

Comentario editorial

Anemia por deficiencia de hierro: estrategias disponibles y controversias por resolver

Iron deficiency anemia: available strategies and controversies to resolve

Dr. Pablo Durán*

En la actualidad, la anemia continúa siendo una de las principales deficiencias nutricionales en la Argentina y el mundo; afecta a unos dos tercios de los niños en países en desarrollo.¹

En nuestro país, según datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS)², 16% de los niños de 6 meses a 5 años de edad presenta anemia, prevalencia que es particularmente más elevada (34%) en niños menores de 2 años, período en el cual los requerimientos de hierro son más elevados.

Las consecuencias de la anemia, ampliamente conocidas, inciden fundamentalmente en los procesos de crecimiento y desarrollo infantil, así como en la morbilidad y mortalidad materna e infantil. Según demuestran diferentes autores, la presencia de anemia implica diferencias de entre 6 y 10 puntos en las escalas de desarrollo mental y motor, en comparación con niños no anémicos.^{3, 4, 5}

La deficiencia de hierro es, junto con las infecciones parasitarias en general y la malaria en particular (donde ella es prevalente), y los cuadros que incrementan la pérdida de hierro, la principal causa para el desarrollo de anemia.

Pero la anemia es, fundamentalmente, la consecuencia de múltiples factores que se presentan a lo largo de las diferentes etapas de la vida y que, a su vez, afectan a los individuos durante su ciclo vital.

El inicio de la gestación con insuficientes depósitos de hierro y el aporte insuficiente durante ese período, el bajo peso al nacer, la ligadura precoz del cordón umbilical, la breve duración de la lactancia materna exclusiva y la introducción precoz de leche de vaca fluida, las dietas con baja biodisponibilidad de hierro, así como

la introducción tardía de carne en la dieta, constituyen los principales factores asociados al desarrollo de anemia por deficiencia de hierro.

Esas inadecuaciones existen, en proporción importante, en la Argentina y explican la mencionada prevalencia de anemia.

En tal sentido, 18% de las mujeres en edad fértil y 30,5% de las mujeres embarazadas presenta anemia, según la misma encuesta.¹

El clampeo oportuno del cordón umbilical aún no constituye una práctica extendida, si bien existen sobrados datos para su implementación,⁶ incluso en niños prematuros.⁷

La práctica de la lactancia materna se ha incrementado en los últimos años, pero según la última Encuesta Nacional de Prevalencia de Lactancia Materna,⁸ 47,3% y 38,7% de los niños es amamantado en forma exclusiva al 4° y 6° mes, respectivamente.

A partir del cuarto mes de vida, el crecimiento del niño favorece la depleción de los depósitos de hierro, lo cual implica una mayor dependencia de su aporte exógeno para cubrir los requerimientos. De no mediar un adecuado aporte, los depósitos se encontrarán deplecionados luego del 6° mes de vida.⁹

Del mismo modo, las características de la alimentación complementaria muestran inadecuaciones que explican la situación nutricional observada respecto del hierro. En la Argentina se observan inadecuaciones en la incorporación de alimentos. Según la ENNyS la introducción de algunos alimentos tiende a ser precoz; respecto de la carne, 25% de los niños la incorporó luego del octavo mes de vida.¹

*Ver artículo
relacionado
en las
páginas
491-497*

* Hospital General de Niños "Dr. Pedro de Elizalde". Ciudad de Buenos Aires.

Correspondencia:
apduran@intramed.net

Por tanto, si se tienen en cuenta las consecuencias antes mencionadas y la prevalencia actual, el problema de la anemia constituye una prioridad cuyo abordaje implica tanto prevención como tratamiento.

Las estrategias para su resolución son sencillas, de bajo costo, y en diferente medida se encuentran disponibles. Aun así, no se han logrado importantes cambios hasta el presente.

Las posibilidades de intervención (tendientes a prevenir la anemia particularmente a partir del segundo semestre de la vida), junto con el sostenimiento de las acciones antes mencionadas, incluyen el adecuado aporte alimentario, la fortificación de alimentos y la suplementación farmacológica.

El aporte alimentario no siempre es suficiente para cubrir los requerimientos, particularmente en el inicio de la etapa de alimentación complementaria. La educación alimentaria no siempre es parte de la consulta pediátrica y no se remarca la relevancia del aporte de hierro por la dieta.

Debido a su bajo costo y facilidad, la fortificación de alimentos constituye una estrategia muy importante en términos de prevenir la anemia, con empleo de vehículos adecuados que permitan alcanzar a la población blanco. En la Argentina, la disponibilidad de alimentos fortificados incluye a la harina. La ley 25.630 establece la obligatoriedad de fortificar las harinas con hierro y ácido fólico, y la leche que se entrega a través de los programas de salud y desarrollo social. Existen diferentes marcas comerciales y alimentos industrializados fortificados.

Por último, la suplementación farmacológica constituye una estrategia útil, particularmente cuando la prevalencia de anemia es importante y no existe oferta suficiente de alimentos fortificados. Las normas nacionales indican la suplementación farmacológica preventiva durante el segundo semestre de vida en niños nacidos con peso adecuado o bien de los 2-24 meses en niños nacidos con bajo peso.¹⁰ Sin embargo, la ENNyS permitió observar que sólo en 17,9% de los niños se registró el consumo de suplementos de hierro en el día previo a la encuesta.

La suplementación farmacológica ha demostrado adecuados niveles de eficacia, pero su efectividad no es la esperable, a juzgar por las prevalencias observadas. Una de las principales limitaciones mencionadas habitualmente en relación al escaso éxito de la suplementación farmacológica, es la referida a la adherencia al tratamiento, particularmente debida a intolerancia o efectos adversos por la formulación de hierro utilizada.

Este hecho ha contribuido a la evaluación de

diferentes modalidades de suplementación, con esquemas diferentes (administración semanal o bisemanal), utilización de distintos compuestos de hierro o bien de formas alternativas de administración.¹¹

En relación con la última situación, a fines de la década de 1990 se sugirió la posibilidad de formular un nuevo método de suplementación simple, para ser utilizado en poblaciones en riesgo, como alternativa a las formulaciones en gotas.¹² A partir de esa iniciativa se desarrolló un suplemento en polvo con hierro microencapsulado y ácido ascórbico denominado "Supplefer Sprinkles" para ser adicionado a las papillas y alimentos brindados al niño. La efectividad de este compuesto se está evaluando en diferentes estudios.

Como se analizó, las estrategias para la prevención y el tratamiento de la anemia son múltiples, pero su prevalencia continúa siendo elevada y las controversias sobre cuál es la estrategia más adecuada y efectiva subsisten.

En este número se publica el trabajo del Dr. Donato y col., que aborda una de esas controversias: el caso de la diferencia en la eficacia y la seguridad de dos compuestos, el sulfato ferroso y el hierro polimaltosato, tema aún sin suficiente consenso.

Los autores compararon, en un estudio aleatorizado, la efectividad y seguridad entre ambos compuestos.

El estudio es adecuado en función de los objetivos perseguidos, pero no está exento de aspectos discutibles; expresa diferencias significativas a favor de una mayor eficacia y similar tolerabilidad en el grupo que recibió sulfato ferroso.

Entre los aspectos discutibles cabe mencionar la eliminación de los pacientes con incrementos en la concentración de hemoglobina menores a 1 g/dl al día 60, en especial, el modo en que se distribuyeron los casos excluidos entre cada una de las ramas de tratamiento, la amplia variabilidad observada y la no mención de si se trató de un estudio enmascarado.

Sin embargo, tanto los incrementos observados como la proporción de niños que alcanzaron valores normales a los 90 días fueron significativamente mayores en el grupo tratado con sulfato ferroso.

A la luz de la aún elevada prevalencia de anemia y de sus consecuencias, es imprescindible contar con información que permita identificar las estrategias que favorezcan en mayor medida la adherencia al tratamiento, su sostenimiento en el tiempo y, finalmente, su eficacia, tanto en términos de prevención como de tratamiento, de modo de dar respuesta a una situación que amerita un abordaje efectivo. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Malnutrition. The global picture. Geneva: World Health Organization; 2000.
2. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de Resultados. 2007. Buenos Aires, Argentina.
3. Lozoff B, Brittenham GM, Wolf AW. Iron deficiency anemia and iron therapy effects on infants developmental test performance. *Pediatrics* 1987; 79: 981-995.
4. Pollitt E. Iron deficiency and cognitive function. *Ann Rev Nutr* 1993; 13: 521-537.
5. Lozoff B, Jimenez MD, Hagen J, et al. Poorer behavioral and developmental outcome more than 10 years after treatment for iron deficiency in infancy. *Pediatrics* 2000; 105: e51.
6. Hutton EK, Hassan ES. Late vs. early clamping of the umbilical cord in full-term neonates. *JAMA* 2007; 297: 1241-1252.
7. Ceriani Cernadas JM, Durán P. Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants: RHL commentary (last revised: 7 March 2006). The WHO Reproductive Health Library. N° 9. Update Software Ltd., Oxford, 2006.
8. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Lactancia Materna 2007. Buenos Aires, Argentina (en prensa).
9. Dallman PR. Iron deficiency in the weanling: a nutritional problem on the way to resolution. *Acta Paed Scand* 1986; 323: 59-67.
10. Prevención de anemia en niños y embarazadas en la Argentina. 2ª Edición. Ministerio de Salud de la Nación. 2006.
11. Allen LH. Iron supplements: Scientific issues concerning efficacy and implications for research and programs. *J Nutr* 2002; 132: 813S-819S.
12. Nestel P, Alnwick D. Iron/multi-micronutrient supplements for young children. Summary and Conclusions of a Consultation Held at UNICEF, Copenhagen, Denmark, August 19-20, 1996. INACG Publication, Washington DC, 1997. Pisacane A. Neonatal prevention of iron deficiency. *BMJ* 1996; 312: 136-137.

Aclaración:

A pedido de los autores en la Comunicación breve sobre **Xeroderma pigmentoso: presentación de dos casos**, publicada en *Arch Argent Pediatr* 2007; 105(5):432-35, se agrega un agradecimiento al Dr. Daniel Beltramino, a la Dra. María del Carmen Gras, y sus colaboradores del Hospital J. B. Iturraspe y al Dr. Daniel Souroujon, de la Asociación de Ciudadanos Paliativos de Santa Fe (ACUPA).
