



UMF
UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
IULIU HAȚIEGANU
CLUJ-NAPOCA



RUBRICA DISCIPLINEI MEDICINA DE FAMILIE UMF "Iuliu Hațieganu" CLUJ-NAPOCA ȘI A ASOCIAȚIEI MEDICILOR DE FAMILIE CLUJ

PRACTICĂ MEDICALĂ

Ce este nou în practica medicului de familie?

Deficitul de fier în sarcină

Dr. Adalciza Cabalorta^{1,3}, Dr. Maria Marcu^{1,3}, Conf. univ. dr. Aida Puia^{1,2,3}

¹Universitatea de Medicină și Farmacie Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca, România, ²Cabinet Medical Individual Medicină de Familie, Cluj-Napoca, România, ³Medicină de familie

Primit: 18.05.2026 • Acceptat pentru publicare: 31.05.2026

Deficitul de fier reprezintă starea în care organismul nu dispune de suficiente rezerve de fier pentru a satisface necesarul fiziologic. Lipsa fierului, însoțită sau nu de anemie, este o situație frecvent întâlnită în timpul sarcinii, cu consecințe asupra sănătății mamei și a fătului, contribuind la creșterea morbidității și mortalității materne, precum și a celei perinatale (1).

Paraclinic, deficitul de fier se definește ca o valoare a feritinei serice sub 30 ng/ml în cazurile severe (în cele moderate, valorile feritinei sunt cuprinse între 30 și 100 ng/ml) sau o valoare a feritinei sub 50 ng/ml în asociere cu un coeficient de saturație al transferinei mai mare de 20% (2).

Debutul sarcinii este considerat un factor de risc pentru apariția deficitului de fier, iar în această perioadă crește și necesarul de fier al organismului. Creșterea necesarului de fier este susținută de creșterea volumului plasmatic și a volumului sangvin al gravidei, care necesită o sinteză suplimentară de hemoglobină, proces biologic bazat pe un consum ridicat de fier. Totodată, fătul are nevoie de fier

pentru nevoile sale metabolice și de oxigenare, precum și pentru rezervele endogene în perioada postnatală. Placenta este un organ cu activitate metabolică intensă și cu necesar de fier în cantități importante. Ea are și capacitatea de a stoca acest element la nivelul celulelor reticuloendoteliale, compensând necesarul de fier atunci când aportul de la mamă este scăzut (3)

Determinarea rezervelor de fier din organism, prin determinarea feritinei și a coeficientului de saturație a transferinei, este recomandată la gravidele care suferă de talasemie, hemoglobinopatii sau diferite afecțiuni cronice asociate cu anemie; la cele care nu prezintă anemie și la cele care pot prezenta un risc de deficit de fier în timpul sarcinii.

În această categorie intră pacientele cu antecedente de anemie, adolescentele, multiparele, gravidele cu sarcină gemelară sau cele care provin din medii cu statut socio-economic scăzut.

Diferite antecedente personale patologice pot fi implicate în patogeneza deficitului, precum: sângerările din sfera ginecologică/digestivă, hemoragii secundare tratamentului anticoagulant, infecții recurente, boli parazitare, sarcini apropiate ca interval de timp, disgravidia din trimestrul întâi de sarcină.

O alimentație săracă în fier reprezintă un factor de risc pentru dezvoltarea deficitului de fier, în special la persoanele vegetariene sau la cele care consumă alimente care reduc absorbția de fier (alcool, ciocolată, ceai sau cafea) (2).

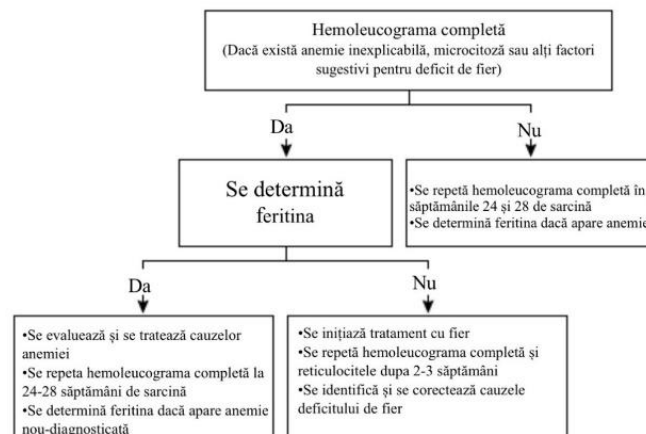
Consensul privind screeningul deficitului de fier în sarcină este susținut de *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (2023), *European Hematology Association* (2024) și grupul australian *Haematology in Obstetrics and Women's Health (HOW)*. Acesta constă în evaluarea valorilor fierului atât la gravidele cu anemie, cât și la cele cu valori normale ale hemoglobinei. Ghidurile consideră că o simplă evaluare a hemoleucogramei nu este suficientă pentru depistarea deficitului de fier, diagnosticul poate fi omis, întrucât instalarea anemiei este tardivă. Pe lângă feritina, în anumite cazuri (paciente cu inflamație, în care feritina este fals crescută) este necesară evaluarea coeficientului de saturație a transferinei. Grupul australian *HOW*, recomandă determinarea feritinei la începutul sarcinii și reevaluarea acesteia în săptămânile 24 și 28 de sarcină. Aceste recomandări diferă de cele ale *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* și *The United States Preventive Services Task Force (USPSTF)*, care susțin doar screeningul pentru anemie, prin evaluarea hemoleucogramei, fără determinarea feritinei sau coeficientului de saturație a transferinei (4).

Se estimează că aproximativ 30% dintre femeile de vârstă reproductivă și aproximativ 40% dintre gravide suferă de anemie, însă un număr important de paciente prezintă deficit de fier, în absența anemiei (4).

Studiul realizat de NHANES (*National Health and Nutritional Examination Survey*), în Statele Unite, în perioada 2003-2023, a evaluat prevalența deficitului de fier precum și a anemiei la 953 de femei însărcinate. Rezultatele obținute în urma acestui studiu au relevat că aproximativ 53% din femeile incluse în eșantion au prezentat deficit de fier, definit printr-un nivel al feritinei <30μg/L, în timp ce aproximativ 10% dintre participante sufereau de anemie de diferite cauze, iar 7% dintre persoanele incluse în eșantion prezentau anemie feriprivă. Un aspect important obținut în acest studiu este reprezentat de faptul că la aproximativ 87% din gravidele cu deficit de fier, valoarea hemoglobinei era în limite normale, ceea ce sugerează faptul că screening-ul hemoglobinei, fără markerii specifici pentru identificarea depozitelor de fier, cum ar fi feritina, nu ar fi identificat această problemă. Feritina este și un reactant de fază acută, iar prevalența reală a deficitului poate fi subestimată, întrucât valorile acesteia pot fi crescute în contextual unui proces inflamator (5).

Un algoritm pentru depistare deficienței de fier la femeia însărcinată, ușor aplicabil în medicina primară este prezentat în figura 1.

Figura 1. Algoritm de evaluare a deficitului de fier (4)



Anemia reprezintă scăderea valorilor hemoglobinei, a numărului de hematii și a hematocritului. În sarcină, anemia este definită în funcție de trimestru:

- Primul trimestru: hemoglobină <11 g/dL (hematocrit <33%);
- Al doilea trimestru: hemoglobină <10,5 g/dL (hematocrit <32%);
- Al treilea trimestru: hemoglobină <11 g/dL (hematocrit <33%);
- Postpartum: hemoglobină <10 g/dL (hematocrit <30%).

Factori sugestivi pentru deficiența de fier sunt deficiența de fier menționată în istoricul personal al gravidei, sindroame de malabsorbție, menstrre abundente, multiparitate, simptome legate de deficitul de fier: sindromul picioarelor neliniștite, pica ș.a..

Printre consecințele deficitului de fier asupra sănătății mamei se numără: preeclampsia, fatigabilitatea, scăderea capacității funcționale, afectarea funcției tiroidiene, insuficiența cardiacă. Acest deficit este corelat cu un risc crescut de naștere prematură, abrupție placentară, naștere prin cezariană, vindecarea deficitară a plăgilor, necesitatea transfuziilor sangvine din cauza hemoragiilor la naștere, care contribuie la o mortalitate crescută maternă. Pe lângă acestea, poate crește riscul de progresie către anemie feriprivă (6).

Efectele deficitului de fier asupra fătului sunt reprezentate de prematuritate, restricția de creștere intrauterină, greutate mică la naștere, apariția ulterioară a anemiei (5). Deficitul are efecte directe asupra dezvoltării neurologice ulterioare a copilului prin posibile tulburări de comportament, afectare cognitivă, dar și prin afectarea dezvoltării motorii (6).

Terapia orală cu fier este recomandată în primul trimestru de sarcină, iar în al doilea trimestru de sarcină este rezervată doar formelor ușoare de anemie, atunci când este tolerată.

Terapia cu fier administrată pe cale intravenoasă este indicată în trimestrul doi și trei de sarcină în condițiile în care este prezentă cel puțin una din următoarele situații (5):

- Hemoglobina ≤ 10 mg/dl;
- Intoleranță sau nonaderență la terapia orală cu fier;
- Interferențe cu absorbția orală a fierului;
- Ineficiența terapiei orale cu fier;
- Sarcină peste 30 săptămâni.

În **concluzie**, deficitul de fier, cu și fără anemie, în timpul sarcinii este foarte răspândit și are consecințe atât asupra sănătății mamei cât și asupra copilului, în ciuda terapilor eficiente disponibile. Nu dispunem de evidențe clare privind momentul și frecvența ideale pentru screening, fiind necesar să se ajungă la un consens privind pragurile optime de diagnostic, necesitatea tratamentului fiind însă o certitudine.

Conflict de interese: nu există

Acknowledgement: Toți autorii au avut contribuție egală la acest articol

Bibliografie

1. Auerbach M, DeLoughery TG, Tirmauer JS. Iron Deficiency in Adults: A Review. *JAMA*. 2025;333(20):1813-1823. Available from: doi: 10.1001/jama.2025.0452. PMID: 40159291.
2. Mureșan D, Vlădăreanu R. (coord.). *Anemia feriprivă la gravidă*. Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România. 2023.
3. Georgieff MK. Iron deficiency in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;223(4):516-524. Available from: doi: 10.1016/j.ajog.2020.03.006. Epub 2020 Mar 14. PMID: 32184147; PMCID: PMC7492370.
4. UpToDate. Auerbach M, Landy HJ, DeLoughery TG. *Anemia in pregnancy*. Available from: <https://www.uptodate.cn/contents/anemia-in-pregnancy> [Accessed 10th May 2026].
5. Weyand AC, Triebwasser JE, Chaitoff A. Prevalence of Iron Deficiency and Iron Deficiency Anemia in US Pregnant Individuals, 2003-2023. *Am J Hematol*. 2026;101(5):1119-1121. Available from: doi: 10.1002/ajh.70207. Epub 2026 Jan 15. PMID: 41540664.
6. Juul SE, Derman RJ, Auerbach M. Perinatal Iron Deficiency: Implications for Mothers and Infants. *Neonatology*. 2019;115(3):269-274. Available from: doi: 10.1159/000495978. Epub 2019 Feb 13. PMID: 30759449.