaria administrar como rutina de suplementación simultáneamente con Prenatal, tabletas adicionales de fumarato ferroso, ácido fólico, entre otras, pues el suplemento puede cubrir los requerimientos durante el embarazo de los nutrientes que contiene.

La literatura ha confirmado que los niveles de suplementación aportados por "Prenatal" concuerdan con la actual tendencia mundial de reducir las dosis para la prevención de la deficiencia de hierro y el tratamiento de la anemia ligera,¹⁶⁻¹⁸ por lo que "Prenatal" puede y debe utilizarse para estos casos.

Para el caso de las anemias moderadas y severas, que representan en la actualidad alrededor del 19 % de las gestantes a la captación,⁴ corresponde al médico de la familia desarrollar los esquemas terapéuticos convenientes y las acciones establecidas, teniendo en cuenta siempre que junto con la administración de cantidades de hierro a dosis terapéuticas será necesario además,

buscar las causas de esta enfermedad y realizar las intervenciones necesarias si se quiere lograr el control efectivo de estas formas más graves de anemia.¹⁸

Es necesario enfatizar que tanto en el programa de prevención de la anemia en el embarazo como en las medidas de control de la enfermedad debe eliminarse la lógica de que "si un poco es bueno, mucho es mejor" en la indicación de la suplementación de hierro, pues la efectividad no está en indicar dosis altas de hierro, sino en que la embarazada consuma la que necesita.

EDUCAR A LAS GESTANTES EN LA IMPORTANCIA DE LA SUPLEMENTACIÓN

Una indicación adecuada del suplemento deberá siempre ir acompañada de un elemento educativo

Las embarazadas no perciben tan fácilmente la necesidad de la suplementación para prevenir la anemia como, pongamos por caso, perciben muy fácilmente la necesidad de un analgésico si les duele la cabeza o de un antibiótico cuando el pediatra se lo indica a su hijo si éste tiene una infección. Por ello, es necesario educarlas en la necesidad de esta práctica explicándoles qué es el suplemento, para qué sirve, por qué lo necesitan y es importante para ellas y para su futuro bebé que lo tomen con regularidad, qué puede suceder si no lo toman. Deben aprovecharse todas las oportunidades en las consultas o fuera de ellas para que conozcan sobre el suplemento y su importancia.

Ocasión especial es el primer día que le indica el suplemento (consulta de captación), cuando aún la embarazada puede no tener una conciencia clara del problema y pasarán algunos días antes de que pueda

retroalimentarse ese conocimiento. Tendrá que dedicarse todo el tiempo necesario en ese momento. De lo contrario se perderá la oportunidad de la suplementación temprana.

MOTIVAR Y APOYAR A LA GESTANTE EN EL CONSUMO DEL SUPLEMENTO

Motivar es algo diferente que educar. La educación transmite conocimientos y la motivación da el impulso para ponerlos en práctica. En general todos sabemos mucho más lo que tenemos que hacer que lo que en realidad hacemos.

Por ello, para lograr el consumo del suplemento (efectividad de la suplementación), es necesario crear demanda del producto entre las gestantes y hacer que éstas acepten la suplementación a largo plazo, utilizando todos los medios de que se disponga no sólo la comunicación oral sino también los murales, charlas y otros medios, involucrando también a otros trabajadores de la salud como la enfermera e incluso a otras personas en el ámbito familiar o de la comunidad.

Es evidente que hay otros factores fuera del consultorio que deberán movilizarse y que contribuirían a la creación de demanda del producto como pueden ser los medios masivos de comunicación entre otras alternativas, sin embargo, la comunicación directa entre la gestante y su médico siempre será imprescindible e insustituible para la concientización de la necesidad de la suplementación.

Es importante, además, apoyarlas y brindarles soluciones a todas sus dudas e inquietudes sobre la utilización del producto ("Yo no tengo anemia, para qué lo voy a tomar", "mejor se las doy al niño que seguro le hace más falta", "todas las pastillas para la anemia dan estreñimiento y eso no

es bueno en el embarazo") que son a veces las causas de que temporal o definitivamente descontinúen la suplementación.

MONITOREAR EL CONSUMO DEL PRODUCTO

El médico de la familia debe conocer siempre si la gestante que atiende está consumiendo o no Prenatal en las dosis y con la frecuencia indicada.

No importa cuántos esfuerzos se hagan en la producción y distribución del suplemento y en su entrega sistemática y bien orientada a la gestante como aspectos esenciales del programa. Si finalmente no conocemos si el producto se consume o no y actuamos en consecuencia, no sólo se perdería el objetivo final del programa, sino que correríamos el riesgo de atribuir a otras causas las posibles limitaciones de su impacto.

Es el médico de la familia quien tiene las mejores oportunidades, en cada consulta (más de 10 en el embarazo) y en las visitas de terreno, de conocer el consumo real de Prenatal de las gestantes.

Conclusiones

Sin dudas, la suplementación, como intervención nutricional, tiene su lugar en la estrategia general para la prevención y el control de la anemia en el embarazo y no puede verse como la solución completa del problema, el cual dependerá también de otras estrategias de apoyo¹⁹ y de un conjunto de acciones dentro y fuera del sector salud relacionadas con las políticas agrícolas y alimentarias del país.

Sin embargo, del éxito del programa de suplementación con "Prenatal" dependerá en mucho que se obtenga un impacto en la reducción de la frecuencia de anemia en el embarazo como uno de los más importantes problemas nutricionales que tenemos en nuestra población. El reto está en que logremos un programa efectivo donde se mejoren todos los elementos de la cadena del programa donde los eslabones que están dentro de la atención primaria pueden decidir los resultados. Nuestro país ofrece la oportunidad única que le brindan las ventajas estructurales y técnicas de nuestro sistema de salud para lograrlo.

Y en este propósito, el médico de la familia tiene la posibilidad y la responsabilidad de contribuir decisivamente. (anexo).

ANEXO. Función del médico de la familia dentro del programa de suplementación con "Prenatal" para la prevención de la anemia en el embarazo

- INDICAR EL SUPLEMENTO DESDE LA PRIMERA CONSULTA DE CAPTACIÓN
- EXPLICAR A LA EMBARAZADA LA NECESIDAD DE IMPORTANCIA DE UTILIZAR EL PRODUCTO PARA LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA
- NO INDICAR OTROS SUPLEMENTOS SIMULTÁNEAMENTE CON "PRENATAL" CUANDO ÉSTOS NO SE REQUIEREN
- MOTIVAR A LA GESTANTE PARA QUE SE MANTENGA TOMANDO EL SUPLEMENTO DIARIAMENTE DURANTE TODO EL EMBARAZO
- VERIFICAR SI LA GESTANTE ESTÁ REALMENTE CONSUMIENDO EL PRODUCTO Y EN LAS DOSIS Y CON LA FRECUENCIA REQUERIDA

SUMMARY: Iron-deficiency anemia is the most frequent nutritional problem in our country, and specially among pregnant women. For its prevention and control it is used the supplementation with pharmaceutical preparations as a practical and effective way to alleviate the situation. To this

end, the prenatal supplement specially designed by the Program of Maternal and Child Care is used at the primary health care level. The essential knowledge of the problem, the basic aspects to achieve a real effectiveness in the preventive action, and the role the family physician should played in the supplementation program with prenatal for the prevention of anemia during pregnancy are approached in this paper.

Subject headings: **ANEMIA HYPOCHROMIC/prevention & control; PREGNANCY COMPLICATIONS; HEMATOLOGY/prevention & control; MATERNAL AND CHILD HEALTH; PRIMARY HEALTH CARE .**

Referencias bibliográficas

1. Padrón M. Programas de suplementación para el control de la deficiencia de hierro: la experiencia cubana. Memorias del Taller "Control de la deficiencia de hierro en América Latina" Santiago de Chile, 8-10 octubre 1997. INTA, 1997.
2. Padrón M. Componente de vigilancia para la suplementación con Prenatal para la prevención de anemia en el embarazo como parte de la vigilancia alimentaria y nutricional de Cuba. I. Fundamentación y Consideraciones Generales. II. Indicadores y Flujo de Información. La Habana, Instituto de Nutrición de los Alimentos, 1997.
3. Gay J, Padrón M, Amador M. Prevención y control de la anemia y la deficiencia de hierro en Cuba. Rev Cubana Aliment Nutr 1995;9:52-61.
4. Padrón M, Terry B, Garces MA, Clua AM, Valdés F. El programa de control de la deficiencia de hierro en el embarazo en Cuba. Informe Técnico. La Habana: Instituto de Nutrición e Higiene de los alimentos, 1996.
5. Padrón M, Martín I, Gracia A, Rodríguez A. Utilización del indicador hierro absorbible en la evaluación de dietas. Rev Cubana Aliment Nutr 1992;6:44-9.
6. FAO/OMS. International Conference of Nutrition: Final Report of the Conference. Rome:FAO, 1992.
7. Yip R. Iron deficiency: contemporary scientific issues and international programmatic approaches. J Nutr 1994;124 (suppl):1479s-90s.
8. Yip R. Iron supplementation during pregnancy: is it effective? Am J Clin Nutr 1996;63:853-5.
9. Padrón M, de la Osa R, Fernández R, Mateo G, Rebozo J. Disminución de los niveles de cinc circulante en el embarazo por efecto de la suplementación excesiva de hierro. En: Resultados de las investigaciones 1986-1990 de los Problemas Principales de Medicina de Primera Prioridad. La Habana:Editorial Ciencias Médicas,1990:38-9.
10. Padrón M, de la Osa R, Fernández R, Mateo G, Rebozo J. Recomendar el ajuste de los niveles de suplementación de hierro en la embarazada no anémica a dosis que no representen posibles riesgos para la embarazada no anémica a dosis que no representen posibles riesgos para la nutrición de cinc materna por sus posibles efectos sobre el desarrollo fetal. En: Resultados de las investigaciones 1986-1990 de los Problemas Principales de Medicina de Primera Prioridad. La Habana:Editorial Ciencias Médicas, 1990:37-8.
11. Padrón M. El suplemento "Prenatal" para la prevención de la anemia en el embarazo. Rev Cubana Aliment Nutr 1995;9:74-5.
12. 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 Aliment Nutr 1995;9:23-31.
13. Bothwell TH, Charlton RW. Iron deficiency in women. A report of the International Nutritional Anemia Consultative Group (INACG) Washington,DC: The Nutrition Foundation, 1981.
14. DeMaeyer EM, Dallman P, Gurney JM, Hallberg L. Preventing and controlling iron deficiency anemia through primary health care. Geneva: WHO. 1989.
15. Suharno D, Vitamin A and nutritional anemia. Food Nutr Bull 1996;17:7-10.
16. Cook J. Scientific basis for Schemes of Iron Supplementation. International Symposium on Micromineral. Santiago de Chile, October 6-7 1997. University of Chile, 1997.
17. Earl R, Wotecki CE, eds. Institute of medicine. Iron deficiency anemia: recommended guidelines for the prevention, detection and

management among US children and women of childbearing age. Washington, DC:National Academy Press, 1993.

18. Jiménez S, Gay J. Vigilancia Nutricional Materno Infantil. La Habana: Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, 1997.
19. Padrón M. La deficiencia de hierro: un problema a prevenir en la atención primaria de

salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1992;8:349-57.

Recibido: 10 de diciembre de 1997. Aprobado: 5 de enero de 1998.

Dra. *Magaly Padrón Herrera*. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. Infanta No. 1158, Ciudad de La Habana 10400, Cuba.