Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):631

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-239 - DIAGNÓSTICO DE ANEMIAS NO FERROPÉNICAS EN LA UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO (2006-2015)

M. Royuela Juncadella, O. El Boutrouki, M. Masanés Gilabert, I. Güell Teixidor, M. Pla Berdier, A. Baraldés Farré, J. Ordeig Calonge

Medicina Interna. Althaia-Xarxa Assistencial. Manresa (Barcelona).

Resumen

*Objetivos:*Las Unidades de Diagnóstico Rápido (UDR) se crean ante la necesidad de agilizar el diagnóstico de enfermedades potencialmente graves en pacientes cuyo estado general permite el estudio ambulatorio. Se realizan las pruebas pertinentes intentando sintetizar el estudio en dos o tres visitas. A la UDR se derivan gran cantidad de anemias para estudio, siendo la ferropénica la más frecuente. Aún así no podemos menospreciar el resto de etiologías. Nuestro objetivo principal es determinar la incidencia y tipos de anemias no ferropénicas detectadas en UDR.

*Material y métodos:*Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes visitados en la UDR de la Xarxa Assistencial Universitària de Manresa de 2006 a 2015 (10 años) diagnosticados de anemia no ferropénica. Se excluyen anemias ferropénicas, así como las hemorrágicas crónicas y anemias mixtas que también presenten déficit de hierro. Se recogen datos demográficos de sexo, edad, procedencia y diagnóstico.

*Resultados:*N = 225. Edad media 71,6 años. Procedencia: 140/225 (62%) Atención primaria, 54/225 (24%) Urgencias, 31/225 (14%) Consultas externas. Etiología: 1. Procesos inflamatorios 114/225 (50,7%) (insuficiencia renal crónica 24 (20%), proceso infeccioso 11 (9,6%), diagnóstico de neoplasia 11 (9,6%), polimialgia reumática 7 (6%), arteritis de Horton 1, artritis reumatoidea 1, artritis psoriásica 1 y multifactoriales). 2. Carencial 38/225 (16,9%) (déficit vitamina B12 27, gastritis-hernia de hiato 10, perniciosa autoinmune 1) e ingesta insuficiente 2/225 (0,9%). 3. Procesos mieloproliferativos 14/225 (6,2%) (mieloma, banda monoclonal, linfoproliferativo). 4. Hepatopatía 9/225 (4%). 5. Dilucional (insuficiencia cardiaca) 9/225 (4%).6. Hemorragia aguda 8/225 (3,6%). 7. Hemolíticas 7/225 (3,1%) (episodio de anemia hemolítica autoinmune 3, microesferocitosis hereditaria 1, saturnismo 1, valvulopatía 1, trombótica idiopática 1). 8. Alteraciones en la producción de médula ósea 7/225 (3,1%) (pancitopenia 4 + anemia/leucopenia 3). 9. Microcítica no ferropénica 6/225 (2,7%) (talasemia). 10. Secundaria a fármacos 3/225 (1,3%). 11. Inespecíficas 3/225 (1,3%) y no confirmadas 5/225 (2,2%) (error de laboratorio).

*Discusión:*En nuestra serie la anemia inflamatoria es la más frecuente (50%), causada principalmente por insuficiencia renal crónica, procesos infecciosos y neoplasias en una población de edad media 71,6 años. Un 17% presenta etiología carencial por déficit de vitamina B12, alteración del factor intrínseco o lesiones gástricas o en íleo terminal. No olvidar alteraciones de

médula ósea, causas hemolíticas, hemorragias agudas inadvertidas sin inestabilidad hemodinámica, hepatopatía, causas dilucionales o secundarias a fármacos o tóxicos. Aunque infrecuentes, hay que tener presentes errores de laboratorio, por lo que es necesario confirmar los valores de hemoglobina así como el método de extracción.

*Conclusiones:*La anemia es una patología muy prevalente y de etiología variable, siendo en muchas ocasiones un signo importante para la detección de patologías subyacentes, tributarias de ser estudiadas en UDR en función de su gravedad.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.