ANEMIA EN EL EMBARAZO

ANEMIA IN PREGNANCY

Enrique Guevara Ríos[1,2,3, a]

La anemia está definida como una condición en la cual se observa un número deficiente de glóbulos rojos y, por consiguiente, una alteración en el trasporte de oxígeno.

La anemia es una condición en la cual hay una deficiencia en el número de glóbulos rojos y, por consiguiente, una disminución en el trasporte de oxígeno a los tejidos. Por lo tanto esta condición que se cumplan las funciones vitales del organismo y las poblaciones más vulnerables son los infantes de seis a 60 meses y las gestantes[1].

Según la Organización Mundial de la salud, en las gestantes en el primer y el tercer trimestre, se considera anemia cuando la hemoglobina es menor de 11 g/dl y en el segundo trimestre cuando la hemoglobina es menor de 10.5 g/dl[2]. Durante la gestación la etiología más frecuente durante la anemia es la ferropénica[3].

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 [2,4].

A nivel mundial en las gestantes hay una prevalencia de anemia en gestantes del 41.8% afectándose a 56 millones de gestantes[5]. En países latinoamericanos, la prevalencia de anemia gestacional es de 31.1% lo cual afecta a 3.6 millones de gestantes[6].

En el Perú en el 2008 la prevalencia de anemia gestacional era de aproximadamente el 40% lo cual afecta a 270,000 gestantes[7]. Según los informes del Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) del 2022, la prevalencia de anemia en gestantes es de aproximadamente el 20%. Los departamentos con mayor prevalencia de anemia en las gestantes incluyen a Huancavelica, Pasco, Puno, Ancash, Ayacucho, Cusco y Cajamarca[8].

La deficiencia de hierro en gestantes aumenta la mortalidad materna, pérdida infantil prenatal y perinatal y el porcentaje de partos pretérminos[9]. Por esta razón es importante durante el control prenatal tener el diagnóstico oportuno de la anemia gestacional para brindar el tratamiento correcto.

Se recomienda en gestantes sin anemia a partir de la semana 14 de gestación, y las puérperas, hasta los 30 días después del parto, que deben recibir suplementos de hierro en dosis diaria de 60 mg de hierro elemental más 400 ug. de ácido fólico. El manejo de la anemia en la gestación consiste en la administración de una dosis diaria de 120 mg de hierro elemental más 800 ug de ácido fólico durante 6 meses[10]. De esta manera se está contribuyendo a mejorar la salud materna y perinatal en el país.

[1] Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú
[2] Departamento de ginecología y obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
[3] Instituto de Salud Popular, Lima, Perú
[a] Médico ginecólogo-obstetra.

Citar como: Guevara Ríos E. Anemia en el embarazo. Rev Peru Investig Matern Perinat 2023; 12(4): 6-7. **DOI** https://doi.org/10.33421/inmp.2023396

Recibido: 01-12-2023
Aceptado: 01-12-2023
Publicado: 31-12-2023

Este es un artículo Open Access publicado bajo la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. (CC-BY 4.0)

Versión electrónica:
ISSN: 2663-113X

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. Disponible en: http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin. pdf, accessed [date]
3. Gonzales Rengifo. Anemia gestacional, anemia de enfermedades crónicas Y sobrecarga de hierro. Academia Nacional de Medicina. Primera edición. Enero 2022.
4. 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
5. Spary-Kainz U, Semlitsch T, Rundel S, Avian A, Herzog S, Jak- se 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.
6. 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):e1625. doi: 10.1016/S2214-109X(13)70001-9.
7. WHO. CDC. Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005 WHO Global Database on Anaemia. 2008. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241596657
8. Instituto Nacional de Salud Sistema de información del estado nutricional de niños menores de 5 años y gestantes que acceden a establecimientos de salud – Boletín [Internet]. Gob.pe. Disponible en: https://boletin.ins.gob.pe/6987-2/
9. Ayala Peralta, Ayala Moreno. Implicancias clínicas de la anemia durante la gestación. Rev. peru. ginecol. obstet. 2019, vol.65, n.4, pp.487-488. http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v65i2209 .
10. 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.