

1. Médico Gineco Obstetra, Profesor Ordinario Departamento Académico de Ginecología y Obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Código ORCID <https://orcid.org/0000-0002-2830-3789>
2. Médico Cirujano, Médico Jefe del Puesto de Salud Profam de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, Perú

Financiamiento: Autofinanciado.

Conflicto de interés: Los autores señalan no tener algún conflicto de interés.

Recibido: 10 mayo 2019

Aceptado: 15 agosto 2019

Publicación online: 14 noviembre 2019

Correspondencia:

Félix Dasio Ayala Peralta

✉ fayala1401@hotmail.com

Citar como: Ayala FD, Ayala D. Implicancias clínicas de la anemia durante la gestación. Rev Peru Ginecol Obstet. 2019;65(4):487-488. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2209>

Implicancias clínicas de la anemia durante la gestación

Clinical implications of anemia during pregnancy

Félix Dasio Ayala Peralta¹, Dasio Ayala Moreno²

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2209>

INTRODUCCIÓN

La anemia es una de las principales preocupaciones de salud pública en países subdesarrollados y desarrollados; afecta a la cuarta parte de la población mundial, con considerable morbilidad y mortalidad, especialmente en mujeres embarazadas⁽¹⁾.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), se define anemia en el embarazo cuando la hemoglobina es <110 g/L. La clasificación de la anemia se basa en los valores de su concentración sérica: anemia leve 100 a 109 g/L, anemia moderada 70 a 99 g/L y anemia severa menos de 70 g/L^(2,3). Las guías clínicas del Reino Unido y el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) definen la anemia en el embarazo cuando la hemoglobina es menor a 110 g/L en el primer trimestre, menor de 105 g/L en el segundo y tercer trimestre de gestación y menor de 100 g/L en el periodo posparto^(3,4).

Se define la anemia por deficiencia de hierro durante el embarazo cuando el nivel de ferritina sérica es menor de 30 ng/mL, lo que puede ocasionar consecuencias severas en la salud de la madre y el recién nacido⁽⁵⁾.

La prevalencia de anemia durante la gestación oscila en cifras superiores a 40%⁽⁶⁻⁸⁾, en América Latina 37%⁽⁹⁾ y, en nuestro país, últimos reportes indican cifras de 29 y 30%^(10,11).

La detección de anemia durante la gestación es obligatoria en la primera atención prenatal, idealmente en el primer trimestre, mediante dosaje de hemoglobina incluido con el hemograma completo; el segundo control se recomienda realizar entre las 24 y 28 semanas de edad gestacional, cuando además debe solicitarse los niveles de ferritina sérica, que orientarán al manejo con hematínicos por vía oral o endovenoso según el tipo de anemia encontrado^(12,13).

Cabe precisar que el parto pretérmino, peso bajo al nacer y recién nacido pequeño para edad gestacional están presentes en gestantes con anemia por deficiencia de hierro, y son causas principales de morbimortalidad perinatal y neonatal temprana⁽¹⁴⁾. Por tanto, el manejo oportuno de la anemia durante la atención prenatal es pilar fundamental para disminuir las complicaciones perinatales; para ello, es recomendable iniciar la terapéutica antes del tercer trimestre⁽¹⁵⁾.

Las guías clínicas publicadas recientemente resaltan la importancia de los esfuerzos globales dirigidos a la prevención de la anemia por deficiencia de hierro, particularmente en poblaciones vulnerables con alta



prevalencia⁽¹⁶⁾. La OMS recomienda la suplementación universal de hierro a mujeres embarazadas y niños menores de 6 a 24 meses, debido a la alta prevalencia de anemia por deficiencia de hierro^(16,17). El Ministerio de Salud del Perú⁽¹⁸⁾ recomienda que las gestantes, a partir de la semana 14 de gestación, y las puérperas, hasta los 30 días después del parto, deben recibir suplementos de hierro en dosis diaria de 60 mg de hierro elemental más 400 µg de ácido fólico durante 3 meses.

En tal sentido, se ha considerado incluir durante el presente simposio, los ejes temáticos del problema. En el artículo sobre fisiopatología de la anemia durante el embarazo se señala que durante la gestación hay mayor necesidad de hierro para la placenta y el feto, lo que se evidencia en aumento de la eritropoyesis. Sin embargo, la concentración de la hemoglobina disminuye por efecto de mayor expansión vascular; esto determina hemodilución, que se evidencia a partir del segundo trimestre, y luego se va normalizando al final del tercer trimestre. Otro tema es referido a la anemia fetal, que es considerada patológica y potencialmente letal para el feto, si no se diagnostica y maneja oportunamente. Asimismo, se aborda los resultados maternos y perinatales ocasionados por la anemia durante la gestación. Se espera con ello contribuir en la mejora de la salud materna y perinatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Malinowski AK, D'Souza R, Khan KS, Shehata N, Malinowski M, Daru J. Reported outcomes in perinatal iron deficiency anemia trials: A systematic review. *Gynecol Obstet Invest.* 2019;e:1-18. doi: 10.1159/000495566.
2. World Health Organization. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. Vitamin and Mineral Nutrition Information System. Geneva, World Health Organization, 2011 (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1) (<http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin.pdf>, accessed [date]).
3. Pavord S, Myers B, Robinson S, Allard S, Strong J, Oppenheimer C. UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. *Brit J Haematol.* 2012;156(5):588-600. doi:10.1111/j.1365-2141.2011.09012.x
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 95: anemia in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2008;112(1):201-7. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181809c0d.
5. Breyman C, Auerbach M. Iron deficiency in gynecology and obstetrics: clinical implications and management. *Hematol Am Soc Hematol Educ Program.* 2017;2017(1):152-9. doi: 10.1182/asheducation-2017.
6. Spary-Kainz U, Semlitsch T, Rundel S, Avian A, Herzog S, Jakse H, et al. How many women take oral supplementation in pregnancy in Austria? Who recommended it? A cross-sectional study. *Wien Klin Wochenschr.* 2019;1-6. doi: 10.1007/s00508-019-1502-9.
7. Nonterah EA, Adomolga E, Yidana A, Kagura J, Agorinya I, Ayamba EY, et al. Descriptive epidemiology of anaemia among pregnant women initiating antenatal care in rural Northern Ghana. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2019;11(1):e1-7. doi: 10.4102/phcfm.v11i1.1892.
8. Mohamed MA, Ahmad T, Macri C, Aly H. Racial disparities in maternal hemoglobin concentrations and pregnancy outcomes. *J Perinat Med.* 2012;40(2):141-9. doi:10.1515/jpm.2011.137.
9. Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, Paciorek CJ, Flaxman SR, Branca F, et al. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic analysis of population-representative data. *Lancet Glob Health.* 2013;1(1):e16-25. doi: 10.1016/S2214-109X(13)70001-9.
10. Hernández-Vásquez A, Azañedo D, Antiporta DA, Cortés S. Análisis espacial de la anemia gestacional en el Perú, 2015. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2017;34(1):43-51. doi: 10.17843/rpmpesp.2017.341.2707.
11. Gonzales GF, Tapia V, Gasco M, Carrillo C. [Maternal hemoglobin in Peru: regional differences and its association with adverse perinatal outcomes]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2011;28(3):484-91. PMID:22086629.
12. Muñoz M, Peña-Rosas JP, Robinson S, Milman N, Holzgreve W, Breyman C, et al. Patient blood management in obstetrics: management of anaemia and haematinic deficiencies in pregnancy and in the post-partum period: NATA consensus statement. *Transfus Med Oxf Engl.* 2018;28(1):22-39. doi: 10.1111/tme.12443.
13. Engwa GA, Unaegbu M, Unachukwu MN, Njoku M-GC, Agbafor KN, Mbacham WF, et al. Low serum ferritin and G6PD deficiency as potential predictors of anaemia in pregnant women visiting Prime Care Hospital Enugu Nigeria. *BMC Res Notes.* 2017;10(1):721. doi: 10.1186/s13104-017-3051-5.
14. Yi SW, Han YJ, Ohrr H. Anemia before pregnancy and risk of preterm birth, low birth weight and small-for-gestational-age birth in Korean women. *Eur J Clin Nutr.* 2013;67(4):337-42. doi:10.1038/ejcn.2013.12.
15. Radlowski EC, Johnson RW. Perinatal iron deficiency and neurocognitive development. *Front Hum Neurosci.* 2013;7:585. doi: 10.3389/fnhum.2013.00585.
16. World Health Organization: WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. Geneva, World Health Organization, 2016:1-172. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/
17. World Health Organization. Daily Iron Supplementation in Children 6-23 Months of Age. http://www.who.int/elena/titles/guidance_summaries/iron_children/en/
18. Ministerio de Salud. Norma Técnica - Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. Resolución Ministerial 342-2017/MINSA. Perú.