

EDITORIAL

EDITORIAL

1. Pediatra Neonatólogo
2. Decano del Colegio Regional III-Lima, Colegio Médico del Perú

Fuente de financiamiento: propio del autor

Conflicto de interés: no existe con el presente editorial

Recibido: 31 setiembre 2019

Aceptado: 5 octubre 2019

Publicación online: 14 noviembre 2019

Correspondencia:

Raúl Urquiza Aréstegui

✉ rurquiza@hotmail.com

Citar como: Urquiza Aréstegui R. Editorial. Qué hacer frente a la anemia materna y perinatal. Rev Peru Ginecol Obstet. 2019;65(4):423-425. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2219>

Qué hacer frente a la anemia materna y perinatal

How to deal with maternal and perinatal anemia

Raúl Urquiza Aréstegui^{1,2}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2219>

La Organización Mundial de la Salud señala que la anemia afecta a 1 620 millones de personas en el mundo⁽¹⁾, siendo los más afectados los niños en edad escolar y las mujeres embarazadas. Nuestro país no es ajeno a esta realidad.

La anemia sigue siendo un problema de salud pública, sobre todo en los niños menores de 3 años y en las mujeres de edad fértil. Según ENDES 2018, los indicadores de anemia en los niños menores de 36 meses fue 43,5% a nivel nacional, y en ciudades como Puno llegó a 66,7%, en Arequipa, Moquegua a 33,9% y en Lima a 35,5%; 21,1% de las mujeres en edad fértil tienen anemia⁽²⁾.

En la población más vulnerable de nuestro país, las cifras de anemia no han variado en mucho tiempo. El Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social continúan planteando soluciones que no logran buenos resultados. En Puno, por ejemplo 7 de cada 10 niños sufre de anemia, a nivel nacional 4 de cada 10. De las mujeres en edad fértil, la proporción es 2 de 10 y, aumenta durante la gestación, porque solo 30% de las gestantes cumple las indicaciones de recibir hierro⁽²⁾. La gran tarea de los profesionales de la salud es trabajar en la prevención de la anemia.

La principal causa de la anemia en Perú es el déficit en consumo de hierro necesario para la formación de la hemoglobina⁽³⁾. Como consecuencia, la gestante tendrá un niño prematuro o de peso bajo al nacer^(4,5).

Es importante el hierro para el cerebro fetal, porque se almacena en el oligodendrocito y la microglía. El ingreso del hierro al cerebro es un proceso relacionado con la edad y dependiente de la región del cerebro; las cantidades están estrictamente controladas por la barrera hematoencefálica⁽⁶⁾. La evidencia sugiere que la deficiencia de hierro en la infancia temprana tiene múltiples consecuencias irreversibles en la neuroquímica y neurobiología⁽⁷⁾, así como cambios en la química de los neurotransmisores, en la organización y morfología de las redes neuronales, y en la neurobiología de la mielinización⁽⁸⁾. Habrá mayor riesgo de trastorno del espectro de autismo, trastorno de déficit de la atención/hiperactividad y, especialmente, discapacidad intelectual. Como la deficiencia de hierro y la anemia son frecuentes en las mujeres en edad reproductiva, es importante que en el control prenatal se estudie tempranamente el estado del hierro materno y se haga consejería nutricional⁽⁹⁾.

No llevar una dieta adecuada y desconocer los alimentos que contienen este principal elemento repercutirá en el niño, quien tendrá dificultades en el rendimiento escolar y enfermará continuamente⁽³⁾.



La Organización Mundial de la Salud y grupos de expertos mundiales recomiendan que la reducción de la anemia y el fomento de la lactancia materna exclusiva deben ser prioridad en las políticas públicas en los países del mundo, especialmente en aquellos que registran altas prevalencias de anemia en los grupos poblacionales vulnerables⁽¹⁾.

¿Cuáles son los factores que influyen en que las cifras de anemia sigan altas?

- a. Malos hábitos alimenticios⁽¹⁰⁾
- b. Falta de control prenatal y que la gestante no reciba sulfato ferroso y ácido fólico en forma oportuna y continua
- c. Control del niño en crecimiento y desarrollo durante los primeros 5 años
- d. Nivel educativo bajo de la población
- e. Falta de agua y desagüe en las viviendas
- f. Viviendas insalubres; en las zonas rurales, el humo tiene un efecto directo en la anemia
- g. Falta de control de la parasitosis⁽¹⁰⁾.

Qué debemos hacer para corregir la anemia

- a. Ligadura oportuna (tardía) del cordón umbilical durante el parto, lo que va a permitir que pasen 35 a 40 mL/kg más de sangre en el recién nacido, medida que ya se cumple en muchos establecimientos de salud, sea en el parto eutócico o en el nacimiento por cesárea⁽¹⁾.
- b. Lactancia materna exclusiva los primeros seis meses del nacimiento y continuar hasta los dos años; el hierro se absorbe en una cantidad 2,5 veces mayor.
- c. Para los prematuros, recién nacidos de peso bajo, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), tener un programa especial de control y seguimiento, porque estos neonatos ya tienen anemia al nacer.
- d. El control del niño en los consultorios de crecimiento y desarrollo debe ser mensualmente el primer año, y controlar al niño en sus primeros 5 años.

e. Los gobiernos nacional, regional y local deben participar activamente junto con la población en corregir los indicadores de anemia. Los resultados pueden ser más alentadores si el trabajo es conjunto⁽⁴⁾.

f. La población debe tener acceso a alimentos fortificados con hierro.

g. El ministerio de educación debe participar en la capacitación a los padres a través de los docentes de colegios, institutos y universidades, en la enseñanza de buenos hábitos alimenticios, lavado de manos, entre otros⁽⁴⁾.

CÓMO ADMINISTRAR EL HIERRO PARA TRATAR LA ANEMIA

Es importante administrar el hierro 1 o 2 horas antes o después de las comidas, mejor con jugos ricos en vitamina C (jugos de frutas, limonada, naranjada, frutas, patatas, ciertos vegetales) o con ácido ascórbico, con horario diario y por un periodo de seis meses. De preferencia usar dosificadores exactos, y no administrarlo junto a medicamentos.

Entre los factores inhibidores del hierro se encuentran los fitatos, inositol fosfatos, productos integrales, pan de trigo, cereales, avenas, arroz integral, pastas, cocoa, nueces, soya y arvejas. También los compuestos que ligan compuestos fenólicos, té, café, cocoa, algunas especies vegetales y la mayoría de vinos rojos, salsa de soya.

El hierro no sustituye a los alimentos. Y no debe estar al alcance de los niños para evitar intoxicaciones.

Una vez diagnosticada la anemia, los padres y las gestantes deben conocer que el tratamiento es de varios meses y que la participación de toda la familia es fundamental⁽¹⁰⁾. Hay experiencias, como en la ciudad de Pachacútec en Lima y en Arequipa, que con la participación del gobierno local y de la población se ha podido obtener reducir la anemia. Con el control periódico de los niños, tendremos ciudadanos con mejor calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McLean E, Cogswell M, Egli I, Wojdyla D, de Benoist B. Worldwide prevalence of anaemia, WHO Vitamin and Mineral Nutrition Information System, 1993-2005. Public Health Nutr.



- 2009 Apr;12(4):444-54. doi: 10.1017/S1368980008002401.
2. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2018. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html
 3. Instituto Nacional de Salud del Niño. Plan nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil 2017-2021. <http://bibliotecavirtual.insnb.gob.pe/plan-nacional-para-la-reduccion-y-control-de-la-anemia-materno-infantil-y-la-desnutricion-cronica-infantil-en-el-peru-2017-2021-documento-tecnico/>
 4. Consejo Regional III Lima. Reporte de Políticas de Salud. La anemia en el Perú que hacer .N° 1 Mayo 2018. <https://cmplima.org.pe/wp-content/uploads/2018/06/Reporte-Anemia-Peru-CRIII.pdf>.
 5. García Odio AA. Impacto de la anemia para una embarazada e importancia del riesgo preconcepcional. *Rev Cubana med gen integral*. 2017;33(1):0.
 6. Williams RW, Herrup K. The control of neuron number. *Annu Rev Neurosci*. 1988;11:423-53.
 7. Beard J. Iron deficiency alters brain development and functioning. *J Nutr*. 2003 May;133(5 Suppl 1):1468S-72S. doi: 10.1093/jn/133.5.1468S.
 8. Bryant J. Nutrients for cognitive development in school-aged children. *Nutr Rev*. 2004 Aug;62(8):295-306.
 9. Wieggersma AM, Dalman C, Lee BK, Karlsson H, Gardner RM. Association of prenatal maternal anemia with neurodevelopmental disorders. *JAMA Psychiatry*. 2019 Sep 18:1-12. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.2309. [Epub ahead of print].
 10. Lynch SR. Why nutritional iron deficiency persists as a worldwide problem. *J Nutr*. 2011 Apr 1;141(4): 763S-768S. doi: 10.3945/jn.110.130609.