

ANEMIA: ¿ES NECESARIA UNA SUPLEMENTACIÓN RUTINARIA DE HIERRO?

Jesús Sanz Sánchez

En la actualidad, en muchos países en vías de desarrollo la anemia es uno de los problemas de salud más importante y que contribuye a un aumento de las tasas de morbi-mortalidad materna y perinatal.

En los países desarrollados, la disminución de los valores hemáticos no suele ser un problema para las mujeres, sobre todo porque la dieta es adecuada. Aunque esto es así, la suplementación de hierro es una práctica muy extendida entre las mujeres embarazadas. Cuando una mujer embarazada presenta valores inferiores a 110g/l inmediatamente se piensa que la mujer presenta una anemia, incurriendo en el error de que la anemia puede ser detectada exclusivamente a partir de la concentración de hemoglobina o que la falta de hierro se puede detectar con la determinación de los valores de ferritina (sabemos que los niveles de ferritina disminuyen durante el embarazo). Nos encontramos con uno de los errores más comunes. Cuando se sospecha una anemia se deben realizar tests específicos para determinar los valores de eritroporfirina, saturación de transferrina y ferritina en suero, y el volumen corpuscular.

El embarazo lleva consigo algunos cambios importantes, como es el aumento del volumen plasmático, originando una hemodilución; aunque el nivel de hemoglobina baja, la cantidad total de hemoglobina en la sangre aumenta.

«El embarazo estimula la absorción de hierro»

Durante el embarazo las necesidades de hierro aumentan en la madre de 1-2,5 mg/día al comienzo hasta 6,5mg al final del embarazo. Este aumento en los requerimientos de hierro se compensan con cambios en su absorción a lo largo del embarazo, siendo del 7% de la ingesta de hierro inorgánico a las 12 semanas de gestación hasta el 66% en la semana 36. Esto supone que el embarazo estimula la absorción de hierro y que en una mujer sana que tenga una dieta equilibrada a sus necesidades no precisa de suplemento de hierro de forma rutinaria (Barrett JFR et al., 1994). La suplementación profiláctica de hierro durante embarazos fisiológicos no muestra beneficios clínicos; por el contrario, la evidencia muestra que esta suplementación puede ser peligrosa. Aparte de inhibir la absorción de zinc en el intestino por el aporte innecesario de hierro inorgánico (Ramdath DD, 1989; Crofton RW, 1989; Hambidge KM, 1987), los valores elevados de hemoglobina, independientemente del estado del hierro, están asociados con malos resultados obstétricos. Concentraciones muy altas de hemoglobina provocan un excesivo aumento en la viscosidad de la sangre, lo que origina una falta de oxígeno en el parto y complicaciones cerebrovasculares y en los tejidos, además de un crecimiento fetal retardado (Koller O, 1982).

Los estudios epidemiológicos tienden a mostrar una asociación

entre concentraciones altas de hemoglobina y un incremento del riesgo de malos resultados a lo largo del embarazo y parto, además de estar asociadas a desórdenes hipertensivos y preeclampsia. La propia fisiopatología de estos trastornos puede originar estos valores elevados de hemoglobina por una reducción del plasma sanguíneo, los cuales a su vez provocarían estrés fetal por la reducción de la perfusión feto-placentaria. Por esto, no debemos considerar valores elevados de hemoglobina como indicador, necesariamente, de un aporte adecuado de hierro, sino que puede mostrar posibles complicaciones durante el embarazo (Yip R, 2000).

«La suplementación rutinaria en mujeres sanas con una dieta equilibrada puede ser peligrosa»

Hoy día no existe relación entre niveles bajos de hemoglobina y malos resultados perinatales. Una anemia aguda sí puede ser una causa de mortalidad materno-infantil, y tratar las anemias de forma adecuada es lo deseable.

Como hemos visto hasta aquí, los niveles de hemoglobina no bastan para diagnosticar una anemia a lo largo del embarazo. Según Steer (Steer, 2000) lo más acertado sería tener como referencia el volumen corpuscular que no se ve afectado por el embarazo. Así, una concentración de hemoglobina inferior a 95g/l en asociación con un volumen corpuscular inferior a 84 fl., probablemente indica déficit de hierro (en este caso se deben realizar las pruebas específicas para determinar la anemia). También observaron que la incidencia menor de bebés de bajo peso al nacer y de parto prematuro se asociaba con una concentración de hemoglobina de 95 g/l a 10,5g/l. Estas cifras, que en un principio se consideraban indicativas de anemia, no deben considerarse como tal si el volumen corpuscular se mantiene por encima de 85fl; se deben considerar como óptimas, y no es preciso administrar hierro. La suplementación de hierro debería estar limitada a los casos documentados de anemia y no realizarse por norma a todas las embarazadas por los posibles riesgos que esto supone (Koller, 1982), sobre todo en los países industrializados, donde el aporte a través de la dieta parece ser suficiente.

En los países donde la aportación de hierro no está garantizada por la dieta, y donde la anemia es un problema clínico serio, podría estar recomendada una suplementación rutinaria de hierro durante el embarazo, aunque existe poca información sobre el efecto, si es que lo hay, de ella en mediciones sustantivas de resultado materno o fetal (Mohamed K, 2000).

La correcta valoración de los parámetros analíticos de una mujer embarazada supone no sólo una correcta administración de suplementos de hierro sino, además, evitar interferencias innecesarias en la correcta marcha de un embarazo normal, lo que tiene un efecto positivo en el estado emocional de la madre (Odent M, 2000).

Debemos tener cuidado de no confundir respuestas fisiológicas durante el embarazo (la dilución de la sangre) con una enfermedad (la anemia). Toda interferencia sobre la normalidad puede resultar peligrosa si no se basa en la evidencia.