

El Hierro en la menopausia y edad anciana

La anemia es un problema frecuente en las personas mayores y está relacionada con un aumento de la morbilidad y mortalidad.¹



La **prevalencia de la anemia** se incrementa con la edad, pudiendo oscilar en ancianos (± 65 años) entre el **48%** y el **60%**.

La existencia de anemia se asocia a menor resistencia física y mayor riesgo de discapacidad, ambos factores de riesgo independientes de caídas.¹

Es una enfermedad potencialmente reversible, por lo que es necesario realizar pruebas diagnósticas para conocer la etiología y establecer el tratamiento, pues el envejecimiento en sí no produce anemia.²



LA OPINIÓN DE LOS EXPERTOS

Dr. Ignacio Cristóbal García. Ginecólogo

Dr. Rodrigo Orozco Fernández. Ginecólogo

Dr. Antonio Roque Pico. Médico de familia
Diplomado en Geriatria y Gerontología

meiji

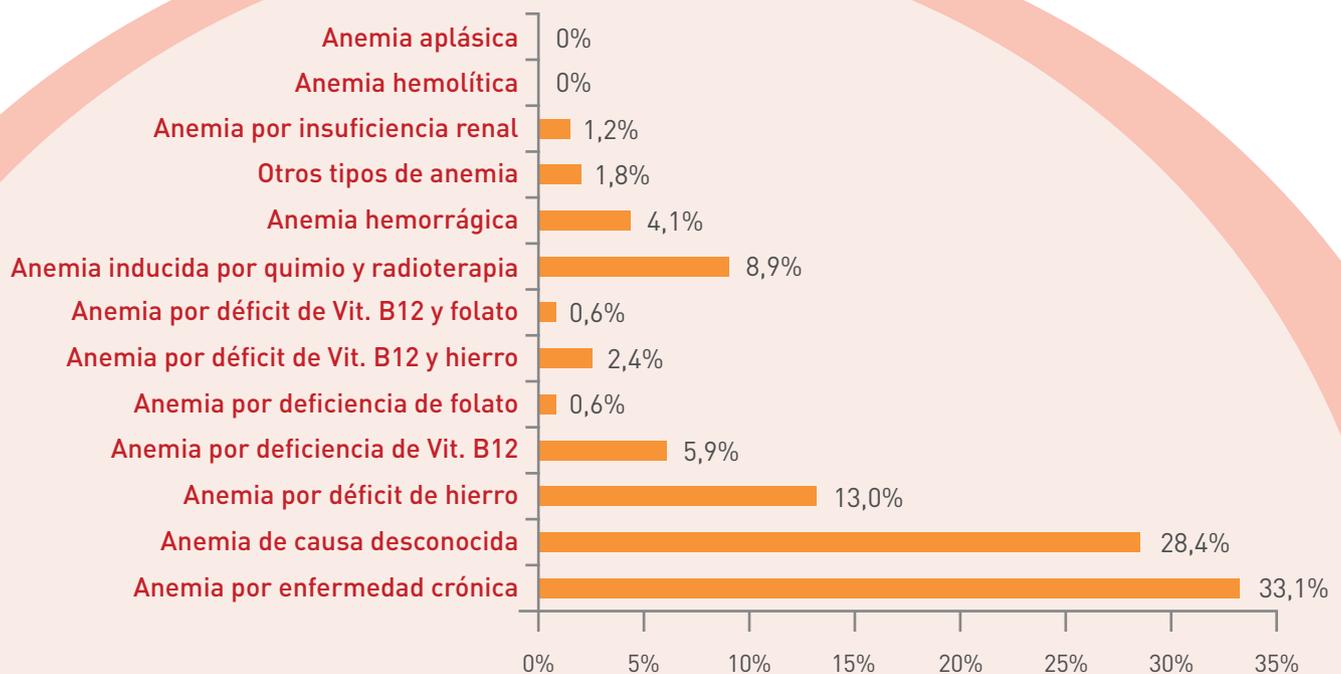
Meiji Pharma Spain, S.A.



Los síntomas de la anemia en ancianos son: dificultad para respirar, palpitaciones, cansancio y letargo.³

Su etiología es compleja, pero se puede dividir en tres grandes grupos:^{4,5}

- **Anemia por deficiencia nutricional:** falta de hierro, vitamina B12 o folato. La más frecuente es la anemia por deficiencia de hierro caracterizada por baja ferritina sérica y saturación de transferrina.
- **Anemia por enfermedad crónica:** inadecuada producción de eritropoyetina y disminución de la absorción de hierro. Está asociada a enfermedad inflamatoria crónica, enfermedad renal crónica, infecciones y cáncer.³
- **Anemia de causa desconocida:** de origen multifactorial.



Prevalencia de los distintos tipos de anemia en los ancianos (Adaptado de Sulimiera et al. 2018)

Consecuencias de la anemia en el anciano:^{1,6}

Reducción de la fuerza muscular

- Reducción actividad física
- Reducción movilidad
- Dependencia en AIVD y ABVD
- Aumento de caídas
- Malnutrición

Deterioro de las funciones cognitivas

- Demencia
- Estados confusionales

Aumento de la mortalidad

Reducción de la calidad de vida percibida



El tratamiento de la anemia en el anciano depende de la etiología. En el caso de la anemia ferropénica, se basa en hierro oral siempre que sea posible, ya que la vía parenteral se reserva para situaciones especiales por la alta frecuencia de sus reacciones de intolerancia.⁷

Bibliografía

1. Urrutia A, et al. Anemia en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010;45(5):291-297.
2. Solís J, Montes M. Situaciones clínicas más revelantes: Anemias. Tratado de Geriatria para residentes. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 2014. 64: 655-665.
3. Mulley G, et al. Anaemia in elderly patients. Clin Med. 2007;7(5):501-504.
4. Sulimiera S, et al. Comorbidities, repeated hospitalizations, and age ≥80 years as indicators of anemia development in the older population. Ann Hematol. 2018;97:1337-1347.
5. Stauder R, et al. Anemia in the elderly: clinical implications and new therapeutic Concepts. Haematol. 2014; 99(7):1127-1130.
6. Fortún A, et al. Causas de anemia y relación de la hemoglobina con la edad en una población geriátrica. Rev Cienc Med Pinar del Río. 2018; 22(4): 689-696.
7. Rico J, et al. Anemias en el anciano y su tratamiento. Invest Clin. 2005;8(3):256-260.

La opinión del experto



Dr. Ignacio Cristóbal García

Director del Instituto de la Mujer.
Hospital Clínico San Carlos (Madrid)



Dr. Rodrigo Orozco Fernández

Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Hospital Universitario Quirónsalud (Málaga)

¿Sigue siendo importante el hierro para la mujer durante y después de la menopausia?

La menopausia es un periodo de la vida de la mujer en el que existen unos requerimientos alimenticios especiales. **Las mujeres que han alcanzado el climaterio tienen mayor riesgo de sufrir anemia, sobre todo, si existen condiciones nutricionales carenciales en esta etapa.**¹

El cansancio suele ser el primer síntoma que nos avisa de una posible falta de hierro, dado que suele asociarse a una disminución de los niveles de hemoglobina y por tanto, a una menor capacidad de transporte de oxígeno en la sangre.

Una disminución de hierro en la menopausia puede manifestarse también como una **disminución en la capacidad de concentración, cefalea o caída del pelo.**

Un estudio de la Universidad de Arizona, concluye que un consumo inadecuado de hierro, vitamina B12 y folato está relacionado, con un aumento del 10-20% del riesgo de sufrir anemia. Es importante atender a los signos que envía nuestro organismo, en especial si no se sigue una alimentación variada como la dieta mediterránea.²

“La prevalencia de anemia en mujeres mayores oscila entre el 3 y el 47 % de los casos”

En su opinión, ¿es necesaria la suplementación de hierro en esta etapa?

Una vez que las mujeres completan su vida reproductiva y entran en la menopausia, la anemia se hace menos prevalente. Se ha señalado en diversos estudios que **la prevalencia en mujeres mayores oscila entre el 3 y el 47 % de los casos.**³ Entre los 50 y 64 años, sólo el 6,8 % de las mujeres son anémicas,⁴ para incrementarse poco a poco desde esa edad en adelante.

Las recomendaciones de ingesta de vitaminas y minerales en esta etapa de la vida de la mujer serán las mismas que para el resto de población, con la salvedad del calcio, ya que es fundamental una ingesta adecuada de este mineral para la prevención de osteoporosis.

“La alimentación de la mujer en la menopausia debe incluir todos los alimentos que se incluyen en la pirámide nutricional”



La alimentación de la mujer en la menopausia debe **contener todos los alimentos que se incluyen en la pirámide nutricional** y que se aconsejan para la población adulta.

En estudios en mujeres postmenopáusicas⁵ se ha demostrado que, en condiciones normales, la ingesta de hierro con la dieta era superior a las necesidades diarias recomendadas. Por tanto, en mujeres sanas no se considera necesaria la suplementación con hierro.

En su práctica clínica, ¿recomienda la suplementación de hierro a las mujeres de estas edades?

La primera recomendación debe ser el **seguir una dieta rica y variada que permita un adecuado aporte de nutrientes y vitaminas, principalmente folatos, hierro y vitamina B12**. No obstante, ante los signos de alarma, deben hacerse estudios detallados y dirigidos para tratar de buscar un posible problema asociado al déficit de hierro. De la misma forma, **existen una serie de factores de riesgo a tener en cuenta en los que podría ser planteable y válido una suplementación de hierro** para evitar un problema de salud derivado de su carencia.⁶

¿En qué casos es necesaria una suplementación con hierro?

La **suplementación con hierro** sería necesaria en aquellos grupos de mujeres postmenopáusicas con riesgo de padecer anemia:

- Mujeres postmenopáusicas con un **IMC elevado** tienen mayor prevalencia de anemia, pues la **obesidad** se asocia a menor sideremia y disminución de la absorción de hierro. Además, la obesidad se considera un status de inflamación crónica.
- Mujeres con **disminución de la producción gástrica de ácido** por una gastritis atrófica
- Mujeres con **pérdidas sanguíneas**, tales como hernia hiato, hemorroides y con frecuencia en usuarias de antiinflamatorios no esteroideos
- En casos de **insuficiencia renal**, se requiere suplementación de hierro por la disminución de la producción renal de eritropoyetina

“La suplementación con hierro sería necesaria en aquellos grupos de mujeres postmenopáusicas con riesgo de padecer anemia”

Bibliografía

1. Farrell VA, et al. Comparison between dietary assessment methods for determining associations between nutrient intakes and bone mineral density in postmenopausal women. J Am Diet Assoc. 2009. 2. Low MS, Grigoriadis G. Iron deficiency and new insights into therapy. Med J Aust. 2017. 3. Beghe C, Wilson A, Ershler WB. Prevalence and outcomes of anemia in geriatrics: A systematic review of the literature. Am J Med 2004;116 (Suppl 7A):3S-10S. 4. Friedman AJ, Chen Z, Ford P, Johnson CA, Lopez AM, Shander A, Waters JH, van Wyck D. Iron deficiency anemia in women across the life span. J Womens Health (Larchmt). 2012 Dec;21(12):1282-9. 5. Thomson CA, Stanaway JD, Neuhaus ML, Sneltselaar LG, Stefanick ML, Arendell L, Chen Z. Nutrient intake and anemia risk in the Women's Health Initiative Observational Study. J Am Diet Assoc. 2011;111:532-541. 6. Fernández-Gaxiola AC, De-Regil LM. Intermittent iron supplementation for reducing anaemia and its associated impairments in adolescent and adult menstruating women. Cochrane Database Syst Rev. 2019.



La opinión del experto

Dr. Antonio Roque Pico

Médico de familia. Diplomado en Geriátría y Gerontología. Alcobendas (Madrid)

¿En su experiencia, sigue siendo importante el hierro para la mujer anciana?

Los requerimientos de hierro disminuyen en los mayores, siendo en torno a 8-10 mg/día, esto es debido a que aumentan sus depósitos y porque en la mujer no existe la pérdida menstrual. Sin embargo, **en algunos mayores se puede producir un déficit de hierro debido al aporte insuficiente en la dieta o por pérdidas hemáticas** que acontecen ante determinadas situaciones, **como el sangrado intestinal, por presentar una hernia de hiato, en las personas gastrectomizadas, en cuadros de malabsorción, por el estrés y por la toma de medicamentos como los antiácidos que inhiben su absorción.**

Hay estudios suficientes que relacionan la deficiencia de hierro con efectos adversos para la salud y que justifican su corrección mediante la dieta o la terapia con hierro, pero **es importante asegurarse de que las grandes reservas de hierro del organismo no aumentan**, ya que esto puede tener efectos perjudiciales en el cerebro

Los alimentos con alto contenido en hierro son: el hígado, la carne, el pescado, las aves, la yema de huevo y también determinados alimentos vegetales como las lentejas, espinacas, col, lechuga, champiñón, alcachofa, rábanos y frutos secos. El hierro de los vegetales es menos absorbible.^{1,2,3}

En su opinión, ¿es necesaria la suplementación de hierro en esta etapa?

En esta etapa es fundamental una alimentación variada y saludable, asegurando las fuentes de hierro, tanto animales como vegetales. Aunque las necesidades fisiológicas de hierro no difieren entre mujeres posmenopáusicas y ancianas, hay cada vez más pruebas de que el metabolismo del hierro se ve afectado por el proceso de envejecimiento. La inflamación crónica conduce a una absorción menos eficiente. **La identificación de la deficiencia de hierro, a veces, se vuelve un problema debido a los cambios en la hemoglobina (Hb) relacionados con la edad, los efectos de la medicación prescrita para trastornos y enfermedades relacionados con la edad.**³

¿En qué casos es necesaria una suplementación con hierro?

En caso de anemia por déficit de hierro. **La deficiencia de hierro es la causa más frecuente de anemia en los ancianos.** Dado que, los pacientes de mayor edad son generalmente afectados por múltiples trastornos, es difícil definir si el estado de anemia es causado por una falta de suministro de hierro, un aumento de las pérdidas de hierro, trastornos inflamatorios, enfermedades crónicas, o por una interacción de todos estos factores.

“En algunos mayores se puede producir un déficit de hierro debido al aporte insuficiente en la dieta o por pérdidas hemáticas”



Los rangos de corte de los marcadores tradicionales para el estado del hierro no están claramente definidos en las personas mayores y los resultados de las pruebas a veces son difíciles de interpretar. Los **niveles más altos de Hb reducen el riesgo de fragilidad, morbilidad y mortalidad**, que están relacionados de manera proporcional e independiente con la gravedad de la anemia.⁴

En su práctica clínica, ¿recomienda la suplementación de hierro a las mujeres de estas edades?

Es habitual el seguimiento médico del hierro, con el objeto de valorar los casos susceptibles de suplementación si se tiene déficit.

El estudio de la anemia es algo diferente de la población más joven por los distintos condicionamientos físicos, funcionales y de comorbilidad. No obstante, cuando **nos enfrentamos a un anciano con anemia, nuestro propósito debería ser el de poder llegar a conocer su etiología, teniendo siempre en cuenta que dicha anomalía no es explicable simplemente por el envejecimiento.**

Si existe un déficit de hierro y anemia, siempre trato con alimentación y suplementos de hierro, pero **hay que tener en cuenta que la obtención del objetivo terapéutico podría requerir un tratamiento más prolongado en personas mayores que en personas más jóvenes.**^{3,4}

Niveles más altos de Hb reducen el riesgo de fragilidad, morbilidad y mortalidad

Bibliografía

1. López Trigo JA, et al. Alimentación, nutrición e hidratación en adultos y mayores. Guía de buena práctica clínica en Geriátrica. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. 2018. 2. Gil Gregorio P, et al. Alimentación y nutrición saludable en los mayores: mitos y realidades. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. 2017. 3. Fairweather-Fait SJ, et al. Iron status in the elderly. Mech Ageing Dev. 2014; 136-137(100): 22-28. 4. Davide Romano A, et al. Molecular Aspects and Treatment of Iron Deficiency in the Elderly. Int J Mol Sci. 2020; 21(11): 3821.

1. **NOMBRE DEL MEDICAMENTO.** PROFER 40 mg Comprimidos solubles. PROFER 80 mg Granulado para solución oral. PROFER 40 mg Granulado para solución oral 2. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** PROFER 40 mg Comprimidos solubles: Cada comprimido contiene 300 mg (aprox.) de ferrimanitol ovalbúmina (equivalente a 40 mg de Fe²⁺). PROFER 80 mg Granulado para solución oral: Cada sobre contiene 600 mg (aprox.) de ferrimanitol ovalbúmina (equivalente a 80 mg de Fe²⁺). PROFER 40 mg Granulado para solución oral: Cada sobre contiene 300 mg (aprox.) de Ferrimanitol ovalbúmina (equivalente a 40 mg de Fe²⁺). Para la lista completa de excipientes ver sección 6.1. 3. **FORMA FARMACEÚTICA.** PROFER 40 mg Comprimidos solubles: Comprimido soluble. Los comprimidos son oblongos y de color blanco con gotas marrones. PROFER 80 mg Granulado para solución oral: Granulado para solución oral. PROFER 40 mg Granulado para solución oral: Granulado para solución oral. 4. **DATOS CLÍNICOS.** 4.1. **Indicaciones terapéuticas.** PROFER 40 mg Comprimidos solubles y PROFER 40 mg Granulado para solución oral: Profilaxis y tratamiento de la anemia ferropénica y de los estados carenciales de hierro. PROFER 80 mg Granulado para solución oral: Tratamiento de la anemia ferropénica y de los estados carenciales de hierro. 4.2. **Posología y forma de administración.** PROFER 40 mg Comprimidos solubles: 1 ó 2 comprimidos diarios después de la comida principal. Disuélvase el comprimido en 100 ml ó 200 ml de agua y agítese hasta conseguir una disolución uniforme. La solución debe ingerirse inmediatamente. PROFER 80 mg Granulado para solución oral: Adultos: 1 sobre diario después de la comida principal. Niños mayores de 3 años: ½ sobre diario después de la comida principal. Niños menores de 3 años: ¼ sobre diario después de la comida principal. Viértase el contenido del sobre en 100 ml de agua y agítese hasta conseguir una disolución uniforme. La solución debe ingerirse inmediatamente. 4.3. **Contraindicaciones.** No debe administrarse en casos de: - Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes del medicamento. Este medicamento contiene ovalbúmina y, por tanto, no debe ser utilizado en pacientes con hipersensibilidad a proteínas del huevo. - Hemosiderosis y hemocromatosis. - Anemias no relacionadas con déficit de hierro, tales como anemia aplásica, hemolítica y sideroblástica. - Pancreatitis crónica y cirrosis hepática. 4.4. **Advertencias y precauciones especiales de empleo.** PROFER 40 mg Comprimidos solubles: En caso de deficiencia de hierro o anemia, debe establecerse la causa antes de iniciar el tratamiento, que deberá supervisarse por un médico. Se administrará con precaución a pacientes con úlcera gastro-duodenal, inflamaciones intestinales o insuficiencia hepática. PROFER 80 mg Granulado para solución oral y PROFER 40 mg Granulado para solución oral: Se administrará con precaución a pacientes con úlcera gastro-duodenal, inflamaciones intestinales o insuficiencia hepática. Advertencias sobre excipientes: Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa o galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp (insuficiencia observada en ciertas poblaciones de Laponia), insuficiencia de sacarasa-isomaltasa o problemas de absorción de glucosa o galactosa no deben tomar este medicamento. 4.5. **Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Los derivados del hierro pueden reducir la absorción o biodisponibilidad de las tetraciclinas, quinolonas (ciprofloxacino, etc), micofenolato mofetil, bifosfonatos, penicilamina, hormonas tiroideas, levodopa, carbidoopa, c-metilidopa, sales de calcio. La administración de PROFER se disociará como mínimo 2 horas de la administración de cualquiera de estos medicamentos. La absorción del hierro puede incrementarse por la administración simultánea de 200 mg de ácido ascórbico y reducirse con la administración simultánea de antiácidos, colestiramina o inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, pantoprazol, lansoprazol, etc). El cloranfenicol también puede retrasar la respuesta terapéutica al tratamiento con hierro. Las sustancias que pueden formar complejos con el hierro como los fosfatos, fitatos y oxalatos contenidos en algunos alimentos vegetales y en la leche, café y té inhiben la absorción del hierro, por lo que debería espaciarse la administración de PROFER al menos 2 horas de la toma de cualquiera de estos alimentos. PROFER no debe ser administrado conjuntamente con leche ni derivados lácteos. 4.6. **Fertilidad, embarazo y lactancia.** Se han administrado dosis diarias de 300 mg de ferrimanitol ovalbúmina en dos ensayos clínicos controlados a mujeres embarazadas. En uno de estos ensayos se administró dicho principio activo a 172 pacientes embarazadas desde la semana 24 de gestación a la semana 32. En un segundo ensayo clínico se administró a 201 pacientes embarazadas desde la semana 12 de gestación hasta el parto. En ningún caso se detectaron problemas para el feto. No se dispone de datos referentes a la excreción de ferrimanitol ovalbúmina por la leche materna. 4.7. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** La influencia de PROFER sobre la capacidad de conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. 4.8. **Reacciones adversas.** Las siguientes reacciones adversas, se agrupan según su frecuencia en muy frecuentes (≥1/10); frecuentes (≥1/100, <1/10); poco frecuentes (≥1/1.000, <1/100); raras (≥1/10.000, <1/1.000); muy raras (<1/10.000); frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles) y según la clasificación de órganos y sistemas: Trastornos gastrointestinales. Raros: Ocasionalmente, han sido descritas molestias gastrointestinales (dolor epigástrico, náuseas, estreñimiento o diarrea), que suelen remitir al disminuir la dosis administrada o, en su caso, tras la suspensión del tratamiento. Deposiciones con pigmentación negra. Trastornos hepatobiliares. Muy raros: Se ha descrito un único caso de elevación de enzimas hepáticas. Notificación de sospechas de reacciones adversas: Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaram.es>. 4.9. **Sobredosis.** No se han notificado casos de sobredosis. En caso de sobredosis, podría producirse un cuadro de irritación gastrointestinal con náuseas y vómitos. Se recomienda un tratamiento sintomático y la rápida eliminación del fármaco no absorbido. 5. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.** 5.3. **Datos preclínicos sobre seguridad.** La DL50 de ferrimanitol ovalbúmina en ratas y ratones machos y hembras tras la administración oral fue >2000 mg/kg. La DL50 de ferrimanitol ovalbúmina en ratas machos tras administración intravenosa fue 400-1000 mg/kg y en hembras fue >1000 mg/kg. En estudios de protección gastroduodenal con ratas normales y anémicas se ha visto que ferrimanitol ovalbúmina ejerce un efecto protector frente a la toxicidad habitual del hierro observada en otras formulaciones. 6. **DATOS FARMACÉUTICOS.** 6.1. **Lista de excipientes.** PROFER 40 mg Comprimidos solubles: manitol, croscarmelosa sódica, polivinil pirrolidona, estearil fumarato sódico, hidroxipropil celulosa, esencia de café, glicina, sacarina sódica, Pearlitol 200 SD y estearato magnésico. PROFER 80 mg Granulado para solución oral y PROFER 40 mg Granulado para solución oral: esencia de plátano, etil vainillina, lactosa, cloruro sódico y sacarosa. 6.2. **Incompatibilidades.** No aplicable. 6.3. **Periodo de validez.** PROFER 40 mg Comprimidos solubles: 2 años. PROFER 80 mg Granulado para solución oral: 5 años conservado en el embalaje original. PROFER 40 mg Granulado para solución oral: 3 años. 6.4. **Precauciones especiales de conservación.** No requiere condiciones especiales de conservación. Conservar en el envase original. 6.5. **Naturaleza y contenido del envase.** PROFER 40 mg Comprimidos solubles: los comprimidos solubles de PROFER 40 mg se envasan en blísters de Al/Al. Envases de 30 comprimidos. PROFER 80 mg Granulado para solución oral: Envases conteniendo 15 ó 30 sobres monodosis de papel complejo de aluminio con 600 mg de ferrimanitol ovalbúmina. PROFER 40 mg Granulado para solución oral: Envase conteniendo 30 sobres monodosis de papel complejo de aluminio con 300 mg de ferrimanitol ovalbúmina. 6.6. **Precauciones especiales de eliminación.** Ninguna especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. 7. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Meiji Pharma Spain, S.A. Avda. de Madrid, 94. 28802 Alcalá de Henares, Madrid (España). 8. **NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** PROFER 40 mg Comprimidos solubles: 72.852. PROFER 80 mg Granulado para solución oral: 69298. PROFER 40 mg Granulado para solución oral: 59.098. 9. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** PROFER 40 mg Comprimidos solubles: Octubre de 2010. Fecha de la última renovación: Enero 2015. PROFER 80 mg Granulado para solución oral: Fecha de la primera autorización: Septiembre 2007. Fecha de la última renovación: Marzo 2012. PROFER 40 mg Granulado para solución oral: Fecha de la primera autorización: Julio 1991. Fecha de la última renovación: Septiembre 2008. 10. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** PROFER 40 mg Comprimidos solubles: Septiembre 2009. PROFER 80 mg Granulado para solución oral: Diciembre 2018. PROFER 40 mg Granulado para solución oral: Octubre 2009. 11. **PRESENTACIÓN, C.V. Y PVP (IVA).** PROFER 40 mg Comprimidos solubles: envase conteniendo 30 comprimidos solubles de 40 mg de Fe²⁺. C.N.: 672587. PVP (IVA): 14,36 €. PROFER 80 mg Granulado para solución oral, envase con 15 sobres monodosis de 80 mg de Fe²⁺. C.N.: 661499. PVP IVA 14,05 €. PROFER 40 mg Granulado para solución oral, envase conteniendo 30 sobres monodosis de 40 mg de Fe²⁺. C.N.: 656798. PVP (IVA): 14,36. *Aportación al SNS: Normal.*

REFERENCIAS: 1. Ficha Técnica de Profer 40 mg granulado para solución oral. 2. Ficha Técnica de Profer 40 mg comprimidos solubles. 3. Ficha Técnica de Profer 80 mg granulado para solución oral. 4. Idoate Gastearna MA, Gil AG, Azqueta A, Coronel MP y Gimeno M. A comparative study on the gastroduodenal tolerance of different antianaemic preparations. Human & Experimental Toxicology (2003) 22: 137-141

FINANCIADO

profer

Nada más comer

Ferrimanitol ovoalbúmina

En anemia ferropénica



40 mg Prevención ^(1, 2)

SOBRES

1 sobre al día*



Sin sorbitol
Sin gluten

sabor
vainilla-plátano

COMPRIMIDOS

1 comprimido al día*



sabor
café

BLISTER UNIDOSIS

Sin azúcar Sin lactosa
Sin sorbitol Sin gluten



80 mg Tratamiento ⁽³⁾

SOBRES

1 sobre al día



sabor
vainilla-plátano

Sin sorbitol
Sin gluten



Profer 40 mg granulado para solución oral: también indicado en niños y adolescentes (1)
*2 dosis/día con 40 mg en caso de Anemia Ferropénica (1,2)

meiji

Meiji Pharma Spain, S.A.

Ejerce un efecto protector de la mucosa gastroduodenal
frente a la toxicidad habitual del hierro observada en otras formulaciones

ESTUDIO COMPARATIVO vs. hierro proteínsuccinilato y sulfato ferroso ⁽¹⁻⁴⁾