



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/1035 - Optimización de Hemoglobina en paciente pendiente de reemplazo de artroplastia de cadera

L. Gómez Sánchez^a, F.J. Arroyo Fernández^b, T. Gómez Sánchez^c, E.A. López Gómez^d, C.E. Romero Jiménez^e y M. Crespo Cañete^f

^aMédico de Familia. Centro de Salud Monóvar. Madrid. ^bAnestesiólogo. Reanimación y Tratamiento del Dolor; ^cCirujano General y del Aparato Digestivo; ^dMédico de Familia. Hospital de la Línea de la Concepción. Cádiz. ^eMédico de Familia. Hospital Costa del Sol. Marbella. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Velada. La Línea de la Concepción.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 75 años pendiente de recambio de prótesis de cadera. El paciente es remitido desde la Consulta de Preanestesia a la Consulta de Atención Primaria para optimizar la anemia encontrada (Hb: 11,7 g/dl).

Exploración y pruebas complementarias: Antecedentes Personales: hipertenso bien controlado, artrosis y hemorroides. Tratamiento: enalapril e Ibuprofeno a demanda. Anamnesis: dispesia y crisis hemorroidal con sangrado escaso desde hacía 2 semanas. Se repite y amplía hemograma: Hb 11,5 g/dl, VCM 70fL, HCM 25 g/100 ml, ferritina 12 ng/ml, transferrina 42 mg/dl.

Juicio clínico: Anemia ferropénica microcítica hipocrómica.

Diagnóstico diferencial: Es importante diferenciar la anemia de trastornos crónicos de la producida por déficit de hierro, ya que el tratamiento es distinto. En este caso, la anemia ferropénica probablemente fuese multicausal, por el sangrado abundante en la cirugía previa y por el abuso de ibuprofeno que fomentó el sangrado con la crisis hemorroidal y la gastritis.

Comentario final: La prevalencia de anemia en pacientes programados para cirugía ortopédica oscila entre el 21% y 39%. La cirugía de rescate de prótesis cadera es potencialmente sangrante. Resulta imprescindible un diagnóstico etiológico preciso, para hacer desaparecer las causas y prescribir un tratamiento farmacológico correcto. Se sustituyó el Ibuprofeno por metamizol y paracetamol y se pautó omeprazol más sulfato de hierro 325 mg/día vía oral. Para que la terapia de hierro oral sea efectiva deben pasar al menos 4 semanas. Con Hb en 12,3 g/dl fue intervenido sin necesidad de transfusión perioperatoria. La transfusión sanguínea se asocia a problemas de disponibilidad por la demanda creciente y la relación con riesgos potenciales infecciosos, inmunológicos y de sobrecarga de citrato e hierro. Un circuito eficiente entre los profesionales médicos implicados en el proceso de valoración preanestésica, en la optimización de la hemoglobina quirúrgica desde Atención Primaria y en la programación de la cirugía; resulta crucial para disminuir las transfusiones perioperatorias.

Bibliografía

1. Basora M, Colomina MJ, Moral V et al. Descriptive Study of perioperative transfusion practices in Spanish hospitals. TATM. 2008;10:9-16.

2. Cuenca J, García-Erce JA, Martínez F, et al. Preoperative haematinics and transfusion protocol reduce the need for transfusion after total knee replacement. *Int J Surg.* 2007;5:89-94.
3. Llau JV, Misericordia Basora, Gómez A, Moral V. *Tratado de medicina tranfusional perioperatoria.* Barcelona: Elsevier, 2010.

Palabras clave: *Anemia por déficit de hierro. Transfusión sanguínea.*