

NOTA DE PRENSA

LAS DIETAS VEGANAS Y VEGETARIANAS, CAUSA CADA VEZ MÁS FRECUENTE DE LA ANEMIA POR DÉFICIT DE HIERRO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

El sangrado menstrual abundante es, no obstante, la primera causa de anemia por déficit de hierro en mujeres en edad fértil, afectando hasta casi el 30%, de las cuales el 70% presenta anemia

Se estima que las mujeres en edad fértil tienen un riesgo diez veces superior a los hombres de sufrir anemia por déficit de hierro.

Las adolescentes embarazadas son especialmente vulnerables a la anemia, porque necesitan hierro por partida doble, para su propio crecimiento y el del feto

El déficit de hierro conduce a efectos nocivos en la salud general de la mujer, causando una morbilidad significativa

En el embarazo la anemia se asocia con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal, así como con implicaciones potenciales para el futuro desarrollo neurológico del lactante

Durante el embarazo, debe favorecerse el consumo de hierro hemo que se encuentra fundamentalmente en las carnes

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ha publicado un documento que pone al día toda la evidencia científica acumulada sobre la anemia en la población femenina

En sus recomendaciones, los autores del consenso inciden en que la primera medida para la anemia en pacientes de ginecología y obstetricia debe ser “adecuada profilaxis, precoz diagnóstico, y su correcto estudio y tratamiento”

Madrid, 21 de abril de 2022.- La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ha puesto al día la evidencia científica sobre la anemia en la población femenina en general, mujeres embarazadas y pacientes con patologías ginecológicas en un documento de consenso, cuyas recomendaciones inciden en que la primera medida para la anemia en todos estos grupos debe ser adecuada profilaxis, precoz diagnóstico, y su correcto estudio y tratamiento, pues las causas son diversas y las diferentes formas de abordarlas dependen de ello y están influidas por múltiples factores que deben ser tenidos en cuenta, destacan los autores del consenso.

El déficit de hierro aparece implicado en más de la mitad de los casos de anemia y conduce a efectos nocivos en la salud general de las mujeres, incluso antes de la aparición de la anemia. El sangrado menstrual abundante, el sangrado uterino anormal y las pérdidas sanguíneas de origen intestinal son las causas más frecuentes en las mujeres de nuestro entorno. El sangrado menstrual abundante es, no obstante, la primera causa de anemia por déficit de hierro en mujeres en edad fértil, afectando hasta casi el 30%, de las cuales el 70% presenta anemia. El riesgo de sufrir anemia por déficit de hierro es diez veces superior al de los hombres.

Las dietas pobres en hierro (vegetarianas y veganas) constituyen una causa cada vez más frecuente entre los factores de riesgo para el desarrollo de anemia ferropénica (por déficit de hierro) en la mujer en edad fértil, como también los factores relacionados con la malabsorción intestinal que puede ser secundaria a intolerancias al gluten o a la lactosa, o bien a condiciones autoinmunes. La combinación de varios factores como puede ser la dieta pobre en hierro y las pérdidas de sangre abundantes por la menstruación determina que la anemia por déficit de hierro sea mucho más frecuente en la mujer que en el hombre.

La decisión de reponer las reservas de hierro y su vía de administración (oral o intravenosa) son controvertidas, debido, en parte, a las preguntas que rodean la formulación óptima, la capacidad de absorción y la vía de administración. La tolerancia y eficiencia del hierro oral están influidas por múltiples factores con capacidad de predecir una posible mala respuesta. “Debemos promover el estudio diagnóstico para una óptima corrección y profilaxis de la anemia y los déficits nutricionales en todas las mujeres en edad fértil”, establece el consenso, que reconoce que es necesario recorrer un largo camino para alcanzar los objetivos marcados por la OMS para 2025 de casi erradicar la anemia en los países avanzados.

En este objetivo, el consenso destaca que “las pruebas analíticas básicas de laboratorio tienen alta fiabilidad y bajo coste en el enfoque diagnóstico de la mayoría de las anemias de nuestro entorno”, añadiendo que también es fundamental la buena comunicación de los especialistas en Ginecología y Obstetricia con los especialistas de laboratorio clínico, así como la elaboración de protocolos diagnósticos adaptados a la población de referencia.

Mujeres embarazadas

La necesidad de hierro que tienen las mujeres durante la gestación es mayor. El hierro absorbido es necesario para completar las necesidades de hierro fetales y placentarias, así como para compensar la pérdida de sangre que se produce durante el parto, sin olvidar los requerimientos aumentados durante la lactancia materna. La OMS estima que aproximadamente el 42% de las gestantes sufren anemia en algún momento del embarazo. Las adolescentes embarazadas son especialmente vulnerables a la anemia, porque necesitan hierro por partida doble, para su propio crecimiento y el del feto. Debido a la alta frecuencia de las anemias durante la gestación y a que pueden asociarse a peores resultados materno fetales, es fundamental la identificación y diferenciación de la anemia patológica de la gestacional fisiológica.

El consenso subraya que el embarazo supone unos requerimientos adicionales de 800-1000 mg de hierro elemental para cubrir las necesidades maternas y fetales, por lo que el aumento del consumo de hierro dietético es muy importante durante la gestación. Por ello, “a la vez que suplementamos, en todas las embarazadas debemos recomendar también una dieta lo más rica posible en hierro, así como medidas que favorezcan la absorción del mismo”, indican los autores, que recuerdan que el hierro hemo, del que se absorbe el 40% frente al 2% del hierro no hemo, se encuentra fundamentalmente en las carnes (carne roja como ternera, cerdo y cordero, hígado y riñones, y carnes blancas como pollo, pavo y perdiz), yema de huevo, pescado azul (como sardinas, anchoas

y atún fresco), pescado blanco (como lenguado o merluza) y en el marisco de concha (almejas, berberechos, mejillones...).

En la anemia por deficiencia de hierro durante el embarazo las opciones terapéuticas incluyen hierro en presentaciones tanto orales como parentales. La primera línea de tratamiento en la mayoría de las pacientes es la reposición con hierro oral debido a su eficacia, seguridad y bajo costo. Sin embargo, el principal problema de las presentaciones orales es que pueden asociarse con mala tolerancia y una tasa de efectos adversos de hasta un 40%, entre los cuales se incluyen las náuseas, vómitos, diarreas, constipación y dolor abdominal. Aunque algunas guías internacionales recomiendan dosis diaria de hierro, en la última década se han evaluado regímenes menos frecuentes.

Los autores del consenso de SEGO concluyen que “el régimen intermitente puede ser una alternativa viable a la administración diaria de suplementos de hierro en las gestantes que no presentan anemia y que reciben una atención prenatal adecuada”. Asimismo, establecen que “la evidencia existente sustenta considerar el hierro endovenoso como una opción razonablemente segura y más eficiente que el hierro oral”, subrayando que “las nuevas formulaciones de hierro endovenoso permiten el reemplazo completo del déficit de hierro en una dosis única administrada en 15 minutos y de modo más seguro que con preparados endovenosos previos” especialmente en aquellas situaciones en las que se precise una reposición de hierro más rápida.

La presencia de anemia en mujeres embarazadas incrementa la mortalidad perinatal, el retraso en el crecimiento intrauterino, altera el desarrollo placentario y aumenta el riesgo de pérdidas fetales, además de disminuir la tolerancia frente a pérdidas sanguíneas. También se asocia a un riesgo tres veces mayor de bajo peso al nacer y dos veces mayor de parto pretérmino. Asimismo, la baja ingesta materna gestacional de hierro se asocia con autismo, esquizofrenia y estructura cerebral anormal en la descendencia. Los recién nacidos con deficiencia de hierro tienen una memoria de reconocimiento comprometida y una velocidad de procesamiento más lento.

El consenso establece asimismo que la atención temprana en el posparto debe garantizar el seguimiento para las madres con un nivel de hierro comprometido, con el fin de apoyar la lactancia materna durante al menos seis meses y promover mejores prácticas de alimentación infantil. A este respecto, señala que “es importante tener en cuenta que ni la anemia severa ni su tratamiento debe contraindicar la lactancia materna, más aún cuando se trata de neonatos con bajo peso al nacer”.

El consenso recoge también un capítulo específico sobre mujeres adolescentes (10-14 años), pues constituyen un grupo de población muy susceptible de presentar carencia nutricional de hierro. “Existe un incremento importante de los requerimientos de nutrientes y, especialmente, de hierro, relacionado con una serie de factores fisiológicos (aceleración del crecimiento, cambios en la composición corporal, pérdidas menstruales) y su aporte dietético suele ser deficitario en relación con factores psicosociales (actividad deportiva, preocupación por la imagen corporal, temor a la obesidad y comidas rápidas)”, recuerda el consenso, que señala que un 12,6% de las mujeres adolescentes en España presentan una carencia nutricional de hierro en alguno de sus estudios secuenciales. Los factores dietéticos son cada vez más relevantes en la anemia ferropénica en adolescentes y un estudio ha observado que hasta un 46% de los adolescentes tiene conductas alimentarias alteradas, con un incremento de las comidas rápidas típicas americanas, comidas supuestamente bajas en calorías, dietas de control de peso y vegetarianas no equilibradas.

**Para más información: Gabinete de Comunicación de SEGO
Jesús Herrera (625 87 27 80) / Tomás Muriel (605 603 382)**