Sanitas
Revista arbitrada de ciencias de la salud
Vol. 5(especial9), 1-8, 2026
DOI: https://doi.org/10.62574/dgzrg0v6

Prevalencia de anemia en el embarazo y sus complicaciones maternas y perinatales: revisión bibliográfica

Prevalence of anemia in pregnancy and its maternal and perinatal complications: a literature review

Katherine Marilyn Hernández-López
katherinehl87@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0009-0140-0157

Alisson Nicole López-Garzón
alissonlg30@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0002-4668-7437

Sandra Pamela Bazante-Riofrio
docentetp124@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0008-6645-030X

RESUMEN

Objetivo: describir la prevalencia de la anemia en mujeres embarazadas y sus principales complicaciones maternas y perinatales. **Método:** revisión bibliográfica narrativa en PubMed/MEDLINE y SciELO de artículos publicados entre 2013 y 2022; se analizaron 15 documentos. **Resultados:** la prevalencia mundial de anemia gestacional se estimó en 36,5 % en 2019, mayor en los países de ingresos bajos y medios. La deficiencia de hierro fue la causa principal. La anemia se asoció con hemorragia posparto, preeclampsia, muerte materna, parto pretérmino, bajo peso al nacer y muerte perinatal. La suplementación diaria con hierro redujo la anemia materna al término. **Conclusión:** la anemia gestacional es un problema de salud pública frecuente y prevenible. El tamizaje oportuno, la suplementación con hierro y la educación nutricional son medidas clave.
Descriptores: anemia; embarazo; prevalencia; complicaciones del embarazo; anemia ferropénica. (Fuente, DeCS).

ABSTRACT

Objective: To describe the prevalence of anemia in pregnant women and its main maternal and perinatal complications. **Method:** Narrative review in PubMed/MEDLINE and SciELO of articles from 2013 to 2022; 15 documents were analysed. **Results:** The global prevalence of gestational anemia was estimated at 36.5% in 2019, higher in low- and middle-income countries. Iron deficiency was the main cause. Anemia was associated with postpartum hemorrhage, preeclampsia, maternal death, preterm birth, low birth weight and perinatal death. Daily iron supplementation reduced maternal anemia at term. **Conclusion:** Gestational anemia is a frequent and preventable public health problem. Timely screening, iron supplementation and nutritional education are key measures.
Descriptors: anemia; pregnancy; prevalence; pregnancy complications; anemia, iron-deficiency. (Source, DeCS).

Recibido: 10/09/2026. Revisado: 28/09/2026. Aprobado: 20/10/2026. Publicado: 15/11/2026.
Original breve

INTRODUCCIÓN

La anemia en el embarazo se define por una concentración de hemoglobina inferior a 11 g/dL y es uno de los problemas nutricionales más frecuentes de la gestación. Según el análisis agrupado de encuestas poblacionales de Stevens et al., en 2019 la anemia afectaba al 36,5 % de las mujeres embarazadas del mundo, con un descenso escaso desde el año 2000 y con las cifras más altas en Asia meridional y en África central y occidental (1). Esta distribución desigual refleja diferencias en las condiciones socioeconómicas, en la alimentación y en el acceso a la atención prenatal entre países y dentro de ellos.

La deficiencia de hierro es la causa más frecuente de anemia durante la gestación. Las necesidades de hierro aumentan de forma marcada en el segundo y el tercer trimestre para sostener la expansión de la masa eritrocitaria materna, el crecimiento de la placenta y la acumulación de hierro en el feto. Cuando las reservas previas al embarazo son bajas, la ingesta es insuficiente o existen pérdidas crónicas de sangre, estas demandas no se cubren y aparece la anemia ferropénica (2). A ello se suma la hemodilución fisiológica del embarazo: el volumen plasmático aumenta en mayor proporción que la masa de glóbulos rojos, de modo que una parte del descenso de la hemoglobina es una adaptación normal y no siempre indica deficiencia (3).

La importancia clínica de la anemia radica en sus consecuencias. En los países de ingresos bajos y medios, la anemia materna se ha asociado con bajo peso al nacer, parto pretérmino y mortalidad perinatal y neonatal (4,5). En su forma grave, se asocia además con un mayor riesgo de muerte materna (6). Por estas razones, la anemia gestacional se considera un problema de salud pública que exige vigilancia y prevención sistemáticas.

En Latinoamérica y en Ecuador, la magnitud del problema varía según la fuente, el grupo de edad estudiado y el criterio diagnóstico empleado, lo que dificulta comparar las cifras y planificar las intervenciones (1,3). Por ello, el objetivo de este estudio fue describir la prevalencia de la anemia en mujeres embarazadas y sus principales complicaciones maternas y perinatales, según la literatura científica reciente.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa. La búsqueda se efectuó en PubMed/MEDLINE y SciELO, con combinaciones de los descriptores anemia, embarazo, prevalencia, complicaciones del embarazo y anemia ferropénica, y de sus equivalentes en inglés anemia, pregnancy, prevalence, pregnancy complications e iron-deficiency anemia, unidos mediante los operadores booleanos AND y OR.

Se incluyeron artículos publicados entre 2013 y 2022 en revistas con revisión por pares, en español o en inglés, que informaran la prevalencia de la anemia en mujeres embarazadas, su fisiopatología, su asociación con desenlaces maternos o perinatales, o el efecto de la

suplementación con hierro. Se dio prioridad a los análisis poblacionales, las revisiones sistemáticas con metaanálisis y los estudios de cohorte. Se excluyeron las guías de práctica clínica, los informes institucionales, las tesis, los reportes de casos, los artículos sin acceso al resumen y los publicados en revistas no indexadas en las bases consultadas.

Se analizaron 15 documentos. De cada uno se extrajeron el diseño, la población, el criterio diagnóstico de anemia y los principales hallazgos sobre prevalencia o complicaciones. Debido a la heterogeneidad de los diseños y de las poblaciones, los resultados se sintetizaron de forma narrativa y no se realizó un metaanálisis.

RESULTADOS

Prevalencia de la anemia en el embarazo

El estudio de mayor alcance fue el análisis agrupado de Stevens et al., que integró datos representativos de la población de casi todos los países. La prevalencia mundial de anemia en las embarazadas se estimó en 36,5 % en 2019, superior a la observada en las mujeres no embarazadas. Las diferencias entre regiones fueron amplias y el progreso desde el año 2000 fue insuficiente para alcanzar las metas mundiales de reducción (1).

En los países de ingresos medios con programas de control prenatal consolidados, la prevalencia es menor, aunque sigue siendo relevante. En China, en una cohorte nacional de más de 18 millones de gestantes, Shi et al. encontraron una prevalencia de anemia del 17,78 %; la mayor parte de los casos fueron leves y una proporción pequeña correspondió a anemia moderada o grave (7). En países de ingresos altos, como Canadá y Estados Unidos, la anemia también se registra con frecuencia en las bases poblacionales de partos y se asocia con desenlaces adversos (8,9).

En la región andina, Gonzales y Olavegoya señalaron que la estimación de la prevalencia depende del criterio diagnóstico. En poblaciones que residen en altura, el ajuste de la hemoglobina por la altitud y la hemodilución fisiológica pueden clasificar como anémicas a mujeres sin deficiencia de hierro y, en consecuencia, sobrestimar la prevalencia (3). Esta observación es pertinente para Ecuador, donde una parte importante de la población vive en la sierra.

Según su gravedad, la anemia se clasifica como leve (hemoglobina de 10 a 10,9 g/dL), moderada (7 a 9,9 g/dL) o grave (menos de 7 g/dL). La forma leve es la más frecuente, mientras que la grave es poco común, pero concentra el mayor riesgo para la madre y el feto (6,7). Desde el punto de vista morfológico, la anemia por deficiencia de hierro es característicamente microcítica e hipocrómica, a diferencia de la anemia macrocítica asociada a la deficiencia de ácido fólico o de vitamina B12 (2).

Complicaciones maternas

La hemorragia posparto es una de las complicaciones maternas mejor documentadas. En su metaanálisis, Omotayo et al. encontraron que la anemia prenatal se asoció con un mayor riesgo de hemorragia posparto (10). De forma concordante, la revisión sistemática de Young et al. mostró que las concentraciones bajas de hemoglobina durante el embarazo se asociaron con hemorragia posparto, con mayor necesidad de transfusión sanguínea, con preeclampsia y con depresión prenatal (11).

En una cohorte poblacional de Canadá, Smith et al. observaron que la anemia en el embarazo se asoció con una mayor morbilidad materna grave, con hemorragia posparto y con transfusión sanguínea, y que el riesgo aumentó a medida que la hemoglobina era más baja (8). En la India, Nair et al. describieron una relación similar en una cohorte hospitalaria de Assam, donde la anemia moderada y grave se asoció con desenlaces maternos y perinatales adversos (12).

La consecuencia más grave es la muerte materna. En el análisis multinivel de la Encuesta Multipaís de la Organización Mundial de la Salud, Daru et al. encontraron que la anemia grave durante el embarazo o el posparto se asoció con un riesgo de muerte materna dos veces mayor (OR 2,36) que el de las mujeres sin anemia grave (6). En la cohorte china, el riesgo de desenlaces maternos adversos también aumentó con la gravedad de la anemia (7).

Complicaciones perinatales

La asociación entre la anemia materna y el parto pretérmino y el bajo peso al nacer se ha observado de forma consistente. En los países de ingresos bajos y medios, Rahman et al. estimaron que la anemia materna aumentó el riesgo de bajo peso al nacer (RR 1,31), de parto pretérmino (RR 1,63), de mortalidad perinatal (RR 1,51) y de mortalidad neonatal (RR 2,72) (4). Haider et al. confirmaron que la anemia en el primer o en el segundo trimestre se asoció con un mayor riesgo de bajo peso al nacer y de parto pretérmino (5).

El metaanálisis de Figueiredo et al. ratificó la asociación entre la anemia materna y el bajo peso al nacer (13). Jung et al. analizaron las concentraciones de hemoglobina durante la gestación y hallaron que la anemia se asoció con desenlaces adversos maternos e infantiles, entre ellos el bajo peso al nacer, el parto pretérmino y el recién nacido pequeño para la edad gestacional (14). En un estudio poblacional de California, Beckert et al. observaron que la anemia materna se asoció con un mayor riesgo de parto pretérmino y de otros desenlaces adversos del embarazo (9).

La restricción del crecimiento fetal, la muerte fetal y la mortalidad perinatal también se han vinculado con la anemia. Young et al. encontraron que la hemoglobina baja se asoció con recién nacidos pequeños para la edad gestacional, muerte fetal, mortalidad perinatal y mortalidad neonatal (11). En la cohorte canadiense, la anemia se asoció asimismo con

muerte fetal y con morbilidad perinatal (8). Además, la deficiencia materna de hierro puede reducir las reservas de hierro del recién nacido, lo que favorece la anemia en los primeros meses de vida y se ha relacionado con alteraciones del neurodesarrollo (2). La Tabla 1 resume los principales estudios sobre complicaciones.

Tabla 1. *Principales estudios sobre la asociación entre la anemia en el embarazo y los desenlaces maternos y perinatales.*

Estudio	Diseño y población	Desenlaces asociados con la anemia	Observación
Rahman et al. (2016)	Metaanálisis; países de ingresos bajos y medios	Bajo peso al nacer, parto pretérmino, mortalidad perinatal y neonatal	Mayor riesgo con anemia en el primer trimestre
Haider et al. (2013)	Metaanálisis de cohortes y ensayos	Bajo peso al nacer y parto pretérmino	El uso prenatal de hierro aumentó el peso al nacer
Daru et al. (2018)	Encuesta multipaís de la OMS	Muerte materna	OR 2,36 en la anemia grave
Young et al. (2019)	Revisión sistemática y metaanálisis	Hemorragia posparto, transfusión, preeclampsia, muerte fetal y perinatal	La hemoglobina elevada también se asoció con riesgo
Smith et al. (2019)	Cohorte poblacional; Canadá	Morbilidad materna grave, hemorragia posparto, transfusión, muerte fetal	Riesgo mayor a menor hemoglobina
Shi et al. (2022)	Cohorte nacional; China	Desenlaces maternos y fetales adversos	Prevalencia de 17,78 %; riesgo según gravedad

Fuente: elaboración propia (2026). OMS: Organización Mundial de la Salud; OR: odds ratio.

DISCUSIÓN

Los estudios revisados muestran que la anemia en el embarazo sigue siendo frecuente en todo el mundo y que se asocia de forma consistente con complicaciones maternas y perinatales. La prevalencia mundial cercana a un tercio de las gestantes (1) contrasta con las cifras menores observadas en contextos con control prenatal consolidado (7), lo que confirma que la anemia está ligada a las desigualdades sociales y económicas y al acceso a los servicios de salud.

La variabilidad de las cifras de prevalencia tiene también un origen metodológico. Las estimaciones dependen del punto de corte de hemoglobina, del trimestre en que se mide, del ajuste por altitud y de la población estudiada. Gonzales y Olavegoya advirtieron que, en las poblaciones andinas, la hemodilución fisiológica y la corrección por altitud pueden sobrestimar la anemia (3). Este aspecto debe considerarse al comparar las cifras de Ecuador con las de otros países, ya que las encuestas nacionales y los registros de los servicios de salud emplean criterios y grupos de edad diferentes, por ejemplo, mujeres en edad reproductiva frente a gestantes.

Un hallazgo común a varios estudios fue el gradiente de riesgo según la gravedad. La anemia leve tuvo efectos pequeños o inconsistentes, mientras que la moderada y la grave se asociaron con mayor riesgo de hemorragia posparto, de transfusión y de muerte materna (6-8). Además, Young et al. observaron que las concentraciones de hemoglobina elevadas también se asociaron con desenlaces adversos (11), lo que concuerda con la advertencia de que una hemoglobina alta durante la gestación puede reflejar una expansión plasmática insuficiente y no un mejor estado de salud (3). Por tanto, el control prenatal no debe limitarse a identificar valores bajos, sino interpretar la hemoglobina en su contexto clínico.

En cuanto a la prevención, la suplementación diaria con hierro durante el embarazo es la intervención con mejor respaldo. La revisión Cochrane de Peña-Rosas et al. mostró que redujo la anemia materna al término de la gestación (RR 0,30) y la deficiencia de hierro (RR 0,43) (15). Haider et al. describieron además una relación entre la dosis de hierro prenatal y el aumento del peso al nacer (5). Estos resultados respaldan la suplementación sistemática con hierro y ácido fólico en el control prenatal, junto con la educación nutricional y el inicio temprano de la atención, ya que la anemia del primer trimestre se asoció con mayor riesgo perinatal (4).

Para Ecuador, estos hallazgos tienen implicaciones prácticas. El tamizaje de hemoglobina en la primera consulta y en el tercer trimestre, la clasificación de la anemia según su gravedad, la suplementación oportuna y el seguimiento de la adherencia permitirían reducir las complicaciones descritas. Las intervenciones deberían priorizar a las adolescentes, a las mujeres con bajo nivel socioeconómico y a las que residen en zonas rurales o de difícil acceso, grupos en los que se concentra la carga de la anemia (1,2).

Entre las limitaciones de esta revisión, se trata de una síntesis narrativa sin un proceso de selección sistemático ni una evaluación formal de la calidad de los estudios. La mayoría de los estudios incluidos son observacionales, por lo que no permiten establecer causalidad. Además, se encontraron pocos estudios ecuatorianos publicados en revistas indexadas en PubMed o SciELO, y las cifras nacionales disponibles proceden de encuestas e informes institucionales que no fueron incluidos. Se requieren estudios locales con muestras representativas de gestantes y criterios diagnósticos homogéneos.

CONCLUSIÓN

La anemia afecta a más de un tercio de las mujeres embarazadas en el mundo y su prevalencia varía según el nivel socioeconómico, la región y el criterio diagnóstico empleado. La deficiencia de hierro es su causa principal. La anemia se asocia con hemorragia posparto, necesidad de transfusión, preeclampsia y muerte materna, así como con parto pretérmino, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento fetal y muerte fetal y perinatal, con un riesgo que aumenta con su gravedad. La suplementación con hierro, el tamizaje oportuno y la educación nutricional en el control prenatal son las medidas

preventivas clave, y en Ecuador se necesitan estudios locales que precisen la magnitud del problema en las gestantes.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A UNIANDES.

REFERENCIAS

1. Stevens GA, Paciorek CJ, Flores-Urrutia MC, Borghi E, Namaste S, Wirth JP, et al. National, regional, and global estimates of anaemia by severity in women and children for 2000-19: a pooled analysis of population-representative data. Lancet Glob Health. 2022;10(5):e627-39.
2. Means RT. Iron deficiency and iron deficiency anemia: implications and impact in pregnancy, fetal development, and early childhood parameters. Nutrients. 2020;12(2):447.
3. Gonzales GF, Olavegoya P. Fisiopatología de la anemia durante el embarazo: ¿anemia o hemodilución? Rev Peru Ginecol Obstet. 2019;65(4):489-502.
4. Rahman MM, Abe SK, Rahman MS, Kanda M, Narita S, Bilano V, et al. Maternal anemia and risk of adverse birth and health outcomes in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. Am J Clin Nutr. 2016;103(2):495-504.
5. Haider BA, Olofin I, Wang M, Spiegelman D, Ezzati M, Fawzi WW, et al. Anaemia, prenatal iron use, and risk of adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2013;346:f3443.
6. Daru J, Zamora J, Fernández-Félix BM, Vogel J, Oladapo OT, Morisaki N, et al. Risk of maternal mortality in women with severe anaemia during pregnancy and post partum: a multilevel analysis. Lancet Glob Health. 2018;6(5):e548-54.
7. Shi H, Chen L, Wang Y, Sun M, Guo Y, Ma S, et al. Severity of anemia during pregnancy and adverse maternal and fetal outcomes. JAMA Netw Open. 2022;5(2):e2147046.
8. Smith C, Teng F, Branch E, Chu S, Joseph KS. Maternal and perinatal morbidity and mortality associated with anemia in pregnancy. Obstet Gynecol. 2019;134(6):1234-44.

9. Beckert RH, Baer RJ, Anderson JG, Jelliffe-Pawlowski LL, Rogers EE. Maternal anemia and pregnancy outcomes: a population-based study. J Perinatol. 2019;39(7):911-9.
10. Omotayo MO, Abioye AI, Kuyebi M, Eke AC. Prenatal anemia and postpartum hemorrhage risk: a systematic review and meta-analysis. J Obstet Gynaecol Res. 2021;47(8):2565-76.
11. Young MF, Oaks BM, Tandon S, Martorell R, Dewey KG, Wendt AS. Maternal hemoglobin concentrations across pregnancy and maternal and child health: a systematic review and meta-analysis. Ann N Y Acad Sci. 2019;1450(1):47-68.
12. Nair M, Choudhury MK, Choudhury SS, Kakoty SD, Sarma UC, Webster P, et al. Association between maternal anaemia and pregnancy outcomes: a cohort study in Assam, India. BMJ Glob Health. 2016;1(1):e000026.
13. Figueiredo ACMG, Gomes-Filho IS, Silva RB, Pereira PPS, Da Mata FAF, Lyrio AO, et al. Maternal anemia and low birth weight: a systematic review and meta-analysis. Nutrients. 2018;10(5):601.
14. Jung J, Rahman MM, Rahman MS, Swe KT, Islam MR, Rahman MO, et al. Effects of hemoglobin levels during pregnancy on adverse maternal and infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. Ann N Y Acad Sci. 2019;1450(1):69-82.
15. Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Garcia-Casal MN, Dowswell T. Daily oral iron supplementation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;2015(7):CD004736.

Derechos de autor: 2026 Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/