

SIDA y otras afecciones de transmisión sexual en presidiarias de la región central de Venezuela

Dr. Jesús Figueroa Brito*

Cárceles de Tocorón, Tocuyito y el Instituto Nacional de Orientación Femenina.

RESUMEN

Objetivo: Investigar la presencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y otras afecciones de transmisión sexual en presidiarias de la región central de Venezuela.

Método: Estudio analítico, prospectivo, en 265 internas a las cuales se les realizó Papanicolaou, prueba de Schiller y biopsia cervical cuando fue necesaria; así como también, pesquisa de enfermedades de transmisión sexual y encuesta sobre sus hábitos sexuales, en el período marzo a junio de 2000.

Ambiente: Cárceles de Tocorón, Tocuyito y el Instituto Nacional de Orientación Femenina.

Resultados: La edad de las primeras relaciones sexuales ocurrió a un promedio de 16,75 años. Se observó una ligera tendencia a la promiscuidad sexual en 33,96 % de los casos. El patrón sexual de las internas resultó netamente heterosexual (89 %). La presencia de sífilis fue muy elevada (117/1000 habitantes) al compararla con la morbilidad nacional que es de 3,51/1 000 habitantes; igualmente, la morbilidad por síndrome de inmunodeficiencia adquirida, resultó en 377/1 000 la cual fue elevada si se compara con la nacional de 2,5/1 000.

Conclusiones: Este es el primer estudio prospectivo nacional donde se evaluó la presencia de síndrome de inmunodeficiencia adquirida y otras afecciones de transmisión sexual en presidiarias de la región central del país. Además de los ligeros índices de promiscuidad encontrados, también se evidenció una alta morbilidad en sífilis y en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El Ministerio del Interior y Justicia a través de sus dependencias de salud debe vigilar y corregir esta problemática.

Palabras clave: Presidiarias. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Enfermedades de transmisión sexual.

SUMMARY

Objective: To investigate the presence of acquired immunodeficiency syndrome and other affections of sexual transmission in convicts of the central region of Venezuela.

Method: Analytic, prospective, study in 265 interns to which Papanicolaou, test of Schiller and cervical biopsy was performed when needed; as well as, investigation of sexual transmitted diseases. Sexual habits were also assessed.

Setting: Jails of Tocoron, Tocuyito and the National Institute of Feminine Orientation.

Results: The mean age of the first sexual relationship was 16,75 year. A slight tendency was observed to the sexual promiscuity with 33.96 %. The sexual pattern of the interns was highly heterosexual (89 %). The presence of syphilis was very high (117/1 000 inhabitants) when comparing it with the national morbidity of 3.51/1 000 inhabitants; equally, the morbidity for acquired immunodeficiency syndrome, was in 377/1 000 which was high compared with the national of 2.5/1 000.

Conclusions: This is the first national prospective study that evaluate the presence of acquired immunodeficiency syndrome and other sexual transmitted diseases in convicts of the central region of country. Besides the slight indexes of promiscuity, a high morbidity was also evident in syphilis and acquired immunodeficiency syndrome. The Ministry of the Interior and Justice through their dependences of health should watch over and to correct this problem.

Key words: Convicts. Acquired immunodeficiency syndrome. Sexual transmitted diseases.

INTRODUCCIÓN

Somos testigos de las calamidades que enfrenta nuestra población para asistir a los servicios de salud, y por tanto, es más difícil aún para los individuos que no gozan del privilegio de la libertad.

*Médico Gineco – Obstetra, Jefe del Servicio de Obstetricia del Instituto Venezolano del Seguro Social.

Recibido: 04-10-02

Aceptado para publicación: 08-06-03

Estas personas, si los servicios sanitarios no tocan a sus puertas, definitivamente no pueden alcanzarlos. Por esta razón, los trabajadores de la salud debemos acercarnos a estas comunidades aisladas y brindarles nuestro apoyo para conocer qué los afecta y proponer medidas profilácticas que mejoren sus condiciones de vida.

A pesar de los esfuerzos hechos por el Ministerio del Interior y Justicia para mejorar las condiciones humanas en las prisiones, lamentablemente, para nadie es un secreto que los reclusos carecen de los servicios básicos y, entre ellos, no escapa la asistencia médica. La orientación profiláctica de la medicina es la única vía segura hacia el éxito de cualquier modelo de salud y basados en esta proposición es necesario disponerse a conocer las enfermedades que afectan a las reclusas de los centros penitenciarios del país, específicamente en la esfera ginecológica, para posteriormente proponer medidas que optimicen el estado de salud de la población femenina reclusa.

Esta investigación, pionera en nuestro país, nos permitirá aclarar si se está enfocando correctamente la política sanitaria en nuestras prisiones, el grado de instrucción en relación con prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el cáncer del cuello uterino, definir el porcentaje de pacientes afectadas por infecciones del tracto genital y lograr la detección precoz del cáncer del cuello uterino, sin la necesidad de movilizar a las detenidas fuera del recinto penitenciario. Los resultados del presente trabajo contribuirán a presentar soluciones destinadas a mejorar la organización y calidad en la atención médica.

Es bien conocido que las mujeres con una flora vaginal normal, predominante en *Lactobacillus*, tienen generalmente concentraciones inferiores de microorganismos potencialmente patógenos tales como Bacteroides, Peptoestreptococos, *Gardnerella* y *Mycoplasma hominis*, en comparación con pacientes con vaginosis bacteriana (VB) (1), lo cual refleja la compleja microflora del tracto genital inferior. Estudios en mujeres asintomáticas reportan que 87 % a 100 % poseen bacterias aeróbicas en la vagina. Los gérmenes aislados más comunes incluyen *Lactobacillus* (45 %-88 %), *Streptococcus* (53 %-68 %), *Enterococcus* (27 %-32 %), *Staphylococcus coagulans* negativos (34 %-92 %) y *Coliformes* (9 %-28 %). Los anaerobios obligados aislados con más frecuencia son *Bacteroides* spp (4 %-57 %) y *Pectostreptococcus* spp (44 %-77 %) (2).

Las pacientes con VB tienen una microflora más compleja compuesta por muchas especies bacterianas a una concentración de 10 bacterias/mL de fluido vaginal. Así, su flora vaginal incluye más especies y concentraciones superiores de patógenos que pueden ascender para causar infecciones del tracto superior, por tanto la VB predispone a las pacientes a contraer amnionitis, corioamnionitis y endometritis poscesárea entre otras. Existen también evidencias de que la VB puede estar asociada a enfermedad inflamatoria pélvica posaborto y celulitis del lecho vaginal luego de histerectomía. La mayoría de las vulvovaginitis son causadas, en general, por *Gardnerella vaginalis* en combinación con diversos anaeróbicos, aunque los protozoarios tipo *Trichomona vaginalis* causan un tercio de todos los casos y la infección por *Candida albicans* es frecuente en embarazadas y diabéticas; además, otras causas frecuentes son por *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma*, *Streptococcus*, *Escherichia coli* y *Neisseria gonorrhoeae* (1,2).

En relación con las enfermedades virales, el virus del papiloma humano (VPH) es extremadamente frecuente y causa lesión del epitelio que va desde una verruga genital simple o condiloma acuminado hasta displasia y carcinoma plano invasor del cuello uterino, vulva o vagina (3). De más de 66 serotipos identificados, por lo menos 15 infectan el aparato genital. Los serotipos 6 y 11 producen verrugas exofíticas benignas y con menos frecuencia los 42, 46 y 44. El 16 y 18 producen la neoplasia de alto grado y carcinoma del cuello uterino.

En lo que respecta al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) Gourevitch (4) reporta que en el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta hasta octubre de 1995 hubo 501 493 casos de esta enfermedad, de los cuales, el 99 % correspondió a adultos o adolescentes y reportaron un total de 311 381 defunciones, indicando una tasa de mortalidad global de 62 %. Gold (5) señala que el 60 % de los pacientes que desarrollan esta enfermedad mueren en el término de 3 años y el 90 % en 8 años.

En Venezuela, de acuerdo a la División de Epidemiología del Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social (6), la tasa de mortalidad por SIDA es de 250,4 por 100 000 habitantes desde enero de 1982 hasta marzo de 1999, en tanto que la tasa de morbilidad para sífilis es de 351,1 por 100 000 habitantes en los últimos 17 años. Por todas estas consideraciones, resulta de especial interés médico

y social evaluar el grado de presencia del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en una población femenina recluida en institutos penitenciarios del país, con el entendido de que por su alto grado de hacinamiento y descuido gubernamental sea posible detectar un alto y peligroso grado de las mismas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio analítico, prospectivo, que se realizó en la población penitenciaria femenina conformada por todas las reclusas internas en los institutos penitenciarios del centro del país: Instituto Nacional de Orientación Femenina (INOF), Anexo La Planta, Tocarón y Tocuyito, constituida por un total de 265 internas, durante el período de marzo a junio del año 2000.

A todas las reclusas, para comenzar, se les entregó un cuestionario para obtener una respuesta anónima en la cual se realizaron preguntas objetivas y una historia clínica. Seguidamente, se les extrajo 10 mL de sangre venosa periférica para detectar sífilis (VDRL) y VIH (ELISA). Si resultare positiva alguna de estas pruebas, se les practicó estudios inmunológicos como FTA y Western Blot, respectivamente.

Se realizó examen ginecológico con espéculo para obtener muestra vaginal para estudio directo y otra muestra con hisopo para cultivo de secreción cérvico-vaginal. A continuación se tomaron muestras para citología del cuello uterino. Se aplicó solución yodo yodurada de Lugol (test de Schiller) y al resultar sospechoso se procedió, inmediatamente, a la biopsia de la zona del cuello uterino.

Una vez recolectadas las muestras se distribuyeron de la siguiente manera:

Sangre: Laboratorio Central del Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social (MSDS) y laboratorio de Endocrinología de la Maternidad "Concepción Palacios", adscrito a la Fundación para la Investigación Materno-Infantil (FUNDAMATIN).

Muestras en frascos y tubos para cultivo: Laboratorio de Microbiología del Centro Médico Quirúrgico del Sur en Santa Mónica, Caracas.

Citologías y biopsias: Departamento de Anatomía Patológica del Hospital "José Gregorio Hernández" en Los Magallanes de Catia, Caracas.

Una de las principales limitaciones para la realización de este proyecto fue el aspecto financiero-económico, y por otra parte, el cierto grado de resistencia de las pacientes para ser examinadas.

RESULTADOS

La edad promedio de la población evaluada fue de 33 años y en relación con las primeras relaciones sexuales, se concluye que no son precoces, porque el promedio resultó ser de 17 años.

En relación con la promiscuidad sexual, entendida ésta con el antecedente de haber tenido más de tres parejas, nuestra población en estudio demostró tener una tendencia a la promiscuidad con una frecuencia de 33,96 %.

En cuanto al nivel de educación en relación con previsión de ETS y cáncer del cuello uterino, el grado de información dependió de la institución en la cual estuvieron recluidas, siendo las más instruidas, las del INOF, seguidas por las de Tocuyito.

De acuerdo al patrón de hábito sexual, la población encuestada fue altamente heterosexual con una frecuencia de 89 %, seguido por 3,02 % homosexual, 3,02 % bisexual; 4,9 % no respondió.

En lo que se refiere al control ginecológico, dependió de la institución donde se hallaban las internas, y se evidenció que las que más se controlaron (por lo menos una vez al año), fueron las del INOF con un 54,05 %, mientras que en las del internado de Tocarón sólo se controlaron el 9,72 %.

La tasa de morbilidad para sífilis, en relación con un resultado positivo del VDRL (36 casos en total, sobre 254 en quienes se hizo la prueba Cuadro 1), fue de 139,53/1 000; y en los casos específicos de FTA positivo (31 casos en total, Cuadro 2) la tasa resultó ser de 117,100/1 000; la prueba FTA, ratificó la presencia de sífilis en 31 ocasiones, para dar una frecuencia de 122,04/1 000.

La tasa de morbilidad para SIDA, en relación con la presencia de VIH positivo y Western Blot positivo fue de un caso en el INOF lo que resultó en 377/1 000 (Cuadro 3).

Respecto a los resultados de las citologías cervicales, predominó el grado inflamatorio leve con un 65,97 %, seguido por la presencia de *Gardnerellas* en el 12,03 % y *Candidas* en 10,37 %, pero también se detectó un caso de neoplasia intraepitelial cervical (NIC alto grado) (Cuadro 4). En relación con los cultivos de secreción cérvico-vaginal, se encontró un 58,8 % de flora normal, seguido en orden de frecuencia por *Candidas* con 13,73 %, *Trichomonas* con 6,69% y *Gardnerellas* con 3,52 % entre otros (Cuadro 5).

Cuadro 1

Distribución de la población femenina reclusa en los centros penitenciarios de la región central de Venezuela en función del resultado del VDRL realizado en 254 casos

VDRL Institución	Reactivo		No reactivo	
	Casos	%	Casos	%
Tocorón	7	12,96	47	21,55
Tocuyito	17	20,98	64	29,35
INOF	12	10,08	107	49,08
Total	36	13,95	218	99,98

Cuadro 2

Resultado del FTA

	FTA positivo	
	Casos	%
Tocorón	6	11,11
Tocuyito	16	19,75
INOF	9	7,16
Total	31	12,20

Cuadro 3

Resultado del VIH y Western-Blot en 252 casos

	HIV y Western Blot (positivos)		HIV (negativo)	
	Casos	%	Casos	%
Tocorón	-	-	55	21,31
Tocuyito	-	-	85	32,94
INOF	1	0,39	112	45,73
Total	1	100	252	99,98

Cuadro 4

Distribución de los resultados de las citologías en la población femenina reclusa en los centros penitenciarios de la región central de Venezuela

Resultados	Casos	%
Inflamación leve	159	65,97
Gardnerella	29	12,03
Candida	25	10,37
Tricomonas	21	8,71
Actinomyces	2	0,82
Inflamación severa	1	0,41
NIC alto grado	1	0,41
Total	238	98,72

Cuadro 5

Distribución de los gérmenes aislados en cultivos de la población femenina reclusa en los centros penitenciarios de la región central de Venezuela

	Tocorón		Tocuyito		INOF		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Flora normal	27	48,21	71	68,26	69	55,64	167	58,80
Candida	10	17,85	8	7,69	21	16,93	39	13,73
Tricomona	1	1,78	5	4,80	13	10,48	19	6,69
Gardnerella	-	-	1	0,96	9	7,25	10	3,52
E. coli	8	14,28	2	1,92	-	-	10	3,52
Estafilococo	3	5,35	2	1,92	3	2,41	8	2,81
Total	49	87,47	89	85,55	115	92,72	274	96,46

DISCUSIÓN

Es evidente que el estudio realizado y los resultados obtenidos nos deben llamar poderosamente la atención por la forma como se mantiene la salud de estas presidiarias y específicamente en la esfera ginecológica, porque los resultados obtenidos mediante la presencia de SIDA y otras ETS supera las cifras contempladas por la División de Epidemiología del Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social.

En este estudio se evidencia que la población femenina propensa a delinquir está, en promedio, entre la edad de los 33 años aproximadamente y que estas mujeres comienzan su actividad sexual a los 17 años, lo cual conduce a observar en las reclusas de estudio una discreta tendencia a la promiscuidad sexual; quizás por el ambiente donde se desenvuelven, pero por otra parte se observó la existencia de un patrón sexual netamente heterosexual.

Un elemento interesante a evaluar es el nivel que en materia de educación sexual tienen las mujeres reclusas en estos centros penitenciarios. En efecto, los hallazgos de este estudio permiten confirmar que el mayor porcentaje obtenido al respecto fue de 54 % en el INOF, el cual está muy por debajo de la población general no reclusa (6).

En relación al control ginecológico frecuente en estas instituciones es preocupante, porque en este estudio se evidenció que en muchas oportunidades no se realiza y cuando se hace no abarca a toda la población, prueba de ello es la presencia de enfermedades como sífilis en un elevado porcentaje de la población estudiada, al igual que un caso de SIDA presente en la muestra.

Sería interesante establecer como rutina en los

centros penitenciarios este tipo de estudio, una o dos veces al año como mínimo, para garantizar, no sólo la prevención oportuna, sino también el tratamiento precoz de ETS y cáncer del cuello uterino. Asimismo, deben impartirse charlas sobre los tópicos de ETS y cáncer del cuello uterino en particular y educación sexual en general a la población penitenciaria por parte del personal médico del Ministerio del Interior y Justicia en dichas instituciones.

Es necesario mantener además, los anexos femeninos separados de las penitenciarías donde se encuentran reclusas las poblaciones masculinas (Ej.: Internado Tocorón) y así prevenir la promiscuidad y recomendar la visita conyugal controlada.

Finalmente resulta obligatorio señalar que en la revisión realizada sobre publicaciones Obstétrico-Ginecológicas-Perinatológicas Venezolanas (7,8) se encontraron trabajos sobre enfermedades de transmisión sexual (9-19), pero ninguno en población penitenciaria, por lo cual se considera de importante valor la divulgación de este estudio.

REFERENCIAS

1. Biswas MK. Vaginosis bacteriana. *Clin Obstet Ginecol* 1993;1:165-174.
2. Zerpa R, López Y. Gérmenes más importantes en las infecciones gineco-obstétricas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1980;40(2):89-94.
3. Smotkin D. Infección vaginal por virus de papiloma humano. *Clin Obstet Ginecol* 1993;1:185-190.
4. Gourevitch MN. Epidemiología del virus de inmunodeficiencia adquirida. *Tendencias actuales. Clin Med N Am* 1996;6:1181-1195.
5. Gold JW. Diagnóstico y tratamiento de la infección por virus de inmunodeficiencia humana. *Clin Med N Am* 1996;6:1245-1267.
6. División Epidemiología y Estadísticas. Departamento de Enfermedades de Transmisión Sexual. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. 1996.
7. Agüero O. Publicaciones Obstétrico-Ginecológicas-Perinatológicas venezolanas. Volumen 1 (1828-1979). Caracas: Editorial Ateproca; 1993.
8. Agüero O. Publicaciones Obstétrico-Ginecológicas-Perinatológicas venezolanas. Volumen 2 (1980-1990). Caracas: Editorial Ateproca; 1994.
9. Vera I, Borges R, Morales M, Nieves M. Estudio clínico morfológico en las infecciones ginecológicas por *Chlamydia trachomatis*. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1986;46:165-167.
10. Villalobos N. Características de la transmisión perinatal del virus de la inmunodeficiencia humana en la región zuliana. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2003;62:175-187.
11. Maiello M, Yabur J, Rizzo C, Ilja R, Salazar M, Gómez N, et al. Incidencia de *Mycoplasma genitalis* en la Consulta de Fertilidad. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1986;46:168-172.
12. García SA. Diagnóstico virológico en la infección producida por el VIH. Órgano divulgativo de la oficina de prevención y lucha contra el SIDA 1990;1(2):41-45.
13. Mazzali de Ilja R. Incidencia de clamidias y micoplasma en diversas patologías del tracto genital femenino. *Acta Cient Soc Venez Bioanalist Especial* 1993;2:23-30.
14. Haro N, González A, Carlos-Rolla F. Infección por virus de inmunodeficiencia humana y lúes materno fetal. *Gac Méd Caracas* 1994;102(1):17-23.
15. Ugas R, Tarrazi K, Brito R. SIDA y embarazo en la actualidad. *Rev Soc Méd Quir Hosp Emerg "Pérez de León"* 1996;27(2):32-37.
16. Ball E. Virus papiloma humano. Biología molecular, genética y mecanismo oncogénico. Parte I. *Dermatol Venez* 1998;36:136-131.
17. Ball E. Virus papiloma humano. Biología molecular, genética y mecanismo oncogénico. Parte II. *Dermatol Venez* 1999;37:5-10.
18. Mendoza JA, Muñoz S, Vielma S, Noguera ME, López M, Toro M. Infección cervical por el virus del papiloma humano: diagnóstico por citología y por captura de híbridos del ADN viral. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2000;60:103-107.
19. Alvarez W, Sotillet M, Bermúdez D, Cedeño M, Ayala V. Incidencia de HIV en mujeres parturientas. *Rev Soc Méd Quir Hosp Pérez de León* 1999;30(1):45-49.

Agradecimiento

- A la Dra. Gloria Pinho, Ex-Directora General de Prisiones del Ministerio de Interior y Justicia.
- A Fundamatín y Laboratorio Central de la "Maternidad Concepción Palacios".
- A los Licenciados Héctor Luis Pérez, María de Vidas e Illenney de Tabaco del Laboratorio Central del Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social (MSDS), por su abnegada colaboración en la realización de este trabajo.
- Al Dr. Oscar Agüero y al Dr. José Terán Dávila, Jefe del Servicio de Investigaciones y Docencia de la Maternidad "Concepción Palacios", por su orientación y revisión del presente trabajo.
- Al Licenciado: Prof. Luis E. Sánchez Díaz, asesor estadístico.
- Al Personal de Enfermería y Custodia de los Centros Penales: Tocorón, Tocuyito, Instituto Nacional de Orientación Femenina (INOF) y La Planta.
- A las internas de estos penales, sin cuya colaboración, no hubiese sido posible realizar esta investigación.

...viene de página 74

Los grupos más vulnerables son las embarazadas y los niños de 6 a 36 meses, ya que las necesidades nutricionales de estos grupos se encuentran aumentadas (Cuadro 1), así mismo, los niños con bajo peso al nacer (<2500 g) y los prematuros, nacen con bajas reservas de hierro y por tanto son considerados grupo de riesgo para la deficiencia de hierro, por lo que la suplementación puede iniciarse a partir de los 2 meses según criterio médico.

Cuadro 1

Valores de referencia de hierro	
Grupos de edad (años)	mg/día
Masculino	
0 - 5,9 meses	10
6-11,9 meses	10
1-3	12
4-6	14
7-9	8
10-12	9
13-15	11
16-17	8
18-29	8
30-59	8
60 y más	8
Femenino	
0-5,9 meses	10
6-11,9 meses	10
1-3	12
4-6	14
7-9	14
10-12	14
13-15	14
16-17	14
18-29	14
30-59	12
60 y más	6
Embarazadas	30
Madres que lactan	15
Promedio ponderado/persona/día	12

Fuente: MSDS-INN. Valores de Referencia de Energía y Nutrientes para la Población Venezolana, Revisión 2000. Publicación No. 53 Serie Cuadernos Azules

Las Normas de Suplementación en las cuales se recomienda administrar el suplemento dos veces por semana, se corresponden a los resultados de estudios recientes que demuestran que:

- Con altas dosis de hierro el intestino se satura bloqueando la absorción ulterior de dosis repetidas.
- Es tan efectiva como la dosis diaria para prevenir la anemia.
- Ocasiona menos efectos colaterales adversos en el sistema gastrointestinal que la suplementación diaria, favoreciendo que la madre consuma los suplementos.

En el Cuadro 2 se incluyen una serie de recomendaciones que deben seguirse para la toma de los suplementos.

Cuadro 2

Recomendaciones para la toma de los suplementos.
1. Enfatizar en la importancia que tiene la suplementación, en la prevención y control de la deficiencia de hierro.
2. Informar a la mujer sobre los efectos colaterales como: náuseas, estreñimiento, diarreas y vómitos y cómo reducirlos.
3. Consumir las tabletas de acuerdo a las normas indicadas.
4. Ingerir las tabletas 1 hora antes o después de las comidas.
5. Evitar el consumo de las tabletas acompañadas con leche o productos lácteos, té, café, ya que estos inhiben la absorción del hierro.
6. Consumir alrededor de 8 vasos de agua al día.
7. Evitar el consumo de alimentos que puedan causar intolerancia gastrointestinal (flatulencia, diarrea, alergias, acidez, entre otros).
8. Recomendar una alimentación variada, promoviendo el consumo de alimentos fuentes de hierro, como las carnes, el hígado, harina de maíz precocida, entre otros y de aquellos que favorezcan su absorción, tales como guayaba, naranja, limón, zanahoria, etc.
9. Indicar la tableta dos días fijos a la semana, a fin de convertirlo en rutina
10. Acudir al control prenatal y consultar con el especialista en caso de dudas.

- 2. Fortificación de alimentos:** El Programa de Fortificación de Harina de Maíz Precocida y Trigo Panadero, se viene desarrollando en el país desde el año 1993. Estos productos están fortificados con nutrientes tales como hierro, niacina, tiamina y vitamina A, esta última sólo en el caso de la harina de maíz. Por lo anterior se requiere promover y destacar la importancia del consumo de estos alimentos.

Continúa en página 93