

PREVALENCIA DE ANEMIA EN GESTANTES EN UN ÁREA DE SALUD

Marianela de la C. Prendes Labrada,¹ Alberto F. Baños Rodríguez,² Olga Toledo Dieppa³ y Orlando Lescay Megret³

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el período comprendido entre enero y septiembre de 1998 en el área del Policlínico Santos Suárez con el objetivo de determinar la prevalencia de la anemia en gestantes, su relación con la edad, el estado nutricional materno y el peso al nacer. La muestra estuvo constituida por las 209 gestantes que se captaron en este período. Se realizó revisión de las historias clínicas obstétricas y los datos se recogieron en planilla confeccionada al efecto, se utilizó el cálculo porcentual para su procesamiento. La prevalencia de la anemia en las embarazadas estudiadas fue del 64,59 %, el 83,74 % tenían entre 20 y 35 años. Las gestantes con valoración ponderal inicial (V.P.I.) peso bajo I-II-III-IV y peso adecuado desarrollaron anemia con mayor frecuencia. Predominó la hemoglobina entre 109-100 g/l en los 3 trimestres de la gestación independientemente de la V.P.I. La mayoría de las gestantes anémicas (80,74 %) se trataron con tabletas prenatales solamente y aportaron recién nacidos con un peso menor de 3 000 g.

Descriptores DeCS: **COMPLICACIONES HEMATOLOGICAS DEL EMBARAZO/epidemiología; ANEMIA/epidemiología; MEDICOS DE FAMILIA.**

La calidad nutricional de la dieta afecta el curso y el resultado del embarazo. Es un hecho bien conocido el aumento de las necesidades energéticas, proteicas, de vitaminas y minerales durante la gestación para satisfacer las demandas tanto de la madre como el feto.¹

La anemia es la más frecuente de las enfermedades que pueden coincidir con el

embarazo o ser producida por éste, y puede acarrear complicaciones, a veces graves, tanto para la madre como para su hijo.^{2,3}

Se considera anemia cuando las cifras de hemoglobina se encuentran por debajo del 110 g/L de sangre y un hematócrito del 33 % o menos, durante el 3er trimestre de la gestación, siendo la causa más frecuente el déficit de hierro.²

¹ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor en Medicina General Integral del Policlínico Docente Santos Suárez.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Nutrición. Policlínico Docente Santos Suárez.

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente Santos Suárez.

La difícil situación económica que atraviesa el país desde 1989 ha conllevado modificaciones en el estado de nutrición de algunos grupos poblacionales, incrementándose el riesgo de deficiencias nutricionales y la mujer embarazada constituye un grupo vulnerable.

El sistema de vigilancia nutricional en Cuba tiene como objetivo fundamental identificar a las gestantes que comienzan el embarazo con peso bajo, que ganan menos de 8 kg en el curso de éste y tienen menos de 110 g/L de hemoglobina en el 3er trimestre de la gestación,⁴ éstos constituyen factores de riesgo nutricionales que se relacionan con el incremento de la morbilidad de la madre o el producto y el bajo peso al nacer,^{5,6} por lo que la atención especializada y la utilización de los recursos deben encaminarse a la modificación o erradicación de dichos factores de riesgo.

La anemia suele ser más frecuente entre las mujeres que comienzan la gestación con peso bajo para la talla, cuyas reservas suelen estar exhaustas, entre las que tienen poca ganancia de peso durante el embarazo, y entre las adolescentes.⁶

Todas estas consideraciones nos alentaron a realizar este trabajo para determinar la prevalencia de la anemia en las embarazadas de nuestra área de salud y su relación con el peso al nacer menor de 3000 g.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el área del Policlínico Santos Suárez en el período comprendido entre enero-septiembre de 1998. La muestra estuvo constituida por las 209 gestantes captadas en ese período.

Se confeccionó una planilla para la recogida de datos, los cuales se obtuvieron a partir de las historias clínicas obstétricas. Los datos fueron recogidos por los autores del trabajo en visitas a los consultorios del Médico de la Familia, y se procesaron utilizando el cálculo porcentual. Los resultados se reflejaron en 5 tablas.

Consideramos gestante anémica a toda aquella que presentó cifras por debajo de 110 g/L de hemoglobina, independientemente del tiempo de gestación.

Resultados

La prevalencia de la anemia en el área de salud Santos Suárez fue de 64,59 % (tabla 1).

TABLA 1. Prevalencia de la anemia durante el embarazo

Total de gestantes		Gestantes con anemia	
No.	%	No.	%
209	100	135	64,59

Fuente: Planilla de datos.

En la tabla 2 se relaciona la edad materna con la anemia según los diferentes períodos de la gestación. La mayoría de las gestantes anémicas tenían entre 20-35 años (83,74 %) y una proporción importante (29,62 %) presentó cifras bajas de hemoglobina en los 3 trimestres de la gestación, independientemente de la edad. En la tabla 3 observamos que las gestantes con VPI peso bajo I-II-III-IV y peso adecuado, desarrollaron anemia con mayor frecuencia (70,21 %, 62,07 % y 65,18 % respectivamente). Predominaron las cifras de hemoglobina entre 100-109 g/L en las embarazadas con anemia en los 3 trimes-

TABLA 2. Anemia durante la gestación según la edad

Período de la gestación	Menor de 20 años		De 20-35 años		Mayor de 35 años		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1er trimestre	4	22,2	18	15,92	1	25,0	23	17,04
2do trimestre	-	-	17	15,04	1	25,0	18	13,33
3er trimestre	2	11,11	5	4,43	-	-	7	5,19
1ro y 2do trimestres	3	16,67	23	20,35	-	-	26	19,26
1ro y 3er trimestres	2	11,11	1	0,90	-	-	3	2,22
2do y 3er trimestres	1	5,55	16	14,1	1	25,0	18	13,33
Los 3 trimestres	6	33,33	33	29,20	1	25,0	40	29,62
Total	18	13,3	113	83,74	4	2,96	135	100

Fuente: Planilla de datos.

TABLA 3. Relación entre VPI y anemia en el embarazo

VPI	N	Gestantes con anemia	
		No.	%
Peso bajo I-II	47	33	70,21
Peso bajo III-IV	29	18	62,07
Peso adecuado	112	73	65,18
Peso adecuado I-II	17	9	52,94
Peso adecuado III-IV	4	2	50

Fuente: Planilla de datos.

TABLA 4. Relación entre VPI y cifras de hemoglobina en gestantes con anemia

VPI	1er Trimestre			2do. Trimestre			3er. Trimestre		
	109-100 g/L %	99-90 g/L %	< 90 g/L %	109-100 g/L %	99-90 g/L %	<90 g/L %	109-100 g/L %	99-90 g/L %	<90 g/L %
PB I-II									
33	39,39	6,06	12,12	45,45	21,21	6,06	30,30	9,09	6,06
PB III-IV									
18	50,00	5,55	5,55	44,44	5,55	11,11	22,22	5,55	5,55
PA									
73	50,68	10,96	5,48	54,79	16,44	6,85	32,88	10,96	12,33
PA I-II									
9	66,66	11,11	11,11	33,33	22,22	11,11	33,33	11,11	
PA III-IV									
2	100,00							50	
Total									
135	49,62	8,88	7,40	48,88	18,29	7,40	30,37	10,37	8,88

Fuente: Planilla de datos.

tres de gestación (49,62 %; 48,88 %; 30,37 %), independientemente de la valoración ponderal inicial (tabla 4). El 80 % de las gestantes recibió tratamiento con tabletas prenatales solamente.

La mayoría de las mujeres con anemia que parieron en el período estudiado, aportaron recién nacidos con menos de 3000 g, siendo el 12 % de éstos bajo peso (tabla 5).

TABLA 5. Relación entre peso al nacer (PN) y gestantes con anemia

PN	Gestantes con anemia	
	N	%
< 2500	3	12
2500-2999	11	44
>3000	11	44
Total	25	100

Fuente: Planilla de datos.

Discusión

La anemia por déficit de hierro es la más frecuente durante el embarazo^{5,7} y su prevalencia es mayor en grupos con bajo nivel socioeconómico, bajo nivel educacional, alta paridad y en países subdesarrollados donde existe poca disponibilidad de alimentos e inadecuados hábitos alimentarios.^{8,9} La alta prevalencia de anemia encontrada entre nuestras embarazadas puede atribuirse, por un lado, a dificultades en la disponibilidad de alimentos necesarios sobre todo en familias con ingresos medios y bajos afectados por el período especial, y por otro, hábitos dietéticos inadecuados que favorecen el desarrollo de estados carenciales, así como la no sistematicidad o administración inadecuada de los suplementos vitamínicos y minerales (tabletas prenatales), que deben ser suministrados a toda embarazada.

Aunque los estudios apuntan hacia la mayor frecuencia de anemia y otras deficiencias nutricionales en madres adolescentes,^{7,1} nuestros resultados fueron diferentes, tal vez porque la atención que se brinda a este grupo suele ser jerarquizada y priorizada por el riesgo que representa. Cuando se brinda atención de calidad, aún antes de la gestación, y se interviene a nivel familiar con vistas a lograr que sus integrantes cooperen con el buen desarrollo nutricional y del embarazo, los resultados suelen ser favorables.

El hecho de que un número elevado de mujeres embarazadas mantuvieron la anemia hasta el 3er trimestre del embarazo o la desarrollaron en la segunda mitad, nos alerta sobre la importancia de que se divulguen regímenes dietéticos adecuados, y se promueva el uso correcto de las tabletas prenatales. Aun cuando los cambios hematológicos propios de la gestación, y el incremento de los requerimientos en la segunda mitad de la gestación favorecen la aparición de la anemia sobre todo en gestantes con reservas exhaustas, un régimen dietético adecuado y acorde con los requerimientos, conjuntamente con los suplementos aportados de vitaminas y minerales por vía oral (en este caso las tabletas prenatales), previenen la aparición de la anemia en muchos casos.¹

La relación entre el peso para la talla al inicio de la gestación y el riesgo de desarrollar anemia ha sido bien establecida por los autores.^{1,5,10} La gestante desnutrida generalmente arriba con pocas reservas al embarazo; de ahí la importancia de garantizar una alimentación adecuada complementada con suplementos vitamínicos y minerales, con vistas a lograr que alcancen un peso óptimo durante la gestación.

El estado nutricional materno es un factor determinante en el crecimiento y peso fetal. La anemia se ha relacionado con el bajo peso al nacer, sobre todo la que aparece o se mantiene hasta el 3er trimestre.

tre. Varios estudios demuestran una asociación significativa entre valores extremos de hemoglobina (tanto bajo como alto) y la prematuridad, la muerte fetal, el bajo peso al nacer y el apgar bajo.^{11,12}

El hecho de que la mayor proporción de las madres aportaran hijos con pesos menores de 3000 g, se hubiese podido evitar logrando que la madre alcanzara cifras de hemoglobina normales en ausencia de otros factores. Entre los recién nacidos con pesos entre 2500-2999 g hay muchos con peso insuficiente para su talla, y que por lo tanto se les puede considerar como crecimiento intrauterino retardado (CIUR); éstos son muy vulnerables a repercusiones ambientales y tienen un gran riesgo de morbilidad durante el primer año de vida.

Conclusiones

La prevalencia de la anemia en el embarazo en nuestra área de salud es alta,

aportando la mayoría de las gestantes anémicas recién nacidos con peso inferior a 3000 g.

Recomendaciones

Educar a las mujeres en edad reproductiva y a las gestantes sobre aspectos básicos de la nutrición como: distribución de los alimentos en los diferentes horarios del día, y confección y combinación de alimentos que favorezcan la absorción de los nutrientes necesarios.

Asimismo el Médico de Familia deben enfatizar en la ingestión sistemática y adecuada de los suplementos vitamínicos y minerales (tabletas prenatales), desde el comienzo del embarazo para así prevenir la anemia.

Si logramos que la mujer comience su embarazo con condiciones nutricionales óptimas, se reduce el riesgo de desarrollar anemia y sus complicaciones.

SUMMARY: A descriptive cross-sectional study was conducted between January and September, 1998, in the area of the "Santos Suárez" Polyclinic in order to determine the prevalence of anemia in pregnant women, its relationship with age, maternal nutritional state and birth weight. The sample was composed of 209 pregnant women that were caught in this period. The obstetric medical histories were reviewed and the data were collected in forms created to this end. The percentage calculation was used for their processing. The prevalence of anemia among the studied expectants was of 64.59%. 83.74% were between 20 and 35 years old. Those pregnant women with initial weighted assessment (IWA) considered as low weight I-II-III-IV an adequate weight developed anemia with higher frequency. Haemoglobine from 109 to 100 g/L predominated during the 3 trimesters of pregnancy independently of I.W.A. Most of the anemic expectants (80.74%) were treated with prenatal tablets only and delivered newborns with a weight under 3 000 g.

Subject headings: **PREGNANCY COMPLICATIONS, HEMATOLOGIC/epidemiology; ANEMIA/epidemiology; PHYSICIANS, FAMILY.**

Referencias bibliográficas

1. Nelson JK, Jensen MD, Gastineau CF. Dietética y nutrición. En: Nelson JK, Jensen MD, eds Manual de la Clínica Mayo. Madrid: Mosby-Doyma, 1997:37-46.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997:253-60.
3. Cunningham FG, Mc Donald PC, Gant NF, Leveno KJ, Giltrap III LC, et al. Williams de obstetricia. México DF: Editorial Médica Panamericana, 1998:204-78.
4. Jiménez S, Gay L. Vigilancia nutricional materno infantil. La Habana: Caguayo, 1997:14-8.
5. Cusminsky M, Lejarraga H, Mercer R, Martell M, Fescina R. Manual de crecimiento y desarrollo. Washington DC: OPS, 1993:95-9.
6. Luke B, Johnson TR, Petrie RH. Clinical Maternal-fetal nutrition. Boston: Little-Brown, 1993:181-4.
7. OPS. Nutrición materna y productos de embarazo. Evaluación antropométrica. Washington DC: OPS, 1992:65. (Publicación Científica; No. 529).
8. Dallman PR, Yip R, Johnson C. Prevalence and causes of anemia in the United States 1976-1980. Am J Clin Nutr 1984;39:437-45.
9. Vázquez SL, Vidal RH, Gautier H, Díaz F, Gomis I, Martínez JA. Prevalencia de la anemia nutricional en mujeres en edad fértil de un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1993;9(3):245-50.
10. Rice R, Serrano CV. Característica del peso al nacer. Washington DC: OPS, 1995;56. (Publicación Científica; No. 504).
11. Garn SM, Ridella SA, Petzold AS, Falkner F. Maternal hematologic levels and pregnancy outcome. Perinatology 1981;5:155-62.
12. Murphy JF, Newcombe RG, Coles EC. Relation of haemoglobin levels in first and second trimesters to outcome of pregnancy. Lancet 1986;1:992-5.

Recibido: 30 de diciembre de 1998. Aprobado: 27 de julio de 1999.

Dra. *Marianela de la C. Prendes Labrada*. Serrano No. 561 (altos), entre Santa Irene y San Bernardino, Santos Suárez, municipio 10 de Octubre, Ciudad de La Habana, Cuba.