

LA ANEMIA EN LAS EMBARAZADAS, UN PROBLEMA IMPORTANTE

Youhanna Mato Martínez*



Introducción

La anemia es un trastorno en el cual el número de eritrocitos y, por consiguiente, la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre, es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo (OMS, 2011). Es uno de los problemas de deficiencia nutricional más frecuentes que afecta a embarazadas y continúa siendo causa de un número considerable de morbilidad perinatal.

La anemia puede coincidir con el embarazo o ser producida por éste y provocar complicaciones que, a veces, llegan a ser graves para la madre y para su hijo.

La anemia en las embarazadas es más frecuente de lo que se considera entre la población que asiste a los consultorios médicos. En este sentido, se debe reconocer que la anemia es bastante común entre las mujeres que comienzan

la gestación con bajo peso para la talla, periodo intergenésico corto, así como entre las que tienen poca ganancia de peso durante el embarazo y entre las adolescentes.

La deficiencia de hierro es la carencia nutricional más común durante el embarazo y, al mismo tiempo, se convierte en la causa

* Gestora del programa educativo de licenciatura en medicina en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen.

más frecuente de anemia capaz de producir deficiencias en el transporte de oxígeno, lo que trae sin dudas repercusiones sobre la fisiología fetal. En función de su intensidad, la anemia puede relacionarse con riesgos de prematuridad, bajo peso al nacer y aumento de mortalidad materno infantil.

Desarrollo

La anemia, según la clasificación más reconocida mundialmente, puede ser de dos tipos con variantes en cada uno de ellos. La clasificación es la siguiente.

A.- Las que están directamente relacionadas con la gestación:

- 1) Ferropénicas
- 2) Megaloblásticas
- 3) Hipoplásica

B. Las que no guardan relación directa con la gestación:

- 1) Anemias por hematíes falciformes
- 2) Otras anemias hemolíticas y raras

De todas ellas, el 95% de las que ocurren durante el embarazo se producen por déficit de hierro.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 41,8% de las embarazadas del mundo padecen anemia y la mitad es producida por la carencia de hierro, también conocida como ferropenia, mientras que en el resto (58.2%) se debe a problemas como carencia de folatos, vitamina B12 o vitamina A, inflamación crónica, infestaciones parasitarias o trastornos hereditarios. Por esta razón los especialistas de la OMS recomiendan la administración intermitente de suplementos de hierro y ácido fólico a embarazadas no anémicas para prevenir la anemia y, con esta acción, mejorar los resultados del embarazo (OMS, 2014).

En este sentido, Scholl TO, Hediger ML (Citados por Iglesias et al, 2009) definieron que:

“...la anemia se asocia con complicaciones del embarazo y del parto en la madre, en el feto y el recién nacido, como mayor morbilidad y mortalidad fetal y perinatal, parto prematuro, peso bajo al nacer, hipertensión arterial, infección genital y de herida quirúrgica, así como bajas reservas de hierro en el recién nacido, lo que provoca desarrollo psicomotor retardado y alteraciones neuroconductuales.”

Una embarazada está anémica cuando su concentración de hemoglobina en el primero y tercer trimestres de gestación es inferior a 110 g/l al nivel del mar, sabiendo que en el segundo trimestre la concentración suele bajar 5 g/l (aproximadamente), lo que también se considera anemia. Esto es así porque el criterio diagnóstico actual de anemia considera diferentes niveles de hemoglobina (Hb), según la edad gestacional de acuerdo con los cambios fisiológicos del embarazo.

La alta prevalencia de deficiencia de hierro y otros micronutrientes en embarazadas debe ser motivo de preocupación para todos. Esto es así porque las embarazadas son un grupo vulnerable debido, sobre todo, a los altos requerimientos de hierro que les son necesarios durante la gestación que pueden representar hasta un tercio de los depósitos totales maternos.

La madre necesita más hierro durante el embarazo porque la necesidad que debe cubrir es doble. Por esa razón, la mayoría de las mujeres deben ingerir una cantidad adicional de hierro para asegurarse de disponer de reservas suficientes en el momento de la concepción y

durante el embarazo.

El método clásico para compensar esta carencia, y con ello prevenir y tratar la anemia ferropénica, es la administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico a lo largo de todo el embarazo. Pese a su demostrada eficacia, esta intervención es limitada, lo que se debe, probablemente, a la escasa adherencia terapéutica por efectos secundarios como son, por ejemplo, las náuseas, el estreñimiento, heces negras y sabor de boca metálico.

La deficiencia de hierro, su costo económico y las consecuencias adversas para la salud de madre e hijo, han provocado diversos estudios en muchos países con el objetivo de aumentar el conocimiento sobre la enfermedad y las maneras de disminuirla. Ejemplo de ello es el estudio realizado en 2010 en un área de la salud de La Habana, Cuba, donde se determinó la prevalencia de la anemia entre 209 embarazadas de las cuáles 83,74 % tenían entre 20 y 35 años y el resto más de 35. En este trabajo se detectó que la prevalencia de anemia en las embarazadas estudiadas fue 64,59% que se consideró elevado y que las gestantes con valoración ponderal inicial (VPI) de peso bajo I-II-III-IV y peso adecuado, desarrollaron anemia con mayor frecuencia. Asimismo, predominó la hemoglobina entre 109-100 g/l en los 3 trimestres de la gestación independientemente de la VPI. La mayoría de las gestantes anémicas (80,74%) se trataron solamente con tabletas prenatales y aportaron recién nacidos con un peso menor de 3,000 gramos (Prendes et al, 2010).

Según Farnot (2004), durante la atención prenatal debe realizarse el estudio del hematocrito y la hemoglobina cada 6 a 12 semanas para el diagnóstico temprano de la anemia.

En la directriz de la OMS titulada *Administración intermitente de suplementos de hierro y ácido fólico a embarazadas no anémicas*, se evaluaron los beneficios y perjuicios de la administración a embarazadas de suplementos de hierro, solos o combinados con ácido fólico u otras vitaminas y minerales desde el punto de vista de los resultados del embarazo y neonatales. Esta directriz ofrece recomendaciones sobre la administración intermitente de suplementos de hierro y ácido fólico como intervención de salud pública destinada a mejorar los resultados del embarazo y reducir la anemia materna durante la gestación (OMS, 2014).

Para elaborar esta directriz se llevó a cabo una investigación en la que se estudiaron 4,072 mujeres de Argentina, Bangladesh, China, Guatemala, India, Indonesia, Iran, Malawi, Mexico, Pakistan, Republica de Corea y Tailandia. Para el análisis de los resultados se consideraron, en el lactante, bajo peso al nacer, nacimiento prematuro, anomalías congénitas y mortalidad perinatal, mientras que en la madre se consideraron la anemia, la ferropenia y la anemia ferropénica al termino del embarazo, así como la presencia de cualquier efecto secundario: paludismo clínico o infecciones durante el embarazo (OMS, 2014).

Otra investigación en este tema fue realizada en 2009 por Iglesias y colaboradores en pacientes que ingresaron al servicio de obstetricia del Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León para atención obstétrica. En ese estudio se vieron 600 mujeres internadas para atención obstétrica y se encontró anemia en 35% de las pacientes, predominando la ferropénica en 94.2%. Iglesias y sus colaboradores demostraron

que en las mujeres anémicas había una incidencia significativamente mayor de amenaza de aborto, infección urinaria, parto prematuro, ruptura prematura de membranas, estado hipertensivo del embarazo, oligohidramnios, hemorragia obstétrica, hemotransfusión, infección de herida, recién nacidos de bajo peso y menores de 37 semanas, así como mayor número de ingresos a las unidades de cuidados intensivos e intermedios. En este trabajo, los autores recomendaron detección y manejo tempranos con suplementos de hierro y vigilancia médica (Iglesias y colaboradores, 2009).

Para el Grupo Consultivo Internacional sobre Anemia Nutricional (INACG) las bajas concentraciones de hemoglobina indicativas de anemia moderada o grave durante el embarazo vienen asociadas a un mayor riesgo de parto prematuro, mortalidad materno infantil y enfermedades infecciosas (INACG, 2002).

En un estudio analítico de corte transversal en 150 embarazadas escogidas al azar entre las gestantes de un área urbana del municipio Cienfuegos, Cuba, se determinó la relación entre la presencia de anemia y las variables sociodemográficas, la historia obstétrica y los hábitos nutricionales. De las embarazadas estudiadas, a 39,3% se les detectó anemia y 47,3% ferropenia. La deficiencia de hierro se comprobó en 88,1% de las anémicas y en 20.8% de las gestantes con cifras normales de Hb. En 11,9% de las anémicas y 4,7% del total de la muestra no se identificó esta deficiencia como responsable de la anemia.

El mayor número de embarazadas se encontraba en el grupo de 20-30 años y se conoció que tanto la anemia como la deficiencia de hierro fueron más frecuentes en mayores de 30 (70,0 y 66,7% respectivamente), seguidas de las menores de 20 años, con 47% de anémicas y 53% de ferropénicas. Los factores de mayor correlación significativa en los valores de la Hb fueron el número de veces a la semana que consumieron carne (0.001), las veces que ingirieron huevo (0.002), el valor de la hemoglobina inicial (0.001), el embarazo gemelar (0.006) y el trimestre de embarazo (0.031). En el estudio se demostró que las gestantes estudiadas consumían dietas insuficientes en cuanto a los nutrientes esenciales (Villares et al, 2006).

Otro trabajo llevado a cabo con 98 pacientes embarazadas, atendidas en una consulta médica privada de San Luis Potosí (SLP, México), estudió la concentración de hemoglobina y hematocrito para el diagnóstico de anemia. Se detectó que la prevalencia de anemia fue de 4.08% en las primeras semanas de gestación y 16.32% en las semanas finales. El 75% de las pacientes con anemia tenían sobrepeso u obesidad. En el estudio se propone que el médico solicite a la paciente de 3 a 4 estudios sanguíneos para llevar un control prenatal adecuado y tener la oportunidad de detección temprana de la misma, ya que la prevalencia de anemia aumenta con el transcurso del embarazo (O'Farrell-Santoscoy et al, 2013).

Conclusiones

La anemia afecta a casi la mitad de todas las embarazadas en el mundo: al 52% de las embarazadas de los países en vías de desarrollo y al 23% de las embarazadas de los países desarrollados. Entre las causas más comunes de anemia se encuentran la nutrición deficiente, la deficiencia de hierro y otros micronutrientes, el síndrome de mala absorción intestinal, el parasitismo intestinal y el paludismo, aunque este último es más frecuente en países subdesarrollados. La infección por

VIH y las hemoglobinopatías son factores adicionales.

La prevalencia de anemia en el embarazo varía considerablemente debido a diferencias en las condiciones socioeconómicas, los estilos de vida y las conductas de búsqueda de la salud entre las diferentes culturas.

Los servicios de salud implementan estrategias para el control

de la anemia en embarazadas, que incluyen la eliminación de factores de riesgo reversibles en consultas preventivas o profilácticas, detección temprana y manejo adecuado de la afección, a fin de evitar la necesidad de transfusiones de sangre.

El tratamiento de la anemia ferropénica en embarazadas aumenta los parámetros hematológicos. Eso puede prevenir la necesidad de intervenciones posteriores que pudieran resultar más peligrosas, tanto para la madre como para el niño.

Se recomienda una dieta adecuada con alimentos que contengan hierro y la administración de rutina de hierro y folato a todas las embarazadas.



Referencias

- Farnot U. 2004. Anemia y embarazo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, Cuba
- Iglesias-Benavides, J., Tamez-Garza, L., Reyes-Fernández, I. 2009. Anemia y embarazo, su relación con complicaciones maternas y perinatales. *Revista Medicina Universitaria* Vol 11 Num 43: pp. 95-98. Monterrey, Nuevo León.
- INACG. 2002. Report of the International Anemia Consultative Group Symposium. Why is iron important and what to do about it: a new perspective. Washington, DC, Secretaria del INACG, pp. 1-50.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) 2014. Directriz "Administración intermitente de suplementos de hierro y ácido fólico a embarazadas no anémicas". Clasificación NLM: WH 160. Ediciones OMS. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2011. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Organización Mundial de la Salud, (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1), Ginebra, Suiza, Recuperado 04 enero 2016 de: http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) 2009. Women and health: Today's evidence, tomorrow's agenda. Editorial OMS, Ginebra, Suiza
- Prendes, M., Baños, A., Rodríguez, O., Toledo, O., Lezcay, O. 2010. Prevalencia de anemia en gestantes en un área de salud, *Rev Cubana Med Gen Integr* Vol. 16, Núm 1: pp. 25-30.
- Villares, I., Fernández, J., Aviléz, M., Mediaceja, O. y Guerra, T. 2006. Anemia y deficiencia de hierro en embarazadas de un área urbana del municipio Cienfuegos. *Rev Cubana Obstet Ginecol* Vol 32, Núm 1. La Habana, Cuba.
- O'Farrill-Santoscoy, F., O'Farrill-Cadena, M., Frago-Morales, L. 2013. Evaluación del tratamiento a mujeres embarazadas con anemia ferropénica. *Revista Ginecol Obstet de México*; Vol. 81, Núm 7: pp. 377-381. México, DF.