

VI CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Impacto Positivo de la Seguridad del Paciente en la Atención Sanitaria al Ciudadano"

ANEMIA EN EL EMBARAZO: SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN.

Autor principal CRISTINA QUINTERO SÁNCHEZ

CoAutor 1 ESTHER LARROSA TIENDA

CoAutor 2 MIRIAM JIMÉNEZ RODRÍGUEZ

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Obstétrico-Ginecológica

Palabras clave ANEMIA DEFICIENCIA DE HIERRO EMBARAZO FETO

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

INTRODUCCIÓN

La anemia es la complicación hematológica más frecuente en el embarazo, parto y puerperio ya que entre otras causas aumentan las necesidades del consumo de hierro para el desarrollo del feto y la placenta. La anemia durante el embarazo no es fácil de definir debido a que durante éste se produce un aumento de volumen de plasma circulante que provoca hemodilución. La OMS considera anemia en el embarazo cuando la cifra de hemoglobina es < 110gr/L y el hematocrito < 33%.

La embarazada con anemia ferropénica y su futuro hijo están expuestos a posibles complicaciones.

OBJETIVOS

Destacar la importancia de la anemia en el embarazo. Conocer las repercusiones materno- fetales producidas por la anemia en la gestación.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos: Cochrane, Medline y Scielo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Alrededor el 80% de las anemias que aparecen durante el embarazo se deben a un déficit de hierro. La anemia ferropénica durante la gestación puede tener consecuencias negativas para el bienestar físico y psíquico de las mujeres como fatiga, debilidad, infecciones y depresión.

Además el hierro es fundamental para el crecimiento y desarrollo normal de la mayoría de los órganos del feto.

La anemia en las mujeres gestantes es un problema mayor de salud en los países en vías de desarrollo, aún así, en los países desarrollados el problema básico no ha sido todavía resuelto y continúa afectando la salud y la calidad de vida de millones de personas en todo el mundo.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

INTRODUCCIÓN

La anemia es la complicación hematológica más frecuente durante el embarazo, parto y puerperio ya que las necesidades para el desarrollo del feto y la placenta aumentan el consumo de hierro elemental.

Un 56% de las mujeres embarazadas son anémicas. La prevalencia de esta patología aumenta en las mujeres de países en vías de desarrollo y en las mujeres de bajo nivel socioeconómico, ligado fundamentalmente a factores nutricionales y a la falta de asistencia prenatal.

La anemia del embarazo no es fácil de definir, puesto que durante dicho estado se produce un aumento sustancial del volumen total de sangre y se incrementa la producción eritrocitaria. Para asegurar un aporte adecuado de oxígeno y nutrientes al feto, placenta, útero y tejido mamario, el estado de gravidez requiere ajustes fisiológicos y bioquímicos que incluyen alteraciones significativas del volumen plasmático y de la masa eritrocitaria, pero hay un aumento desproporcionado del volumen de plasma circulante que da como resultado hemodilución.

Por lo tanto, según la OMS se considera anemia en el embarazo cuando la cifra de hemoglobina está por debajo de 110 g/L de sangre y el hematocrito < 33%. Se considera anemia intensa cuando la cifra de hemoglobina es menor de 95 g/L.

La embarazada con anemia ferropénica y su futuro hijo están expuestos a complicaciones; aunque en la mayoría la clínica es asintomática, pueden observarse manifestaciones digestivas, cutaneomucosa, circulatorias y del sistema neuromuscular. Además la anemia materna severa se encuentra asociada con el bajo peso al nacer y el parto pretérmino.

OBJETIVOS

- Destacar la importancia de la anemia en el embarazo.
- Conocer las repercusiones materno- fetales producidas por la anemia en la gestación.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos: Cochrane, Medline y Scielo. Se llevó a cabo una lectura en profundidad y crítica de cada uno de los artículos entre los años 2009 y 2012, obteniéndose los siguientes resultados desarrollados a continuación.

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

DESARROLLO Y DISCUSIÓN DEL TEMA

Alrededor del 80% de las anemias durante el embarazo se deben a un déficit de hierro. El cuerpo humano en la mujer adulta contiene un total de 4g de hierro; de 70-80% del hierro corporal está contenido en la hemoglobina. Alrededor de 1 g se encuentra depositado como reserva, y una pequeña parte, 0,2g, se encuentra en la mioglobina y en determinadas enzimas.

Sólo el embarazo crea un requerimiento de hierro de alrededor de 1 g y una pérdida adicional de éste con el sangrado en el parto, alumbramiento y puerperio. La carencia de hierro durante el embarazo puede ser consecuencia de la ingesta insuficiente en la dieta, mala absorción o pérdida de sangre crónica.

El contenido de hierro de la dieta de la mayoría de las mujeres es bajo. Además solo el 10% del hierro de los alimentos es absorbido por el intestino.

El efecto de la anemia, sobre la madre y el feto no está bien clarificado con respecto a una mayor incidencia de complicaciones obstétricas. En la mayoría de los casos las manifestaciones clínicas son insidiosas, por lo que a veces constituye un hallazgo causal de laboratorio.

La anemia por deficiencia de hierro durante la gestación puede tener consecuencias profundamente negativas para el bienestar físico y psíquico de las mujeres, así como afectar significativamente su calidad de vida. Son más frecuentes la fatiga, la debilidad general y las disfunciones psíquicas, incluyendo un deterioro de las capacidades cognitivas, malestar, inestabilidad emocional y depresión; y existe una mayor frecuencia de desarrollo de infecciones.

La deficiencia de hierro y la anemia durante la gestación inevitablemente se agravarán después de dar a luz (anemia posparto), debido a las pérdidas de sangre asociadas con el parto. La anemia posparto está asociada con un compromiso de la calidad de vida, desde los puntos de vista físico y psicológico; y constituye un problema significativo de salud pública tanto en los países desarrollados como en los países subdesarrollados.

El hierro es un elemento esencial para el desarrollo y crecimiento normal de la mayoría de los órganos en el feto, especialmente en los órganos hematopoyéticos; y, lo más importante, también para el desarrollo normal del cerebro. Múltiples estudios han demostrado que los infantes y los niños nacidos de madres con deficiencia de hierro tienen un menor desarrollo cognitivo, motor, social, emocional y neurofisiológico de las funciones cerebrales, así como valores más bajos en el cociente intelectual en comparación con los infantes y niños de madres que no presentaron anemia ferropénica.

Adicionalmente, la deficiencia de hierro en las madres, especialmente a principios del embarazo, está significativamente asociada con parto prematuro, peso bajo del recién nacido, peso bajo para la edad gestacional y una mayor mortalidad perinatal del neonato.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se ha reconocido durante muchos años que la anemia en las mujeres en edad reproductiva y en las gestantes es un problema mayor de salud en los países subdesarrollados; aun así, el problema básico no ha sido resuelto; y continúa afectando la salud, la calidad de vida y la capacidad para trabajar en millones de personas en todo el mundo. La mayoría de los casos de anemia se deben a la deficiencia de hierro, la cual a menudo se da concurrentemente con deficiencia de folato y de la vitamina B12, así como con la presencia de infecciones/infestaciones.

El diagnóstico de la anemia por deficiencia de hierro está basado en la medición de la concentración de la hemoglobina en la sangre y de los niveles plasmáticos de ferritina.

La prevalencia de la anemia en el tercer trimestre puede variar de 14 a 52% en las mujeres que no toman suplementos de hierro (dependiendo del país y de la condición social); y de 0 a 25% en las mujeres que toman suplementos de hierro (dependiendo de la dosis de hierro).

La deficiencia de hierro y la anemia tienen consecuencias severas en las mujeres gestantes, asociándose con lo siguiente: una menor capacidad para trabajar, fatiga, debilidad y disfunción psíquica, lo cual en su totalidad afecta la calidad de vida, tanto a nivel físico como psíquico.

La Organización Mundial de la Salud ha iniciado campañas exitosas contra diversas enfermedades infecciosas, pero la batalla contra la anemia está lejos de ganarse; y en el futuro deberán concentrarse mayores esfuerzos en enfrentar este problema tan significativo - ¡tenemos las herramientas y conocemos la manera de hacerlo!

» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

APORTACIÓN DE SU TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Prevención primaria:

- Modificar la dieta de las gestantes suministrándoles información sobre los alimentos más ricos en hierro y sobre los potenciadores e inhibidores de la absorción del hierro.

- Administrar suplementos de hierro a todas las embarazadas. La OMS, recomienda que toda embarazada debe recibir de forma sistemática suplementos de hierro. La dosis pueden ser de 30 a 60 mg/ día en forma de sulfato ferroso.

- Algunos investigadores opinan que el diagnóstico de déficit de hierro se confirma con la determinación de la ferritina sérica, y otros piensan que administrar suplementos de hierro a todas las gestantes, puede resultar más económico que la determinación sistemática de la ferritina sérica.

Prevención secundaria:

- Búsqueda de la etiología del síndrome anémico y tratamiento. Dentro del tratamiento, la primera opción sería administrar de forma oral hierro en forma de sulfato ferroso.

- Como alternativa a las pacientes con anemia ferropénica grave, síndromes de mala absorción o a aquellas que desarrollan efectos colaterales incapacitantes con la administración de hierro oral, se emplearía hierro parenteral.

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

PROPUESTAS DE LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

1. Unificar y conocer los protocolos de actuación frente a la anemia en el embarazo.
2. Investigar sobre los problemas postpartos como consecuencia de la anemia en la gestación.

» BIBLIOGRAFÍA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Contreras FC. Anemia ferropénica del embarazo. Revista de Actualización Clínica. Rev. Act. Clin. 2011;4:161-163.
2. Farnot U. Anemia y embarazo. Capítulo 12. p. 121-126.
3. Doménecha CV, Soler DJIA. Anemias y embarazo. Capítulo XI. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante. 770-805.
4. Milman N. Fisiopatología e impacto de la deficiencia de hierro y la anemia en las mujeres gestantes y en los recién nacidos/infantes. Rev peru ginecol obstet. 2012; 58: 293-312.