

ARTÍCULO ORIGINAL

Efectividad del tratamiento con mufer preconcepcional en mujeres del área de salud del policlínico Gustavo Aldereguía, 2010-2011

Effectiveness of the pre-conceptual treatment with Mufer in women from the health area of Gustavo Aldereguía policlinic, 2010-2011

Autores: Lic. Yurima Rodríguez Peña*, Lic. Roilmer Rodríguez Lores**, Lic. Juana Lupe Muñoz Callol***, Lic. Nieve Zamora Pérez****.

* Licenciada en Enfermería. Máster en Ciencias en Atención Integral a la Mujer. Profesora Asistente. Policlínico Docente Manuel Piti Fajardo. Las Tunas, Cuba.

** Licenciado en Enfermería. Máster en Ciencias de Enfermería. Profesor Asistente. Hospital pediátrico provincial Mártires de Las Tunas. Las Tunas. Cuba.

*** Licenciada en Enfermería. Máster en Ciencias en Atención Integral a la Mujer. Profesor Asistente. Hospital docente Dr. Ernesto Guevara. Las Tunas, Cuba.

**** Especialista de I Grado en Enfermería Comunitaria. Profesora Instructora. Dirección Provincial de Salud. Las Tunas, Cuba.

Correspondencia a:

Lic. Yurima Rodríguez Peña

Correo electrónico: yuly@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo-observacional, con el objetivo de determinar la efectividad del tratamiento con mufer preconcepcional, en mujeres atendidas en el área de salud del policlínico docente universitario Dr. Gustavo Aldereguía, durante los años 2010 y 2011; debido a que en la actualidad la profilaxis de la anemia desde el estado pre-gravídico es una prioridad para garantizar la adecuada salud materna-perinatal. El universo estuvo constituido por las 1296 féminas seguidas desde el riesgo pre-concepcional con el tratamiento con mufer, que planificaron embarazarse y se escogió una muestra aleatoria simple de 816 mujeres que se embarazaron en el último trimestre del año 2010 y dieron su consentimiento. Los datos obtenidos de formularios y la revisión de carné obstétrico reflejaron las variables: edad materna, captación, paridad, estado nutricional, enfermedades asociadas al embarazo, perfiles hematológicos, edad gestacional al parto y complicaciones post-parto presentadas. Predominó la edad entre los 20 y 35 años, la captación precoz en la totalidad de los casos, las nulíparas (74,8%) y las normopeso (57,2%); no presentaron enfermedades asociadas el 56,8%. El perfil hematológico se comportó: en la captación, entre 12,6-13,9 g/L el 86,2%, en el segundo trimestre el 76,5% entre 12-12,6g/L y en el tercer trimestre el 67,0% entre 11-11,9 g/L. La edad gestacional predominante al parto fue entre 37 y 42 semanas (83,4%) y no presentaron complicaciones post parto el 79,1%. El adecuado seguimiento de las mujeres en el riesgo preconcepcional con el suplemento nutricional con mufer repercutió favorablemente en la prevención de la anemia gestacional.

Palabras clave: ANEMIA; PREVENCIÓN: SALUD MATERNO-INFANTIL; RIESGO PRECONCEPCIONAL; SUPLEMENTO NUTRICIONAL; TRATAMIENTO PROFILÁCTICO.

Descriptores: ANEMIA FERROPÉNICA/prevenición & control; SUPLEMENTOS DIETÉTICOS; NUTRICIÓN PRENATAL.

ABSTRACT

A prospective and observational study was carried out with the objective to determine the effectiveness of pre-conceptual treatment with mufer in the women assisted in the health area of Gustavo Aldereguía Teaching Policlinic during 2010 and 2011, because nowadays pre- gravidic prophylaxis is a priority to



guarantee the adequate maternal-perinatal health. The universe was made up by the 1296 women with pre-conceptional risk and followed up with mufer treatment. The women had planned conception. The sample included 816 women that got pregnant during the last quarter of 2010 and that gave their informed consent. The data, obtained from surveys and obstetric cards checking, showed the following variables: maternal age, detection, parity, nutritional state, pregnancy-associated diseases, hematological profiles, gestational age at labor, and post-labor complications. The 20 to 36 age group prevailed. There was also a prevalence of early detection in the totality of the cases, of nulliparous women (74, 8%) and with normal weight (57, 2%). The number that did not develop associated diseases reached a 56, 8%. The hematological profile was: during detection, a 86, 2% between 12, 6-13.9 g/L; during the second quarter, a 76, 5% between 12-12,6g/L and during the third quarter, a 67,0% between 11-11.9 g/L. The gestational age that predominated at labor was between 37 and 42 weeks (83,4%) and a 79,1% did develop post-labor complications. The correct follow-up of women with pre-conceptional risk treated with mufer nutritional supplement favored the prevention of gestational anemia.

Key words: ANEMIA; PREVENTION; MOTHER-CHILD HEALTH; PRE-CONCEPTIONAL RISK; NUTRITIONAL SUPPLEMENT; PROPHYLACTIC TREATMENT.

Descriptors: ANEMIA; IRON-DEFICIENCY/prevention & control; DIETARY SUPPLEMENTS; PRENATAL NUTRITION.

INTRODUCCIÓN

La anemia ferripriva en las gestantes se asocia con trastornos del embarazo, mortalidad materna, prematuridad, bajo peso al nacer, afecciones del recién nacido y mortalidad perinatal, además, causa debilidad y cansancio y disminuye la resistencia a las infecciones. Esto limita las potencialidades de desarrollo de la población, por lo cual la carencia de hierro impone un alto costo económico y social. (1, 2, 3)

En la actualidad la profilaxis de la anemia desde el estado pre gravídico es una prioridad para garantizar la adecuada salud materna-perinatal. (4, 5, 6) La administración del tratamiento con mufer preconcepcional para la prevención de la anemia gestacional, es de gran importancia ya que el mismo, además de resolver la anemia, evita las malformaciones congénitas. (7, 8, 9)

La actividad "control preconcepcional", incorporada en el Programa de salud de la mujer, plantea como primer objetivo específico: "Identificar oportunamente factores de riesgo reproductivo materno-perinatal, posibilitando su intervención a fin de garantizar el inicio del embarazo en condiciones de salud favorables". Se sabe que el estado nutricional pre gestacional ejerce un mayor impacto sobre el peso de nacimiento, comparado con el incremento de peso durante el embarazo. (10)

El déficit de micronutrientes en la dieta de las embarazadas, especialmente hierro, es un problema mundial. (11) Las embarazadas constituyen uno de los grupos más vulnerables a presentar anemia por los altos requerimientos de hierro durante la gestación.

Según las estadísticas internacionales, se estima la prevalencia de la anemia por déficit de hierro entre el 38 y el 52% de los embarazos en diversas partes del mundo. (1)

En la causalidad de la anemia en Cuba predomina el factor alimentario, de acuerdo con la información del sistema de vigilancia alimentaria y nutricional, donde aproximadamente el 50% de las embarazadas han demostrado una ingesta de hierro inferior al 70% de las cantidades recomendadas. (11, 12)

En Las Tunas, de cada cinco embarazadas, tres padecen de anemia por déficit de hierro y en el policlínico "Gustavo Aldereguía Lima", es uno de los problemas identificados en la salud materno-infantil, siendo una de las causas de ingreso domiciliario; (13) por lo que se hace necesario intervenir en las gestantes con actividades educativas de autocuidado, sobre todo relacionadas con la nutrición, para disminuir la incidencia de esta afección.

Motivados en esta situación, se realizó la presente investigación, con la finalidad de determinar la efectividad del tratamiento con mufer preconcepcional en las mujeres atendidas en el área de salud del referido policlínico, durante los años 2010 y 2011, así como caracterizar las gestantes según la edad materna, el tipo de captación, la paridad y el estado nutricional e identificar las enfermedades asociadas al embarazo, perfiles hematológicos, edad gestacional al parto; además, describir las complicaciones post-parto presentadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo observacional con el objetivo de determinar la efectividad del tratamiento con mufer preconcepcional en mujeres atendidas en el área de salud del policlínico docente universitario "Dr. Gustavo Aldereguía", durante los años 2010-2011. El universo estuvo constituido por 1296 féminas que planificaron embarazarse y eran seguidas desde el riesgo preconcepcional con tratamiento con mufer, se escogió una muestra aleatoria simple de 816 mujeres que se embarazaron

en el último trimestre del año 2010 y dieron su consentimiento para estar incluidas en la investigación, representando el 64,3% del universo.

Descripción de la composición farmacológica del mufer: fumarato ferroso 185 mg y ácido fólico 0,4 mg.

Las variables medidas fueron: edad materna, captación al embarazo, paridad, estado nutricional, enfermedades asociadas al embarazo, perfil hematológico, edad gestacional al parto y complicaciones post-parto presentadas. La información se expresó en tablas estadísticas para su mejor comprensión e interpretación.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En la **tabla 1** se aprecia la distribución de las gestantes tratadas con mufer preconcepcional según edad materna y captación, donde predominó la edad entre los 20 y 35 años con 396 mujeres, para un 48,5% y la captación fue precoz en las 816 (100%) embarazadas incluidas en el estudio.

TABLA 1. Gestantes tratadas con mufer preconcepcional, según edad materna y captación en el policlínico "Gustavo Aldereguía", 2010-2011

Edad materna (años)	Captación del embarazo*	
	Precoz	
	No.	%
Menos de 20	209	25,6
20-35	396	48,5
Más de 35	211	25,9
Total	816	100

*No se representaron las captaciones intermedias y tardías porque todos los valores eran 0.

TABLA 2. Gestantes tratadas con mufer preconcepcional, según paridad y valoración nutricional, en el policlínico "Gustavo Aldereguía", 2010-2011

Valoración nutricional	Paridad				Total	
	Nulípara		Multípara		No.	%
	No.	%	No.	%		
Normopeso	361	44,3	106	12,9	467	57,2
Bajo peso	44	5,3	21	2,6	65	7,9
Sobrepeso	118	14,5	33	4,2	151	18,7
Obeso	88	10,7	45	5,5	133	16,2
Total	611	74,8	205	25,2	816	100

El peso materno se comportó dentro de límites aceptables. Los profesionales de la salud, especialmente el personal de enfermería, deben prestar atención individualizada a la curva de peso como parte de las acciones de salud en la atención primaria, identificando cualquier desviación del peso adecuado.

La atención que se le brinda a la embarazada centra sus bases en un conjunto de consultas, acciones de salud y cuidados previos al parto que deben terminar con el parto feliz y seguro de un recién nacido vivo sano y de buen peso. (1)

Se considera que desde la detección de riesgo preconcepcional se deben identificar los diferentes riesgos e insistir en las adolescentes en la necesidad de procreación en edades adecuadas, debido a la inmadurez no solo biológica de los órganos reproductivos, sino a los factores sicosociales que afectan su actividad reproductiva. En la literatura muchos autores concuerdan que constituyen factores de riesgo de anemia en el embarazo, aquellos que se desarrollan en la adolescencia, las gestaciones frecuentes y el embarazo múltiple. (1, 5, 8)

Desde el seguimiento preconcepcional, la futura madre se va preparando para el advenimiento de este proceso vital tan importante en la salud reproductiva de la mujer. La atención prenatal ha tenido cambios sustanciales en el sistema de salud cubano, la embarazada es captada por el Médico General Integral (MGI) (4, 5) y se sigue oportunamente hasta el momento del parto; el especialista de ginecología y el personal de enfermería realizan interconsultas en algunos momentos de la gestación para realizar una evaluación integral de la evolución clínica del embarazo.

En la **tabla 2** se incluyen las gestantes tratadas con mufer preconcepcional según paridad y valoración nutricional, donde incidieron las nulíparas en 611 casos, para un 74,8% y las normopeso con 467 embarazadas, que representa el 57,2%.

En la literatura muchos autores concuerdan en que los factores de riesgo de anemia en el embarazo son aquellos que en la mayoría son desarrollados en la adolescencia, las gestaciones frecuentes y el embarazo múltiple. El estado nutricional materno antes de la gestación o durante ésta, constituye un determinante crítico de los resultados del embarazo para la madre y el niño, siendo considerada la causa

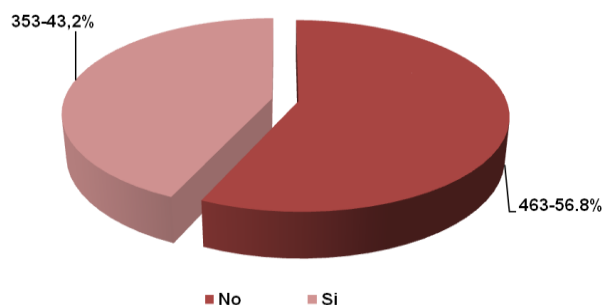
más frecuente del parto pretérmino y el bajo peso al nacer. (1, 5, 8)

Según la paridad, si bien existió mayor incidencia relativa de bajo peso y obesidad en las múltiparas (aproximadamente un bajo peso cada cinco normopeso y una obesa cada dos normopeso, respectivamente), respecto a las nulíparas (una de cada ocho y una de cada cuatro, respectivamente), estas diferencias no resultaron significativas.

El aumento de la prevalencia de anemia, relacionado con la paridad podría estar asociado con el agotamiento de las reservas nutritivas de la embarazada, hipótesis que se ha postulado en otros estudios, dónde se encontró que las primíparas y las grandes múltiparas corren un riesgo más alto de anemia que otras embarazadas, aspectos que coinciden con lo encontrado en la investigación. Por otra parte se considera que los factores de riesgo asociados a las alteraciones del peso corporal, están aumentando a medida que cambian las condiciones de vida y de trabajo hacia hábitos alimenticios menos saludables (mayor consumo de alimentos ricos en grasas, azúcares y sales), menor exigencia de actividad física por estilos de vida sedentarios y permisividad del consumo de sustancia psicoactivas ilegales, entre otros. (6)

El **gráfico 1** muestra las gestantes tratadas con mufer preconcepcional según enfermedades asociadas al embarazo, en 463 embarazadas (56,8%) no se presentaron afecciones asociadas.

GRÁFICO 1. Gestantes tratadas con mufer preconcepcional según enfermedades asociadas en el policlínico "Gustavo Aldereguía", 2010-2011



Existe un grupo de factores conocidos, prevenibles y modificables que afectan a la mujer en edad fértil, haciéndose necesario entender el impacto de dichos factores en la enfermedad y la convicción personal de incorporar hábitos permanentes en un estilo de vida saludable, todo esto traducido en un compromiso responsable con la enfermedad. Los factores mas asociados en investigaciones que reportan como complicación la hipertensión arterial no controlada, están dados por una dieta no saludable, el sobre peso, la inactividad física y el consumo de tabaco y alcohol. La hipertensión arterial en el embarazo es más frecuente en las mujeres anémicas. Aquí, al parecer, la principal influencia para esta enfermedad se relaciona con la deficiencia nutricional crónica que puede contribuir a una invasión anormal del trofoblasto en el endometrio, daño del endotelio vascular y una respuesta inmunológica anormal. Este problema se ha relacionado con la deficiencia de calcio, cinc, vitaminas C y E, y ácidos grasos esenciales. Uno de los componentes de la dieta más estudiados es el aporte de ácido fólico; la ingestión de 1,000 mcg por día de folatos puede reducir hasta un 46% la hipertensión durante el embarazo. (4, 5)

El profesional de enfermería en las visitas de terreno, juega un papel importante en la dispensarización y la evaluación de la ingestión del mufer. En la investigación realizada esto permitió que las mujeres a las que se le administró el tratamiento antes del embarazo, atendidas en el área de salud, no presentaran anemia durante el periodo de gestación y se minimizaran las complicaciones.

Al relacionar a las gestantes tratadas con mufer preconcepcional según perfiles hematológicos (**tabla 3**), se aprecia que el perfil hematológico en la captación de 704 (86,2%) fue entre 12,6-13,9 g/L; en el segundo trimestre se comportó entre 12-12,6 g/L en 625 embarazadas, para un 76,5% y en el tercer trimestre fue entre 11-11,9 g/L en 547 casos, para un 67%.

TABLA 3. Gestantes tratadas con mufer preconcepcional según perfiles hematológicos, en el policlínico "Gustavo Aldereguía", 2010-2011

Valores hematológicos g/L	Control prenatal					
	Captación		Segundo trimestre		Tercer trimestre	
	No.	%	No.	%	No.	%
12.6-13.9	704	86,2	142	17,4	77	9,4
12-12.6	37	4,6	625	76,5	192	23,6
11-11.9	75	9,2	49	6,1	547	67
Total	816	100	816	100	816	100

Con frecuencia la carencia de hierro se manifiesta como descenso en la concentración de hemoglobina, aunado a el aumento de la necesidad de hierro, como consecuencia del incremento en el volumen de hemoglobina materna y el transporte considerable de dicho elemento al feto. (3)

La enfermera debe resaltar la importancia del consumo adecuado del suplemento prenatal y el mufer, prestando especial atención en aquellas mujeres que han tenido experiencias negativas con la adherencia al tratamiento en otros embarazos y las que presenten reacciones adversas frecuentes, brindarles opciones para la ingestión adecuada y segura de este fármaco para prevenir las deficiencias nutricionales, en especial la de hierro.

La aparición de enfermedades asociadas a la gestación, como la anemia debido al agotamiento de los depósitos de hierro por la demanda del feto para su metabolismo, crecimiento y desarrollo, puede ser evitada si se realizan las acciones de promoción de salud desde el estado pre gravídico, se orienta a las

mujeres para que sean capaces de identificar los factores de riesgo y actuar sobre ellos, por ejemplo, en el estudio se les orientó ingerir el suplemento combinándolo con la dieta respecto a la disponibilidad y combinación de los horarios y frecuencias.

El mufer se indica a todas las mujeres no gestantes entre 15 y 39 años que se dispensaricen por el médico y la enfermera de la familia por cumplir criterios clínico –epidemiológicos de posibles factores de riesgo de anemia, éste será entregado por el médico y la enfermera de la familia en el momento de la dispensarización y será evaluada su ingestión por la enfermera en su visita de terreno. (1, 12)

En la **tabla 4** se constatan las gestantes tratadas con mufer preconcepcional según edad gestacional al parto y complicaciones presentadas, donde predominó la edad gestacional al parto entre 37 y 42 semanas (681 embarazada, para un 83,4%). No presentaron complicaciones post-parto 646 pacientes, para un 79,1%.

TABLA 4. Gestantes tratadas con mufer preconcepcional según edad gestacional y complicaciones presentadas, en el policlínico "Gustavo Aldereguía", 2010-2011

Edad gestacional al parto (años)	Complicaciones postparto presentadas				Total	
	Si		No		No.	%
	No.	%	No.	%		
Menos de 37	64	7,9	71	8,7	135	16,6
37-42	106	13	575	70,4	681	83,4
Total	170	20,9	646	79,1	816	100

A pesar de que no existió un índice de prematuridad elevado, es importante referir que la edad gestacional determina la calidad del producto. La mayoría de las gestantes del grupo de estudio, desarrollaron un parto feliz comprendido entre las 37 y 42 semanas de gestación. Algunos autores destacan que es importante la educación para la salud que se le brinde a la embarazada desde la captación del embarazo, lo que permite elevar la cultura en una maternidad y paternidad responsable para enfrentar un parto con éxito. (7)

Para evitar complicaciones en el embarazo es necesaria una alimentación óptima, en este sentido el seguimiento preconcepcional determina la calidad del embarazo evitando complicaciones en la madre y el feto. Se evidenció que las actividades de educación, promoción y comunicación, son premisas de la atención preconcepcional para optimizar los cuidados esenciales de la embarazada en el control nutricional, estableciendo patrones que permitan la

diversidad dietética del consumo de alimentos portadores de energía, proteínas, grasas, hierro y carbohidratos. Se hace necesario que la enfermera en su labor asistencial realice monitoreos en el hogar con la integración de la familia.

Los resultados de la investigación permitieron identificar el perfil de riesgo de la embarazada, definiendo intervenciones tempranas más apropiadas.

CONCLUSIONES

El adecuado seguimiento de las mujeres en riesgo preconcepcional con el suplemento nutricional mufer repercutió positivamente en la prevención de la anemia gestacional, lográndose un adecuado control hematológico, que repercutió favorablemente en la salud materna-perinatal, evidenciando la efectividad del tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Alvarez Villares I, Aguila Fernández J. Anemia y deficiencia de hierro en embarazadas de un área urbana del municipio Cienfuegos. Rev. Cubana Obster Ginecol. [revista en la Internet] 2006; 32(1).
2. UNICEF, UNU, WHO. Iron deficiency anemia. Assessment, prevention, and control. A guide for program managers. Geneva: WHO; 2001. [citado 2008 Nov 4] Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/en/ida_assessment_prevention_control.pdf.
3. Acosta Jiménez S, Sánchez Días M, Cambio en el estado nutricional de la población cubana adulta de diferentes regiones de Cuba. Rev. Cubana de Hig Epidemiol. [revista en la Internet] 2012; 50(1).
4. Programa Remediar. Estimación de la eficiencia en la compra de medicamentos del Programa Remediar. Atención primaria de la salud. Boletín PROAPS-REMEDIAR. 2004; 2(15):16. [citado 2008 Oct 17] Disponible en: [http://www.remediar.gov.ar/ACM-Remediar-Publicaciones1.nsf/pubboleweb/1D38A9C84570D5430325726E0069CC25/\\$File/Boletin15.pdf](http://www.remediar.gov.ar/ACM-Remediar-Publicaciones1.nsf/pubboleweb/1D38A9C84570D5430325726E0069CC25/$File/Boletin15.pdf).
5. Bárcena Cohaila O, Lanchipa Picoaga J. Factores de riesgo para parto pretermino en gestantes adolescentes. Revista Médica Basadrina. [revista en la Internet] julio - diciembre 2012; 6(2): 04.
6. Linch SR. The potencial impact of Iron status in pregnancy. J Nutr [revista en la Internet] 2008; 130(2s Suppl): 448s-51s.
7. Freire WB, Kahn SG, mcguire J, Post GL, Interagency Anemia Steering Group. Anemia prevention and control: what works. Pt 1. Program guidance. Washington, D.C.: USAID; 2003. [citado 2009 Oct 17] Disponible en: <http://www.phnip.com/portfolio/pubs.html>.
8. Domínguez Rodríguez P. Implicaciones obstétricas de la desnutrición materna. Rev. Med. Electrón. [revista en la Internet] jul-ago 2011; 33(4).
9. Durán E, Soto D, Asenjo G, Pradenas F, Quiroz V. Evaluación de la dieta de embarazadas de área urbana y su relación con el estado nutricional. Rev Chil Nutr [revista en la Internet] 2009; 26: 62-9.
10. Ticona Rendón M, Huanco Apaza D. Efectos de la anemia materna sobre la resultante perinatal. Revista Médica Basadrina. [revista en la Internet] julio - diciembre 2012; 6(2): 20.
11. Stella Escudero Luz, Parra S Beatriz Elena. Factores demográficos y gestacionales asociados a la concentración de hemoglobina en embarazadas de la red hospitalaria pública de Medellín. Rev. chil. nutr. [revista en la Internet] Santiago de Chile 2011; 38(4).
12. Rosso P, Mardones F. Nutrición en el embarazo. En: Obstetricia, Pérez Sánchez. Editores: A Pérez, E Donoso. 3ed. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2009. p. 233-44.