

GUIA DE ANEMIAS

**ATENCIÓN PRIMARIA -
HEMATOLOGÍA Enero 2010**

Área de Salud de Plasencia

La anemia (disminución de la concentración de hemoglobina en sangre periférica) es una de las causas más frecuentes de consulta clínica, tanto en Atención Primaria como en otras especialidades. Las manifestaciones clínicas varían en función del grado de hipoxia que ocasiona, de la edad y estado previo del paciente así como del modo de instauración: aguda o crónica.

Metodológicamente para su clasificación estudiaremos la anemia en base a parámetros hematimétricos (VCM o Volumen Corpuscular Medio) e iniciaremos el estudio en basándonos en este parámetro.

ANEMIA MICROCÍTICA (VCM < 79 fl)

1) En la Primera consulta en A. Primaria, una vez constatada la anemia, se debe considerar iniciar el estudio de la siguiente manera (figura 1) con una **Adecuada valoración inicial:**

- Historia Clínica Personal y Familiar
- Exploración física
- Hemograma
- VSG
- Glucosa, urea, creatinina, perfil hepático con bilirrubina y LDH.
- Sideremia, transferrina y ferritina.

2) **Si ferropenia constatada, SIEMPRE INVESTIGAR ORIGEN:**

- Mayores de 45 años: Estudio endoscópico digestivo.
- Menores de 45 años con sintomatología y/o con antecedentes de Ca digestivo: Estudio endoscópico digestivo.
- Si imposibilidad de realización de estudio endoscópico: al menos sangre oculta en heces
- Mujeres en edad fértil: valoración ginecológica a pesar de anamnesis no relevante
- En mujeres en edad no fértil el estudio ginecológico es la anamnesis, por lo que si esta no es relevante se debe realizar estudio digestivo.
- Si no diagnóstico claro, descartar malabsorción y combinación con otros déficits:

Solicitar Vitamina B12 y ácido fólico

Estudio de Enfermedad Celíaca:

Acuerpos Transglutaminasa

Ac Antigliadina/ Anticuerpos antiendomiso.

3) En caso de no ser ferropénica (lo más frecuente), identificar el tipo de Anemia Microcítica buscando otras causas según el esquema adjunto:

- Hemoglobina A2/ Fetal y electroforesis de Hemoglobinas.
- Rx Torax y Abdomen
- Buscar causa de Anemia de Trastornos Crónicos (figura 2)

ANEMIA FERROPENICA

En el caso que la anemia sea ferropénica, lo más importante, además del tratamiento en sí, es la **identificación de la causa** de dicha anemia.

La anemia ferropénica puede deberse a:

- Aumento de los requerimientos (la utilización): gestación, lactancia, crecimiento corporal rápido en la infancia y adolescencia.
- Pérdidas fisiológicas: menstruación
- Pérdidas patológicas:
 - Hemorragia digestiva. El sangrado digestivo crónico es la causa más frecuente en este grupo: hemorragias gástricas por medicamentos (AAS, AINES, corticoides asociados a AINES...), hernia hiatal, diverticulosis, hemorroides. En pacientes mayores de 60 años debe considerarse la posibilidad de neoplasia, sobre todo de colon y la angiodisplasia intestinal.
 - Genito-urinarias
 - Aparato respiratorio
 - Hemólisis intravascular
- Alteraciones en la absorción:
 - Dietas insuficientes: Debe interrogarse siempre acerca de los hábitos dietéticos. El hierro presente en alimentos de origen vegetal como cereales y legumbres tiene baja biodisponibilidad (algunos alimentos como las lentejas tienen excesiva fama de riqueza en hierro). Incluso en carnes y pescados el contenido en Fe es relativamente bajo. En gestantes, niños, mujeres en edad fértil, la dieta puede ser un factor predisponente o causal de deficiencia de hierro. En mujeres postmenopausicas y en el varón la dieta sería causa excepcional de ferropenia.
 - Absorción defectuosa: Gastrectomías parciales o totales, enfermedad inflamatoria intestinal, gastritis atrófica (Combinado con déficit de B12), enfermedad celíaca (causa relativamente frecuente de anemia ferropénica); en algunos casos podría estar indicada la detección de anticuerpos antiendomiso y antigliadina para descartar una enfermedad celíaca no diagnosticada.

El diagnóstico de Anemia Ferropénica viene dado por unos valores de Laboratorio como son: el Hierro sérico o ferritina por debajo de los valores de referencia del laboratorio (según sexo y edad), o saturación de la transferrina <20%

TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPENICA

1. Comprimidos de hierro (II).

- 1) Sulfato Ferroso: **Fero-Gradumet®** tabletas de 525 mg (equivalente a 105 mg de Fe), **Tardyferón®** tabletas de 256 mg (equivalente a 80 mg de Fe).

2) Hierro Glicina Sulfato: **Fero sanol®** comprimidos efervescentes de 100 mg gastrorresistentes (equivalente a 100 mg de Fe) y **Ferbisol®** capsulas gastrorresistentes (equivalente a 100 mg de Fe)

3) Gluconato ferroso: **Losferron®** comprimidos efervescentes (equivalente a 80 mg de Fe)

2. Suspensiones de hierro (II).

1) Hierro glicina sulfato: **Glutaferro gotas®** (30 mg/mL)

Comenzar el tratamiento con hierro (II) sulfato oral a la dosis tolerable (de 80 a 150 mg de Fe, de una a dos veces por día, (3-5 mg/ Kg/ día en niños).

El preparado químico de mejor absorción es el **sulfato ferroso**. La absorción es máxima en ayunas (por la mañana o media hora antes de la comida) y se incrementa con dosis altas simultáneas de ácido ascórbico (200 mg de ascórbico/30 mg de Fe). Se informará al paciente de que se le oscurecerán las heces y que notará ciertas molestias los primeros días tipo "hinchazón", náuseas, etc.. pero es muy importante que cumpla el tratamiento. Los preparados de Hierro deben contener un mínimo de 80-100 mg de Fe elemento por vial para que sea efectivo.

No se aconseja administrar Hierro férrico ni hierro ferroso en combinación con otros complejos vitamínicos.

HIERRO BIVALENTE, PREPARADOS ORALES' **RECOMENDADOS**

<u>Nombre</u>	<u>P.V.P</u>
• FERO GRADUMET 525 (325 MG (105 MG FE) 30 COMP LIB CONTR)	3,28
• TARDYFERON (256.3 MG 30 GRAGEAS)	2,87
• FERRO SANOL (100 MG FE 50 CAPSULAS GASTRORRESISTENT 567.66 MG)	13,57
• GLUTAFERRO GOTAS (170 MG/ML GOTAS 25 ML)	4,06
• LOSFERRON (695 MG (80 MG FE) 30 COMPRIMIDOS EFERVESCENTES)	14,33
• FERBISOL (100 MG FE 50 CAPSULAS GASTRORRESISTENT 567.66 MG)	13,57

ANEMIA NORMOCÍTICA

El estudio de la Anemia Normocítica es debe iniciarse cuando los valores de Hb son menores de 100 g/L, si la anemia es sintomática o si hay sospecha fundada de Enfermedad subyacente.

- 1) En la primera Consulta de A. Primaria una vez constatada la anemia se debe investigar
 - Historia Clínica Personal y Familiar
 - Exploración física
 - Hemograma/reticulocitos/frotis
 - VSG
 - Glucosa, Perfil Renal, Perfil hepático con bilirrubina y LDH.

- 2) En la Segunda Consulta de A. Primaria se deben interpretar los resultados (figura 2) y si no son concluyentes solicitar siguiendo el esquema :.
 - Hormonas tiroideas
 - Vitamina B12 y ácido fólico
 - Proteinograma y Cuantificación de Inmunoglobulinas

- 3)
 - Valorar tratamiento de la enfermedad de base y en algunos casos derivar a la Especialidad correspondiente.

- 4) Si en la morfología de Sangre periférica se indicase algún signo de mielodisplasia se derivaría a Hematología

ANEMIA MACROCÍTICA

En el estudio de macrocitosis (VCM > 103) con o sin anemia se debe valorar inicialmente la presencia de **enfermedad hepática** ya que en la mayoría de los casos la macrocitosis -con anemia o no- es debida a causas **hepáticas** (cirrosis, hepatopatía crónica, hipertensión portal, etc) o **medicación ingerida** (Hydroxiurea, retrovirales), seguido por hipotiroidismo, mielodisplasia, reticulocitosis y otras.

El esquema de estudio sería el siguiente:

- 1) En la primera Consulta de A. Primaria una vez constatada la anemia se debe investigar
 - a. Historia Clínica Personal y Familiar
 - b. Exploración física
 - c. Hemograma/reticulocitos/frotis
 - d. VSG
 - e. Glucosa, Perfil Renal, Perfil hepático con bilirrubina y LDH.
 - f. Sideremia, transferrina y ferritina.
 - g. Hormonas tiroideas
 - h. Vitamina B12 y ácido fólico
 - i. Proteinograma.

2) En la Segunda Consulta de A. Primaria se deben interpretar los resultados (figura 3), valorar tratamiento de la enfermedad de base y en algunos casos derivar a la Especialidad correspondiente.

2) Tratamiento en Déficit de Vitamina B12: SIEMPRE TRATAMIENTO INTRAMUSCULAR

Cianocobalamina 100 microgramos /día durante 7-10 días; posteriormente 100 microgramos una vez a la semana durante cuatro semanas y posteriormente 100 microgramos al mes de forma indefinida.

Las opciones comercializadas son: **Cromatonbic B12®** 100 microgramos y **Optovite B12® 1 mg** (1000 microgramos)