

ANEMIA AGUDA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS... SIN PRISA PERO SIN PAUSA

Natalia Andrea Toloza Cuta, María Martín Lasheras, Ruth María Salas Navareño, Andrea Villanueva García, Jose Luis Gonzalez Boyero, Gracia María García Lara

INTRODUCCIÓN

La anemia se define como una concentración de hemoglobina, hematocrito o masa total eritrocitaria inferior a dos desviaciones estándar respecto a la normal, como resultado de una pérdida sanguínea, hemólisis acelerada de hematíes o reducción en la producción. La anamnesis y una exploración física detallada son claves para orientar el diagnóstico. Se debe solicitar hemograma con reticulocitos, perfil férrico y hepatorenal. La distinción entre anemia aguda o crónica tiene implicaciones terapéuticas, ocurriendo la primera ante un descenso brusco de hemoglobina causado por hemorragia o hemólisis.

CASO CLÍNICO:

❖ Enfermedad actual:

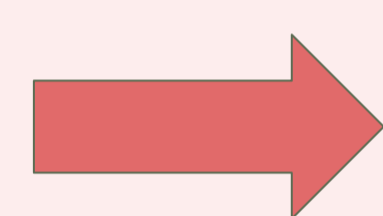
Adolescente de 13 años, deportista de alto rendimiento, derivada al SUE desde consulta externa de traumatología por síncope vasovagal del cual no se recupera en su totalidad.

❖ Exploración física:

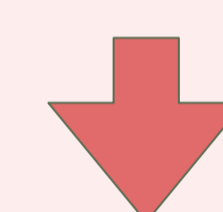
Mediano estado general, sensación de "mareo", palidez de piel y mucosas. Hemodinámicamente estable y con exploración neurológica normal.

❖ Control analítico básico de urgencias:

Hb	<u>7.5 g/dL</u>
Hto	26.4%
VCM	64.4 fl
RDW	16.8
HCM	18.3 pg
CHCM	28.4



Se interrogan causas de sangrado y refiere refiere historia de **menarquia reciente con criterios de polimenorrea.**



Orientación diagnóstica: **anemia ferropénica moderada de origen ginecológico**

❖ Ante la estabilidad hemodinámica con recuperación total del estado general y cifras de Hb no indicativas de transfusión de hemoderivado, se inició tratamiento con hierro oral de forma ambulatoria y suspensión de la actividad deportiva hasta control analítico al mes.

CONCLUSIONES:

1. La anemia es el motivo de consulta hematológica más frecuente en Pediatría, siendo la ferropenia su causa principal. El origen suele ser carencial, pero la anamnesis exhaustiva y la exploración orientan a causas más graves y potencialmente urgentes, como en este caso.
2. El tratamiento de elección es generalmente con hierro oral (4-6 mg/kg/día) en forma de sulfato ferroso, con recomendación de control analítico a los 2 meses; salvo situaciones clínicas límite en las que precisemos un control más precoz. La infusión de hierro IV, debido a sus potenciales efectos adversos sólo está indicada en caso de intolerancia al oral o pérdidas sanguíneas aceleradas.
3. La indicación de transfusión de hemoderivados está reservada en caso de anemia aguda grave, bien por inestabilidad hemodinámica o Hb <7 g/dl. Recordando que, la situación de gravedad clínica puede ocurrir por un descenso brusco de ≥ 2 g/dL de Hb con respecto a la concentración habitual del paciente, aunque se mantenga dentro de los límites normales para la edad y sexo.