

Resultados perinatales de las pacientes con anemia a la captación del embarazo (enero 2015-diciembre 2016)

Perinatal Outcomes of Patients with Anemia at the Beginning of Pregnancy (January 2015-December 2016)

Janete Fernández Gómez,^I María Leslie Rodríguez Pérez,^I Giselle González de la Oliva,^I Déborah Pérez Valdez-Dapena,^{II} Lázara Ortega Figueroa^I

^I Hospital Universitario Ginecobstétrico Docente "Eusebio Hernández Pérez". La Habana, Cuba.

^{II} Policlínico Docente "Jorge Ruiz Ramírez". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la anemia durante el embarazo se produce como resultado de deficiencias nutricionales y constituye un problema de salud. Es una de las afecciones coincidentes con más frecuencia en el embarazo.

Objetivo: describir los resultados perinatales en pacientes con diagnóstico de anemia en el momento de la captación del embarazo.

Métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo, en 543 pacientes con anemia atendidas en la consulta de nutrición del Hospital Ginecobstétrico "Eusebio Hernández Pérez" de La Habana, Cuba, desde enero de 2015 hasta diciembre de 2016. La recolección de la información se realizó mediante entrevista, examen físico, las investigaciones diagnósticas realizadas y las historias clínicas.

Resultados: casi la mitad de las pacientes estuvieron representadas por las adolescentes y las mayores de 35 años (45,4 %). Las multiparas iniciaron la gestación con anemia para un 36,6 %. Las nulíparas presentaron infecciones durante el embarazo para un 59,2 %. El 83,9% de las pacientes con partos anteriores tenían un periodo intergenésico corto. El parto antes del término y el recién nacido con bajo peso al nacer estuvo presente en 15,4 %. No hubo mortalidad materno-fetal. Hubo tres muertes neonatales precoces.

Conclusiones: la multiparidad y el período intergenésico corto fueron antecedentes frecuentes en las gestantes con anemia en la captación. La prematuridad y el bajo

peso al nacer fueron bajas y no se produjeron muertes maternas ni fetales. La mortalidad perinatal fue a expensas de los recién nacidos menores de siete días.

Palabras clave: anemia; embarazo; resultados perinatales.

ABSTRACT

Introduction: Anemia during pregnancy occurs as a result of nutritional deficiencies and is a health problem. It is one of the most frequently encountered conditions in pregnancy.

Objective: Describe the perinatal outcomes in patients with anemia at the beginning of pregnancy.

Methods: An observational, descriptive, longitudinal and prospective study was conducted in 543 patients with anemia treated at the nutrition clinic of the Eusebio Hernández Pérez Ginecobstetric Hospital, Havana, Cuba, from January 2015 to December 2016. The collection of information was made through interview, physical examination, diagnostic investigations and clinical records.

Results: Almost half of the patients were represented by adolescents and those over 35 (45.4 %). The multiparous women started gestation with anemia (36.6 %). Nulliparous women had infections during pregnancy (59.2%). 83.9 % of the patients with previous deliveries had short intergenetic period. Preterm birth and low birth weight newborns were present in 15.4 %. There was no maternal-fetal mortality but only three early neonatal deaths.

Conclusions: Multiparity and short intergenetic period were frequent antecedents in pregnant women with anemia at the beginning of pregnancy. Prematurity and low birth weight incidence were low and there were no maternal or fetal deaths. Perinatal mortality was at the expense of infants younger than seven days.

Keywords: anemia; pregnancy; perinatal results.

INTRODUCCIÓN

El embarazo induce cambios fisiológicos. Entre éstos, uno de los más significativos es el aumento en la volemia. Esta variación normal produce anemia fisiológica del embarazo. La concentración de hemoglobina es más baja durante el segundo y tercer trimestre. Durante el primer trimestre y muy cerca del final del embarazo, la concentración de hemoglobina de la mayoría de las mujeres sanas y con adecuadas reservas de hierro es de 11,5 g/L.¹ Con frecuencia, la carencia de hierro se manifiesta con el descenso en la concentración de hemoglobina, junto al aumento en la necesidad de hierro como consecuencia del incremento en el volumen de hemoglobina materna y el transporte considerable de dicho elemento al feto.²

La anemia durante el embarazo es generalmente aceptada como resultado de deficiencias nutricionales. Constituye un problema mayor de salud pública. Es la más frecuente de las enfermedades que pueden coincidir con el embarazo o ser

producidas por este, ya que las necesidades para el desarrollo del feto y la placenta aumenta el consumo de hierro elemental.¹ La anemia constituye un problema mundial. Se plantea que es uno de los indicadores generales de pobre salud y está estrechamente vinculada con la desnutrición y la enfermedad. Como consecuencia de los cambios fisiológicos del embarazo y de las necesidades del feto en desarrollo, la anemia es más frecuente durante la gestación, que en la mujer no embarazada. La grávida anémica y su futuro hijo están frecuentemente expuestos a complicaciones, algunas de ellas graves, lo que la sitúa en la categoría de alto riesgo.^{3,4}

Empeora el pronóstico de las mujeres que sangran durante el embarazo, por lo que contribuye a la morbilidad y mortalidad de las madres. También, aunque durante el embarazo hay una distribución preferencial del hierro hacia el feto, la anemia de la madre se encuentra asociada con el bajo peso al nacer y parto pretérmino.^{5,6}

Se considera como anemia durante el embarazo cuando las cifras de hemoglobina están por debajo de 110 g/L de sangre y el hematocrito menor que 33 % durante el tercer trimestre de la gestación.^{5,6}

El desarrollo, la menstruación, el embarazo y la lactancia presuponen necesidades adicionales de hierro que al no ser cubiertas pueden llevar a deficiencia férrica más intensa. Esta situación propicia que muchas mujeres puedan iniciar su embarazo con reservas férricas reducidas. Por esta razón no es sorprendente el desarrollo ulterior de la anemia por deficiencia de hierro.²

Diversas causas pueden contribuir a la deficiencia de hierro, entre ellas:

- a) ingestión insuficiente de hierro oral,
- b) gestación múltiple,
- c) dieta rica en fósforo o con bajo nivel de proteínas,
- d) ingestión de antiácidos que interfieren con la absorción y,
- e) malos hábitos alimentarios.⁷

La deficiencia de hierro constituye la carencia nutricional más común durante el embarazo y la causa más frecuente de anemia. Afecta la obtención de un producto óptimo. También tiene una alta morbilidad y mortalidad en la madre por el peligro de sangramiento durante el parto y puerperio. También se sabe que la anemia severa de la madre se encuentra asociada con el bajo peso al nacer y parto pretérmino.⁸⁻¹²

El mejor conocimiento de las consecuencias adversas para la salud y el costo económico-social que provoca la deficiencia de hierro, han provocado que se renueven esfuerzos para reducir la prevalencia de esta carencia nutricional. Por ese motivo, en nuestro país se ha implementado un programa de atención materno-infantil. En este se aboga por la prevención y control de las pacientes con déficit de hierro en la etapa preconcepcional. Con él se garantiza que el embarazo comience con cifras de hemoglobina adecuadas y reservas de hierro suficientes para un crecimiento del embrión y el feto satisfactorio.¹³

Motivados por la poca información que existe en nuestro medio acerca de la prevalencia de la anemia y sus causas durante la gestación, decidimos realizar esta investigación con el objetivo de describir los resultados perinatales en pacientes con diagnóstico de anemia a la captación del embarazo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo, en 555 pacientes con anemia atendidas en la consulta de nutrición del Hospital Universitario Ginecobstétrico Docente "Eusebio Hernández Pérez" desde enero de 2015 hasta diciembre de 2016. La muestra se constituyó con las 543 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, los cuales fueron embarazo único, cifras de hemoglobina por debajo de 110 g/L y por encima de 80 g/L, con diagnóstico de anemia ferropénica después de realizado el estudio y sin antecedentes de otra enfermedad hematológica.

La recolección de la información se realizó mediante entrevista, examen físico e investigaciones diagnósticas a las pacientes, así como revisión de las historias clínicas individuales y registro de pacientes atendidas en la consulta de Nutrición. De la revisión de estos documentos se obtuvieron los datos necesarios para el estudio de las variables, las cuales se recogieron en una planilla de recolección de datos diseñada para ese fin.

Se estudiaron las siguientes variables:

- Edad materna
- Paridad
- Factores de riesgo de anemia en la madre
- Morbilidad materna
- Mortalidad fetal
- Respuesta al tratamiento

RESULTADOS

En la [tabla 1](#) se muestra la distribución de las pacientes según los grupos etarios. Una cuarta parte de las pacientes con anemia a la captación correspondió a las menores de 20 años. El grupo de mayor edad en esta investigación fue el de las gestantes por encima de los 35 años, el cuál acumuló 20,2 %. Entre los grupos de las adolescentes y las de mayor edad, acumularon una cifra de 247 mujeres que representaron casi la mitad de la muestra de la investigación (45,4 %). En las nulíparas, solo 34,8 % fue captada en esta gestación con anemia.

Tabla 1. Distribución según grupos etarios de las pacientes anémicas a la captación

Edad	No.	%
Menor de 15	83	15,3
16 - 20	137	25,2
21 - 24	102	18,8
25 - 29	78	14,4
30- 34	33	6,0
Mayor de 35	110	20,2
Total	543	100

Fuente: Registros primarios del hospital.

En cuanto a los datos según la paridad de estas mujeres, puede apreciarse que en las multíparas, 36,6 % de las mujeres inició esta gestación con anemia. Si sumamos todas las que ya habían tenido al menos un parto, podemos observar que en seis de cada 10 (65,1 %) se detectó anemia a la captación de este embarazo ([tabla 2](#)).

En la [tabla 3](#) se observa que 59,2 % de las pacientes nulíparas presentó infecciones vaginales sobre todo del tipo Vaginosis Bacteriana durante el embarazo; 64,3 % presentó sangrado previo al embarazo debido a menstruaciones abundantes y metrorragias.

Tabla 2. Distribución según paridad de las pacientes anémicas a la captación

Paridad	No.	%
Nulípara	189	34,8
Secundípara	155	28,5
Multípara	199	36,6
Total	543	100

Fuente: Registros primarios del hospital.

Como se comentó en los resultados de la [tabla 2](#), un total de 354 mujeres tenían al menos un parto anterior y en ese grupo, 8 de cada 10 tuvo un período intergenésico menor de 1 año.

El comportamiento de la morbilidad en las pacientes anémicas se expresa en la [tabla 4](#).

Tabla 4. Distribución según morbilidad materno-fetal de las pacientes anémicas a la captación

Morbilidad	No.	%
Parto pretérmino	59	10,8
Bajo peso al nacer	25	4,6
Total	84	15,4

Fuente: Registros primarios del hospital.

En la [tabla 5](#) se muestran los resultados perinatales. No se presentó mortalidad fetal ni materna en las 543 mujeres incluidas en la investigación. Sin embargo, en tres casos se produjo la muerte del neonato en la primera semana de vida para un 0,6 % al considerar el total de la muestra.

Tabla 5. Distribución según mortalidad materna-infantil de las pacientes anémicas a la captación

Mortalidad	No.	%
Fetal intermedia	0	0
Neonatal precoz	3	100
Materna	0	0
Total	3	100

Fuente: Registros primarios del hospital.

DISCUSIÓN

En cuanto a la edad materna nuestro estudio se comportó de manera similar a lo planteado por *San Gil Suárez CI* y otros en su estudio "Caracterización de la anemia durante el embarazo y algunos factores de riesgo asociados, en gestantes del municipio Regla" en el año 2013.¹⁴ Se concluyó que el mayor número de pacientes con anemia se encontró entre las edades de 16 a 20 años.

Los doctores *Kari M. Horowitz, Charles J. Ingardia, Adam F. Borgida* y otros, en su investigación "*Anaemia in Pregnancy*" en el año 2013,¹⁵ plantean que la anemia aparece como consecuencia del embarazo, sobre todo en las pacientes que nunca han parido. En nuestro estudio poblacional, las nulíparas constituyeron la mayor cantidad de pacientes con anemia en el momento de la captación.

En nuestra investigación, se demostró que en las pacientes multíparas el periodo intergenésico corto fue su principal factor de riesgo, al igual que demostraron *San Gil Suárez CI* en un trabajo publicado en la *Revista Cubana de Medicina General Integral* en 2013.¹⁴ El parto pretérmino constituyó la morbilidad más frecuente, se comportó de igual manera en el estudio anteriormente señalado.¹⁴

La mortalidad neonatal que se informa en este estudio no pudo ser correlacionada con ningún otro trabajo, pues no se encontraron datos que correlacionan la anemia al inicio del embarazo con la mortalidad neonatal.

CONCLUSIONES

La multiparidad y el período intergenésico menor de un año fueron antecedentes frecuentes en las gestantes que se diagnosticaron de anemia en la captación. La prematuridad y el bajo peso al nacer se presentaron en un pequeño grupo de estas pacientes en el que no se produjeron muertes maternas ni fetales. La baja tasa de mortalidad perinatal fue a expensas de los recién nacidos menores de siete días (mortalidad neonatal precoz).

Conflictos de intereses

Los autores no declaran tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Anemia in pregnancy. ACOG practice bulletin No. 95. *Obstet Gynaecol.* 2008;112:201-7.
2. Vera Gamboa L, Quintal Duarte R, González Martínez P, Vázquez Castillo G. Prevalencia de anemia ferropénica en mujeres embarazadas rurales en Valladolid, Yucatán, México. *Ginecol Obstet Mex.* 2009;77(12):544-9.
3. Bhandal N, Russell R. Intravenous versus oral iron therapy for postpartum anaemia. *BJOG.* 2006;113:1248-52.
4. Rodríguez Ganen O, Fernández Monagas S, Gasapo Pernas R, Fernández Manzano E, Rodríguez Acosta T, Sánchez Salazar R, et al. Factores que inciden en la anemia ferropénica de la embarazada. *Rev Cubana Farmacol.* 2002;36(3):110-7.
5. Romero Maciel M, Cuenca E, López G, Rosales C. Anemia y control de peso en embarazadas. *Medicina.* 2005;143(4):6-8.
6. Zarame Márquez F, Cruz Mejía R, Buitrón García R. Perfil hematológico durante el embarazo. *Ginecol Obstet Mex.* 2002;70(1):136-40.
7. Rodríguez Moyada H. Indicaciones para transfusión de eritrocitos: Concentración de hemoglobina y características de la anemia. *Rev Med IMSS.* 2004;42(2):145-54.
8. Colectivo de autores. *Obstetricia y Perinatología. Diagnóstico y tratamiento.* Editor Stalina Santiesteban Alba. La Habana: Editorial Ciencia Medicas Cuba; 2013. p. 273-287.
9. González J, Garrido S, Ceballos G. Prevalencia de anemia en mujeres embarazadas del Hospital General Yanga, Córdoba Veracruz México. *Rev Biomed.* 2012;23:1-6.

10. Levario Carillo M, Hernández M, Vázquez ME, Chávez D, Sánchez Cazares C, Martha C. Efecto de la anemia por deficiencia de hierro sobre el feto y el peso al nacer. Ginecol Obstet Mex 2003;71(2):75-81.
11. Casanueva E. Nutrición de la mujer embarazada y su impacto en la calidad de vida. Ginecol Obstet Mex 1999;67(4):104-12.
12. Tarin Arzaga L, Gomez Almaguer D, Jaime Perez JC. Anemia en el embarazo. Estudio de 300 mujeres con embarazo a término. Med Univ. 2003;5(20):149-53.
13. Pita G, Basabe B, Jiménez S, Mercader O. La Anemia. Aspectos nutricionales. Conceptos actualizados para su prevención y control. Manual para profesionales de la salud. INHA. UNICEF: La Habana; 2013. p. 20.
14. San Gil Suárez CI, Villazán Martín C, Ortega San Gil Y. Caracterización de la anemia durante el embarazo y algunos factores de riesgo asociados, en gestantes del municipio regla. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2013;30(1):71-81.
15. Kari M. Horowitz, MD, Charles J. Ingardia, Adam F. Borgida, Anaemia in pregnancy. ClinLab Med. 2013;33:281-91.

Recibido: 21 de enero de 2017.

Aprobado: 2 de marzo de 2017.

Janete Fernández Gómez. Hospital Universitario Ginecobstétrico Docente "Eusebio Hernández Pérez". La Habana. Cuba.
Correo electrónico: janefdez@infomed.sld.cu