

## TRABAJOS ORIGINALES

### *PREVALENCIA DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN MUJERES EMBARAZADAS*

*Francisca Rosa Sánchez Salazar,<sup>1</sup> Raquel Castañedo Valdés,<sup>2</sup> Edilia Trelles Aguabella,<sup>3</sup> Patricia Pedroso Hernández<sup>4</sup> y Miguel Lugones Botell<sup>5</sup>*

**RESUMEN:** Con el objetivo de identificar la prevalencia de la anemia por deficiencia de hierro, se estudió en la consulta de nutrición del Hospital Docente Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández", desde enero de 1993 a diciembre de 1999 a 11 904 gestantes; de ellas 5 169 eran portadoras de anemia ferropénica. La prevalencia alcanzó el 43,1 % y el grupo de edad más vulnerable fue el de 20 a 24 años. Las gestantes con bajo peso preconcepcional y las comprendidas entre las 14 y 23 semanas de gestación fueron las más afectadas. La anemia de mayor prevalencia fue la leve, y representó el 75,8 %, mientras que las variables maternas más involucradas fueron: los deficientes hábitos alimentarios, la hiperemesis gravídica y los antecedentes de 3 o más abortos. Este estudio evidenció la magnitud y el grado de severidad de la anemia ferropénica en las gestantes atendidas.

**DeCS:** ANEMIA FERROPRIVA/complicaciones; ANEMIAS NUTRICIONALES; EMBARAZO; PREVALENCIA.

La anemia por deficiencia de hierro constituye la carencia nutricional de mayor prevalencia durante el embarazo.<sup>1-4</sup> En Cuba, un estudio realizado detectó que esta deficiencia nutricional alcanza aproximadamente al 40 % de las embarazadas en el 3er.

trimestre de la gestación, y en dicha investigación se observó que el 70 % de los casos desarrollaron la forma leve, y cerca del 4 % la grave.<sup>5,6</sup>

De acuerdo con los reportes de la OMS, el 30 % de todas las mujeres embarazadas

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Nutrición e Higiene de los Alimentos. Hospital Docente Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández".

<sup>2</sup> Especialista de II Grado en Nutrición e Higiene de los Alimentos. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos.

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Radiología. Hospital Docente Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández".

<sup>4</sup> Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Docente Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández".

<sup>5</sup> Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Policlínico Docente "26 de Julio".

sufren de deficiencia de hierro. Esta cifra aumenta en algunas regiones del mundo hasta el 50 y el 60 % según los reportes del banco de datos de la OMS-UNICEF.<sup>4,7</sup> Esta anemia durante el embarazo se asocia con el incremento de la morbilidad y de la mortalidad fetal, perinatal y materna.<sup>4,7-9</sup>

El presente trabajo tiene como objetivo, identificar la prevalencia y algunas variables maternas involucradas con la anemia por deficiencia de hierro en las embarazadas atendidas en la consulta de nutrición del Hospital Ginecoobstétrico Docente "Eusebio Hernández".

## Métodos

Se realizó el estudio transversal en 11 904 embarazadas con patologías nutricionales procedentes de 15 áreas de salud, de los municipios de Lisa, Playa y Marianao, remitidas y atendidas en la consulta de nutrición del Hospital Docente Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández", en el período entre enero de 1993 y diciembre de 1999.

De ellas, 5 169 presentaban el diagnóstico de anemia por deficiencia de hierro, avalado por los estudios hematológicos: hemoglobina (HB) < 110 g/L, hematócrito (Hto) < 33 vol. %, hierro sérico < 12 mmol/L y lámina periférica con las alteraciones características de la anemia ferropénica.

Se confeccionó una encuesta para recoger la edad (cronológica y de la menarquía), la paridad, gestidad, sangramiento atendiendo trimestre de embarazo, período intergenésico, antecedentes de abortos (espontáneos y provocados, incluyendo rivanol), características y duración de la menstruación e hiperemesis gravídica.

Se evaluó además el nivel cultural así como estado marital, y para explorar los hábitos alimentarios, se aplicó la encuesta cuantitativa de frecuencia de consumo de

alimentos, del Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. A estas pacientes también se les tomó el peso y la talla, y se les clasificó en bajo peso, normopeso y sobrepeso, atendiendo al índice de masa corporal (IMC=peso kg/talla m).<sup>9</sup> Se clasificó la anemia en leve (100-109 g/L), moderada (70-99g/L) y grave (<70 g/L), según los criterios de la UNICEF/ONU/OMS.<sup>10,11</sup> El tiempo gestacional se determinó a partir de la fecha del primer día de la última menstruación.

## Resultados

La prevalencia de la anemia por deficiencia de hierro durante el período de estudio, osciló entre el 36,3 y el 47,1 %, con un valor promedio de 43,1 % (tabla 1). El grupo de edad más vulnerable fue el de 20 a 24 años, seguido por el de 25 a 29 años con una prevalencia de 32,6 y 30,8 % respectivamente; mientras que las embarazadas que iniciaron su gestación con deficiencia nutricional, fueron las más involucradas con el 47,2 % (tabla 2).

TABLA 1. Prevalencia de embarazadas con anemia por deficiencia de hierro. Consulta nutrición, 1993-1999

Años	Total	Con anemia	Prevalencia %
1993	2 074	921	44,4
1994	2 039	883	43,3
1995	1 943	811	41,7
1996	1 807	827	45,7
1997	1 821	802	44
1998	1 095	516	47,1
1999	1 125	409	36,3
Total	11 904	5 169	43,1

Fuente: Departamento de Estadísticas. Hospital Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández".

Se observó (tabla 3) que el carácter de la anemia fue leve en el 75,8 % y grave en el 2,2 %. El tiempo gestacional más afectado fue el de 14 a 27 semanas con el 38 %.

Entre las variables maternas estudiadas (tabla 4), las más involucradas con la anemia fueron los malos hábitos alimentarios, la hiperemesis gravídica y los antecedentes de 3 o más abortos en el último año.

**TABLA 2. Clasificación atendiendo a la edad y estado nutricional. Consulta de nutrición del Hospital Ginecoobstétrico " Eusebio Hernández"**

Edad (años)	Bajo peso		Normopeso		Sobrepeso		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< 20	376	7,1	284	5,5	59	1,2	710	13,7
20-24	942	18,2	655	12,7	90	1,7	1 687	32,6
25-29	654	12,7	826	16	114	2,2	1 594	30,8
30-34	349	6,8	361	7	73	1,4	783	15,2
>34	128	2,5	178	3,4	89	1,7	395	7,7
Total	2 440	47,2	2304	44,6	425	8,2	5 169	100

**TABLA 3. Prevalencia de la anemia ferropénica, según severidad. Consulta de nutrición 1993-1999**

Tiempo gestacional (semanas)	Niveles de hemoglobina (g/L)						Total	
	< 70		70 a 99		100 a 109		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
< 14	8	0,2	110	2,1	707	13,7	825	16
14-27	57	1,1	525	10,2	1 384	26,8	1 966	38
28-34	54	1	381	7,4	993	19,2	1 428	27,6
> 34	0	0	118	2,3	832	16,1	950	18,4
Total	119	2,2	1 134	22	3 936	75,8	5 169	100

Fuente: Departamento de Estadísticas. Hospital Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández".

**TABLA 4. Incidencia de algunas variables maternas relacionadas con la anemia ferropénica. Consulta de nutrición, 1993-1999**

Variabes	F	%
Deficientes hábitos alimentarios	2 597	50,2
Hiperemesis gravídica	1 340	25,9
Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos, o provocados en el último año, incluyendo rivanol	1 119	21,6
Antecedentes de menstruaciones de más de 5 días	1 048	20,3
Período intergenésico menor que 2 años	931	18
Antecedentes de dispositivo intrauterino	908	17,6
Inapetencias alimentarias	876	16,9
Antecedentes de tomar en el día más de 3 aspirinas, voltairén o ibuprofeno	587	11,3
Sangramiento durante el embarazo	576	11
Otros	402	7,7

Fuente: Encuesta.

## **Discusión**

Estudios realizados en diferentes latitudes del mundo han puesto de manifiesto que la anemia por deficiencia de hierro es la patología hematológica de mayor prevalencia en la mujer embarazada.<sup>1-4,6,7,10-13</sup> En esta investigación afectó al 43,1 % de las gestantes que asistieron a la consulta de nutrición durante el período estudiado, y alcanzó su mayor prevalencia en las pacientes con tiempo gestacional comprendido en el rango de 14 a 27 semanas.

Si tenemos en cuenta los cambios fisiológicos en la concentración de hemoglobina que sufren las embarazadas a partir de las 6 semanas, conocido como hemodilución, el aumento de las necesidades de hierro para reponer las pérdidas basales, así como el incremento de la masa de glóbulos rojos para satisfacer el crecimiento del feto y de la placenta,<sup>13</sup> sería fácil comprender la magnitud y el alcance de este

problema nutricional que se encuentra asociado, según algunos autores,<sup>4,7-9,13</sup> con el incremento de la morbilidad y de la mortalidad materna e infantil, así como el bajo peso al nacer.

## **Conclusiones**

Como resultado de esta investigación se detectó que los deficientes hábitos alimentarios dados por el consumo de dietas poco diversificadas, afectaron al 50,2 % de la muestra investigada, y podemos considerar que la anemia por deficiencia de hierro constituye en nuestra área de atención un problema nutricional de gran envergadura, de ahí que la prevalencia pueda disminuirse a través de la adecuada atención nutricional de la mujer durante su gestación, ya que entre las causas fundamentales se encuentra el factor alimentario.

**SUMMARY:** In order to identify the prevalence of iron-deficiency anemia, 11 904 pregnant women were studied at the nutrition consulting room of "Eusebio Hernández" Gynecobstetric Hospital from January, 1993, to December, 1999. 5 169 of them were carriers of iron-deficiency anemia. There was a prevalence of 43,1 % and the age group 20-24 was the most vulnerable. The expectants with low preconceptional weight as well as those between the 14th and the 23rd week were the most affected. Mild anemia prevailed and accounted for 75,8 %, whereas the most involved maternal variables were: deficient food habits, hyperemesis gravidis and history of 3 or more abortions. This study proved the magnitude and degree of iron-deficiency anemia of the pregnant women that were attended.

Subject headings: ANEMIA, IRON-DEFICIENCY/complications; NUTRITIONAL ANEMIAS; PREGNANCY; PREVALENCE.

## **Referencias bibliográficas**

1. Zavaleta N, Caufield LE, García T. Changes in iron status during pregnancy in Peruvian women receiving prenatal iron and folic acid supplements with or without zinc. *Am J Clin Nutr* 2000;71(4):956-61.
2. Justat Y, Achadi El, Galloway R, Dyanto A, Zazri A, Supratikeo G. Reaching young Indonesian women through marriage registries: an innovative approach for anemia control. *J Nutr* 2000;130 (2s Suppl):456s-8s.
3. Linch SR. The potencial impact of Iron status in pregnancy. *J Nutr* 2000;130(2s Suppl): 448s-51s.
4. WHO. Indicators and strategies for Iron deficiency and anaemia programmes. Report of a WHO/UNICEF/UNU Consultation. Geneva: WHO, 1994:33-47.

5. Padrón Herrera M. El programa de suplementación para la prevención de la anemia en el embarazo. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998;14(3):297-304.
6. Gay Rodríguez J. Prevención y control de la carencia de hierro en la embarazada. *Rev Cubana Aliment Nutr* 1998,122(2):125-33.
7. Linch SR. The potencial impact of Iron supplementation during adolescence on Iron status in pregnancy. *J Nutr* 2000;130(2s Suppl):445s-8s.
8. Scholl TO, Reilly T. Anemia, Iron and pregnancy outcome. *J Nutr* 2000;130(2s Suppl):4435-75.
9. Institute of Medicine. *Nutrition during pregnancy: Part Y: Weight gain*. Washington, DC: National Academy Press, 1980.
10. Young MW, Lupafya E, Kapenda E, Bobrow EA. The effectiveness of weekly Iron supplementation in pregnant of rural northern Malawi. *Rev Gastroenterol Mex* 1999; 64(4):159-66.
11. Cook JD, Skikne BS, Baynes RD. Iron deficiency: the global perspective. *Adv Exp Med Biol* 1994;356:219-28.
12. Iron nutrition during pregnancy. En: *Nutrition during pregnancy*. Washington, DC: The Institute of Medicine National Academy of Sciences, National Academy Press, 1990:45-55, 284.
13. Steer PJ. Maternal hemoglobin concentration and birth weight. *Am J Clin Nutr* 2000;71(5 Suppl):12855-75.

Recibido: 15 de noviembre del 2000. Aprobado: 20 de diciembre del 2000.

*Dra. Francisca Rosa Sánchez Salazar*. Calle 74 No. 29B23 e/29C y 29B, municipio Playa, Ciudad de La Habana, Cuba.