

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE ANEMIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: EXPERIENCIA DE 4 AÑOS EN HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO POLIVALENTE

DESCRIPTIVE ANALYSIS OF ANEMIA IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: 4-YEAR EXPERIENCE IN A MULTIPURPOSE PEDIATRIC DAY HOSPITAL

AUTORES: ENRIQUEZ, ROCIO*; SERRANO, NURIA**; VANS LANDSCHOOT, FLORENCIA**; KANTOR, GUSTAVO***; MARCIANO, GABRIEL****

LUGAR DE TRABAJO: HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO POLIVALENTE Y SERVICIO DE HEMATOLOGÍA - HOSPITAL CARLOS G, DURAND. AV DIAZ VELEZ 5044- CP: 1405 - CABA. ARGENTINA

*MÉDICA BECARIA HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO POLIVALENTE

**MÉDICA DE PLANTA HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO POLIVALENTE

***MÉDICO DE PLANTA SERVICIO DE HEMATOLOGÍA

****JEFE DE SECCIÓN HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO POLIVALENTE



ABSTRACT

INTRODUCTION: Anemia is a global and national public health issue in Argentina. It is defined by low hemoglobin levels and may result from decreased production (mostly iron deficiency), increased destruction (hemolytic anemia), or blood loss. Despite ongoing efforts, iron deficiency remains the most common cause.

METHODOLOGY: An observational, retrospective, descriptive, and cross-sectional study (January 2021-June 2025) was conducted at the Pediatric Day Hospital. Forty patients aged between 1 month and 18 years diagnosed with anemia were included. Sociodemographic, clinical, laboratory, and management variables were analyzed.

RESULTS: Forty patients were followed. Pallor was the main presenting symptom (57.5%).

Iron-deficiency anemia was the most prevalent type (72.4%), followed by vitamin B12 deficiency (20%). Among adolescents, 43% of iron-deficiency anemia cases were associated with menorrhagia and 57% with insufficient dietary intake. Twenty-five percent required blood transfusion.

DISCUSSION: Findings confirm the high prevalence of anemia among infants and adolescents. In adolescents, anemia related to menstrual blood loss and nutritional deficiencies (including unsupervised vegetarian or vegan diets) is noteworthy, often occurring in a context of socioeconomic vulnerability. In children under five years of age, anemia persists despite high supplementation rates, suggesting additional contributing factors. Vitamin B12 deficiency was concentrated in children under two years, associated with exclusive breastfeeding (possibly due to maternal deficiency). Low treatment adherence remains a major challenge.

STUDY LIMITATIONS: Heterogeneity and variability in the documentation of medical records.

CONCLUSIONS: A comprehensive and individualized approach is required, emphasizing early suspicion and accurate diagnosis. Nutritional education, careful evaluation of menstrual cycles in adolescents, and strategies to improve treatment adherence are crucial.

RESUMEN

INTRODUCCION: La anemia es un problema de salud pública global y en Argentina. Se define por bajos niveles de hemoglobina y puede ser por baja producción (mayormente ferropénica), aumento de destrucción (hemolítica) o pérdida de sangre. A pesar de los esfuerzos, la deficiencia de hierro persiste, siendo la causa más común.

METODOLOGÍA: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal (enero 2021-junio 2025) en Hospital de Día Pediátrico. Se incluyeron 40 pacientes entre 1 mes y 18 años con anemia. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, de laboratorio y de manejo.

RESULTADOS: Se siguieron 40 pacientes. La palidez fue el síntoma principal (57.5%). La anemia ferropénica fue la más prevalente (72.4%), seguida por déficit de B12 (20%). En adolescentes, el 43% de la ferropénica se asoció a hipermenorrea y el 57% a hipoaporte (dieta). El 25% requirió transfusión.

DISCUSIÓN: Los hallazgos confirman la alta prevalencia en lactantes y adolescentes. En adolescentes, la anemia por sangrado menstrual y deficiencias nutricionales (incluyendo dietas vegetarianas/veganas sin supervisión) son relevantes, a menudo en contexto de dificultad socioeconómica. En menores de 5 años, aunque la suplementación fue alta, persiste la anemia, sugiriendo otros factores. El déficit de B12 se concentra en menores de 2 años, asociado a lactancia materna exclusiva (posiblemente por deficiencia materna). La baja adherencia es un desafío.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO: Heterogeneidad y variabilidad en el registro de la información en las historias clínicas.

CONCLUSIONES: Se requiere un enfoque integral y personalizado, con sospecha temprana y diagnóstico preciso. Es crucial enfocarse en la educación nutricional, la evaluación rigurosa del ciclo menstrual en adolescentes, y mejorar la adherencia al tratamiento.

Keywords: Anemia, infants, adolescents, pediatric day hospital

Palabras Clave: Anemia, niños, adolescentes, hospital de día pediátrico

INTRODUCCIÓN

La anemia se define como una reducción de la concentración de hemoglobina (Hb) o del volumen de eritrocitos por debajo del segundo desvío estandar respecto de la media para edad y sexo, estos valores se pueden observar en la tabla 1 y 2. Se deben tener en cuenta las adaptaciones fisiológicas presentadas por ejemplo en las poblaciones que viven en altura, dado que por cada 1000 metros sobre el nivel del mar la Hb aumenta 1.52 g/dl. 5,6 A nivel mundial la anemia es un problema de salud pública, dado que tiene consecuencias sobre la salud individual, pero también sobre aspectos sociales y económicos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en un informe realizado en el 2021, estimó que 500 millones de mujeres entre 15 y 49 años presentaban anemia, mientras que la población de entre 6 y 59 meses era de 269 millones en todo el mundo. Asia y África son las regiones más afectadas a nivel global. En Argentina, hay estudios que informan que el 34,1 % de los niños menores de 2 años y el 50,8 % de los lactantes de 6 a 9 meses presentan anemia.^{6,8}

En relación a la etiología se puede clasificar según la fisiopatología en:

- Disminución en la producción de glóbulos rojos, siendo la anemia por deficiencia de hierro (ferropénica) la forma más prevalente en la población pediátrica. Esta es frecuentemente atribuible a una ingesta dietética insuficiente, particularmente en lactantes y preescolares con alto consumo de leche de vaca que desplaza alimentos ricos en hierro y dificulta su absorción. Otras deficiencias nutricionales son las de folato o vitamina B12, mientras que las anemias asociadas a enfermedades crónicas y trastornos primarios de la médula ósea también contribuyen a la hipoproducción, pero en menor medida en esta población.⁴

- El aumento de la destrucción de glóbulos rojos, o hemólisis, engloba las anemias hemolíticas. Estas pueden ser de origen hereditario, como las hemoglobinopatías (anemia falciforme, talasemias) y los defectos de membrana o enzimáticos eritrocitarios, o adquiridas, incluyendo anemias hemolíticas autoinmunes e inducidas por infecciones o fármacos.⁴

- Finalmente, la pérdida sanguínea, aguda o crónica, representa otra causa significativa. Las hemorragias gastrointestinales ocultas son particularmente relevantes en la etiología de la anemia ferropénica en niños mayores, mientras

que sangrados agudos por traumatismos o cirugía, y la menorragia en adolescentes, son fuentes evidentes de depleción eritrocitaria.⁴

Como se mencionó previamente, la causa más frecuente de anemia es la deficiencia de hierro; su incidencia en países de bajos y medianos ingresos es 2,5 veces mayor que en países de altos ingresos o desarrollados. Siendo los grupos más vulnerables los niños menores de 5 años, las niñas adolescentes, las mujeres embarazadas y el posparto. A pesar de los avances en políticas de salud pública para combatir el déficit de hierro en los últimos años, persisten desafíos significativos. Entre las medidas implementadas se incluyen la recomendación de la ligadura tardía del cordón umbilical, las Leyes 25459/01 y 25630/02 de legislación para la fortificación de alimentos con hierro, zinc y vitaminas, y la provisión gratuita de sulfato ferroso a embarazadas y a niños menores de 5 años.⁶ Sin embargo, la realidad evidencia una insuficiente prescripción de sulfato ferroso en niños de 6 a 24 meses: preocupa que el 32% no lo reciba por falta de indicación médica, a pesar de su disponibilidad y acceso gratuito. El tratamiento y la prevención de la anemia dependen de la causa subyacente de la enfermedad. Nuestro objetivo es determinar los factores de riesgo asociados a la anemia en los pacientes pediátricos atendidos en el servicio, con el fin de optimizar las intervenciones, para la prevención y el manejo integral de los diferentes tipos de anemia.

METODOLOGÍA

● Diseño del estudio

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal de los casos de anemia en pacientes pediátricos con seguimiento por Hospital de Día Pediátrico en Hospital Carlos G. Durand. El periodo comprendido abarcó desde enero de 2021 a junio de 2025.

● Población

La muestra fue obtenida a partir de la base de datos de los pacientes ingresados en el Hospital de Día Pediátrico.

● Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron todos los pacientes de entre 1 mes y 18 años, con diagnóstico de anemia, que realizaron seguimiento en nuestra sección durante el periodo analizado. Se excluyeron neonatos, pacientes de seguimiento ambulatorio en consultorios externos y adolescentes sin seguimiento en Hospital de Día e historias clínicas incompletas.

● Selección y tamaño de la muestra

Se incluyó en el estudio a la totalidad de pacientes pediátricos diagnosticados con anemia que fueron atendidos en el Hospital Carlos G. Durand en el periodo estudiado, y que cumplieron con los criterios de inclusión previamente establecidos.

● Recolección de los datos

Se obtuvieron los datos a partir de la revisión de las historias clínicas previamente seleccionadas. Los mismos fueron registrados en una planilla de excel, específicamente diseñada para tal fin. Se incluyeron en el estudio:

- Variables Sociodemográficas: edad del paciente (años y meses al momento del diagnóstico de anemia, posteriormente se utilizara esta variable para estratificar los datos por grupos etarios relevantes), edad materna, factores de riesgo sociales (económicos, falta de accesos a servicios de salud, violencia intrafamiliar, inseguridad alimentaria, entre otros).
- Variables propias del paciente: antropometría al momento del diagnóstico de anemia (peso en kg, talla o longitud corporal (según corresponda) en cm, perímetro cefálico en cm, IMC, con los percentiles según las curvas correspondientes. Se evaluará a través de estos datos el estado nutricional del paciente. Edad gestacional y peso al nacimiento. Antecedente de patologías crónicas, infecciones recurrentes o malformaciones congénitas. Evaluación del neurodesarrollo y alimentación: patrón alimentario y suplemento con hierro y/o vitaminas.
- Variables Ginecológicas (para pacientes adolescentes): menarca (edad en años), duración de días en cada ciclo menstrual, cantidad de sangrado con una escala cuantitativa (toallitas o tampones por día), uso de anticonceptivos o medicación que pueda disminuir el sangrado.
- Variables de Laboratorio: las mismas se registrarán con sus valores numéricos y se interpretarán de acuerdo con los rangos de referencia específicos para la edad y el sexo del paciente. Se incluyen perfil férrico, vitamina b12, ácido fólico, coagulograma, pruebas de adhesión plaquetaria, medición de factores de coagulación y electroforesis de hemoglobina, según corresponda a la sospecha diagnóstica de cada paciente analizado.
- Variables clínicas y de manejo de la anemia: tipo de anemia (microcítica, macrocítica, hemolítica,

ferropénica, megaloblástica), clínica, complicaciones o requerimiento de internaciones, tratamiento instaurado y respuesta al tratamiento (en los casos donde se continuó el seguimiento del paciente).

● **Análisis estadístico** Se utilizaron diversas variables para este estudio. Éstas se clasificaron en distintas categorías según su naturaleza y nivel de medición, permitiendo un análisis adecuado de los datos recolectados. Se incluyeron variables cuantitativas de razón, variables cualitativas nominales y variables cualitativas ordinales. Para las primeras se calcularán la media, mediana y la desviación estándar para describir la tendencia central y la dispersión de los datos. Para las variables cualitativas, se presentarán las frecuencias absolutas y relativas. Para el análisis se utilizó el software Microsoft Excel® (versión 2021, Microsoft Corporation).

● **Consideraciones éticas** Se garantizó en todo momento la confidencialidad y privacidad de los pacientes, siguiendo los principios éticos para la investigación en seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki. Debido a las características del estudio, no resultó necesario obtener consentimiento informado individual. Asimismo, se declara la ausencia de conflictos de interés y de apoyo financiero o beca.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado de 4 años, se realizó seguimiento de 42 pacientes con anemia en edad pediátrica, de los cuales 2 se excluyeron por historias incompletas. En el gráfico 1 se puede observar la presentación anual de casos. El rango de edad fue de 1 mes a 18 años, con una mediana de 12 años (DE: 6.68 años).

El análisis de los datos clínicos reveló un espectro de síntomas asociados a la anemia en la población estudiada, la palidez cutaneomucosa fue el síntoma más consistentemente reportado, presente en 57.5% de los casos. La fatiga y la astenia se manifestaron en 22.5% de los pacientes, impactando su nivel de actividad y rendimiento. Otros hallazgos significativos incluyeron mareos y cefalea (7.5%), y alteraciones en el desarrollo psicomotor (15%) de los pacientes, de estos 2 presentaban anemia por déficit de b12 y 4 anemia ferropénica por hipoaporte. Síntomas menos comunes pero relevantes, como la pica, se registró en un único paciente. Mientras que un 15% fueron asintomáticos.

Edad	Peso de nacimiento			
	< 1000 g	1001-1500 g	1501-2000 g	> 2000 g
Nacimiento	16,5 (13,5)	16,5 (13,5)	16,5 (13,5)	16,5 (13,5)
24 horas	19,3 (15,4)	18,8 (14,6)	19,4 (15,6)	19,3 (14,9)
2 semanas	16,0 (13,6)	16,3 (11,3)	14,8 (11,8)	16,6 (13,4)
1 mes	10,0 (6,8)	10,9 (8,7)	11,5 (8,2)	13,9 (10,0)
2 meses	8,0 (7,1)	8,8 (7,1)	9,4 (8,0)	11,2 (9,4)
3 meses	8,9 (7,9)	9,8 (8,9)	10,2 (9,3)	11,5 (9,5)

Los valores entre paréntesis expresan el límite inferior normal (media - 2 DE).

DE: desvío estándar.

Tabla 1. Valores promedio normales de hemoglobina (g/dL) durante los primeros 3 meses de vida de acuerdo con el peso de nacimiento

Edad	Hemoglobina (g/dL)	Hematocrito (%)
De 6 a 23 meses	12,5 (11,0)	37 (33)
De 2 a 4 años	12,5 (11,0)	38 (34)
De 5 a 7 años	13,0 (11,5)	39 (35)
De 8 a 11 años	13,5 (12,0)	40 (36)
De 12 a 14 años		
Mujer	13,5 (12,0)	41 (36)
Varón	14,0 (12,5)	43 (37)
De 15 a 17 años		
Mujer	14,0 (12,0)	41 (36)
Varón	15,0 (13,0)	46 (38)
Adulto		
Mujer	14,0 (12,0)	42 (37)
Varón	16,0 (14,0)	47 (40)

Los valores entre paréntesis expresan el límite inferior normal (media - 2 DE).

DE: desvío estándar.

Tabla 2. Valores normales de hemoglobina y hematocrito durante la infancia y la adolescencia

En el grupo de estudio, se registraron factores de riesgo y condiciones asociadas que podrían influir en el cuadro anémico. Específicamente, dos pacientes presentaban morbilidad concomitante, a saber: tuberculosis y síndrome nefrótico. Por otra parte, se incluyeron dos pacientes adolescentes en estado de gravidez temprana (primer trimestre). Un análisis detallado de la dieta de la población revela que el 40% presenta algún tipo de alteración nutricional. Dentro de este grupo, el 32,5% padece de una alimentación deficiente o selectividad alimentaria, factores que contribuyen a un mayor riesgo de desarrollar anemia. Es importante destacar que un 7,5% adicional corresponde a individuos que siguen una dieta vegetariana. La anemia ferropénica fue la más prevalente, alcanzando un 72,4% de los casos. Otros tipos de anemia incluyeron el déficit de B12 con un 20%, la anemia hemolítica autoinmune en un 7% y la anemia de procesos crónicos con un 2%. En el gráfico 2 se puede observar la incidencia según grupo etario.

De los pacientes con anemia ferropénica, 43% se asumieron secundarias a hipermenorrea, mientras que un 57% se asociaban con hipoaporte. En el primer grupo, la edad media de la menarca fue de 10,8 años, con un rango de 10 a 13 años. Esto se traduce en una edad ginecológica media de 3,3 años, con un rango de 1 a 7 años, lo que indica que estas pacientes se encontraban en las primeras etapas de su ciclo menstrual. Un 30% de las pacientes referían sangrados menstruales por más de una semana, y en la totalidad de la muestra un valor medio de sangrado de 7,43 días, con un promedio de uso de 6 a 7 paños por día. Se tomaron muestras para parásitos en 4 de ellas, de los cuales la totalidad fue negativa.

En el grupo de menores de 5 años (n:16), se evaluó la suplementación con hierro durante el primer año de vida. Los datos revelaron que 12 (70,6%) de los pacientes recibieron una suplementación adecuada en tiempo y dosis. Por el contrario, 2 (11,8%) no fueron suplementados, y en 3 (17,6%) no se disponía de datos al respecto.

De los diagnosticados con anemia ferropénica el 77% recibió lactancia materna exclusiva.

En los casos de anemia por deficiencia de vitamina B12, por ejemplo, se observó que la totalidad de los pacientes eran menores de 2 años, con una edad media de 10 meses (DE:3.33) y una rango de 5-15 meses. De este grupo, un 75% había recibido lactancia materna exclusiva, mientras que solo un 37.5% presentaban selectividad alimentaria, lo cual podría indicar una deficiencia materna como factor etiológico principal. Se identificó que dos de los pacientes tenían anticuerpos maternos asociados a anemia perniciosa. En relación a la sintomatología asociada, se destaca la alteración en el crecimiento, el retraso neuromadurativo y la debilidad muscular. Un 15% (n:6) presentó mala adherencia al tratamiento vía oral, por lo que requirieron pasaje de hierro endovenoso en múltiples oportunidades. De la totalidad de pacientes evaluados, 10 (25%) requirieron soporte transfusional debido a la severidad de su condición. Un 30% completaron su tratamiento, y esto ha demostrado una mejora notable en varios aspectos clínicos. Se observó una mejoría en la biometría hemática, con corrección de los niveles de hemoglobina, perfil férrico y déficit correspondientes. En las adolescentes, se constató una disminución de los días y/o cantidad de sangrado durante la menstruación, lo que ayudó a controlar la pérdida de hierro. Además, hubo una clara mejoría en la sintomatología general.

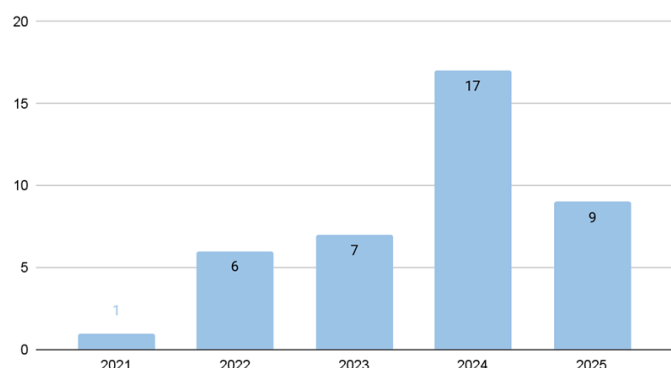


Gráfico 1. Distribución anual

DISCUSIÓN

Tal como se menciona en la bibliografía 6 el riesgo de anemia ferropénica se incrementa en etapas de la vida caracterizadas por un aumento de los requerimientos de hierro, como los primeros 5 años de vida, la adolescencia y las embarazadas, como se

puede visualizar en la tabla 3. Nuestros hallazgos coinciden con este patrón, ya que estos grupos etarios concentraron la mayor proporción de casos en la muestra.

Los estudios de la anemia ferropénica en población adolescente se centraron en diversos factores de riesgo, entre los que se destacan la metrorragia, el sexo femenino, las variables sociales, la parasitosis y los hábitos alimentarios deficientes⁹. Estos factores estuvieron presentes en nuestra muestra con diferentes grados de prevalencia. Un hallazgo notable es que la totalidad de los casos estudiados correspondieron al sexo femenino. Dentro de las causas, se encuentra la metrorragia, la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) considera el sangrado uterino anormal, como la pérdida menstrual excesiva que puede interferir con la calidad de vida (física, social y emocional) de las pacientes. En forma práctica considera aquel que tiene una duración mayor a 7 días o recambio de paños cada 2 horas.⁹ En relación a este punto utilizando estrictamente estos indicadores solo un 30% de las adolescentes tendría criterio para definir a la anemia secundaria a la metrorragia, sin embargo fue un porcentaje más elevado el asumido como tal. Esto demuestra que muchas veces en la práctica clínica se presentan casos más complejos, tal que el sangrado de las pacientes puede ser suficiente para agotar las reservas de hierro, especialmente si se asocian otros factores de riesgo, como una dieta deficiente, como sucede con un alto porcentaje de nuestra población.

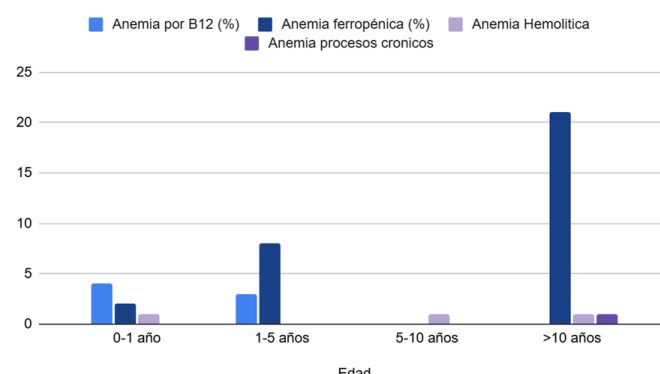


Gráfico 2. Incidencia de anemias por grupo de edad

Por otro lado, la mejora clínica después de iniciar el tratamiento con ACO y hierro es una evidencia terapéutica que apoya el diagnóstico. Datos similares reportaron en el trabajo realizado por Salaberry y colaboradores 7.. Por otro lado, a diferencia de este último estudio, la edad

ginecológica fue mayor en nuestra muestra, aunque el promedio fueron 3 años, que coincide con los años de madurez del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal.

Además, un 38% de las participantes presentaban deficiencias nutricionales, y de estas, un 15% seguía una dieta vegetariana o vegana sin una adecuada supervisión profesional, esto es común en esta población dado que la mayoría presentan hábitos deficientes: saltarse comidas, comer fuera de casa, selectividad, comidas carentes de micronutrientes y un gran porcentaje pueden presentar imagen corporal distorsionada asociada a trastornos de la conducta alimentaria. El cribado de parasitosis solo se realizó en 4 de las pacientes, esto puede deberse a que tal como indica el Consenso del manejo de anemia ferropénica de la SAP6, solo se realiza en los casos donde existe falla terapéutica para completar estudios. Finalmente, se identificó que todas las participantes se enfrentaban a alguna forma de dificultad socioeconómica, como desempleo, bajos ingresos, hacinamiento o carencia de servicios esenciales.

Es fundamental destacar que a partir de los 4-6 meses de vida el niño depende en gran medida de la ingesta dietética para mantener un balance adecuado de hierro, por lo cual la deficiencia de este nutriente se asocia directamente a una dieta insuficiente y mal balanceada, como por ejemplo introducción tardía de carnes y/o introducción temprana de leche de vaca. Mientras que en niños mayores es frecuente el exceso de lácteos y/o carbohidratos, lo que se denomina actualmente desnutrición oculta.⁴ Por otro lado, las poblaciones de lactantes y preescolares también fueron estudiadas en relación a la anemia ferropénica⁷, dentro de las que se mencionan factores socioeconómicos, edad materna menor a 25 años y déficit nutricionales. En relación a esto nuestro estudio coincide en las dificultades económicas y los déficit de micronutrientes, mientras que la edad materna de los pacientes con anemia tiene una media de 29 años. Otros estudios³ se refieren al déficit de suplementación de hierro y la ausencia de lactancia materna son factores predisponentes, en nuestra población la mayoría presentaba lactancia materna exclusiva y un alto porcentaje había sido suplementado, orientando por lo tanto la causa a otros factores.

Por otro lado, la principal manifestación clínica de nuestros pacientes, que es la palidez cutáneo

mucosa, coincide con los datos de la bibliografía⁶. En relación al déficit de b12, tal como se menciona en la revisión sistemática de Wirthensohn¹⁰, tiene mayor incidencia en los primeros años de vida, con una edad media al momento del diagnóstico de 7 meses, un poco menor a la que obtuvimos en nuestros resultados. Otros datos relevantes que coinciden son la presencia de lactancia materna exclusiva en un 86% de los pacientes, y la sintomatología característica del cuadro, con un predominio del retraso del crecimiento, la debilidad y las alteraciones del neurodesarrollo. Las causas de transfusión de glóbulos rojos en todos los pacientes fueron las indicadas por las Guías correspondientes⁴, con valores de Hb < 7 asociado a descompensación o Hb < 5. La adherencia es el grado en el cual un paciente cumple con las recomendaciones de tratamiento hechas por el equipo interviniente, si bien no hay estudios específicos sobre la adherencia del tratamiento de la anemia, si existe en relación a la profilaxis con la suplementación de hierro en el primer año de vida², y que nos parece que existen dos puntos que se pueden transpolar a nuestro estudio: la intolerancia digestiva y el olvido, este último principalmente en adolescentes.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Es importante reconocer una limitación clave de este estudio, que se asocia a la heterogeneidad en el registro de la información en las historias clínicas. La variabilidad en la documentación, que a menudo carece de datos completos o presenta un grado de subjetividad, representa un desafío para la generalización de los resultados. Por lo tanto, se sugiere que estudios futuros implementen protocolos de recolección de datos más uniformes y estandarizados para mitigar esta limitación.

CONCLUSIONES

La anemia en la población pediátrica continúa siendo un problema de salud pública en Argentina. A partir de nuestros hallazgos, es evidente que el equipo de salud debe enfocarse en la sospecha temprana, el diagnóstico preciso y el tratamiento oportuno de la anemia. Esta acción proactiva es crucial, ya que facilita la derivación adecuada cuando es necesaria, lo que a su vez reduce la sobrecarga del sistema y acelera el inicio del tratamiento, mejorando la calidad de la atención. Para ello, es indispensable adoptar un enfoque

Edad (años)	Requerimientos de hierro (mg/día)				Ingesta de hierro* (mg/día)
	Pérdida	Crecimiento	Menstruación	Total	
1	0,25	0,80	-	1,05	6
3	0,33	0,30	-	0,63	9
13 (varón)	0,80	0,50	-	1,30	17
13 (mujer)	0,80	0,50	0,60	1,90	15
Adulto (varón)	1,00	-	-	1,00	18
Adulto (mujer)	1,00	-	0,60	1,60	16
Embarazada	1,00	0,50	-	1,50	15

* Se absorbe, aproximadamente, el 10%.

Tabla 3. Variación de la ingesta y los requerimientos de hierro en distintas etapas de la vida

personalizado que contemple la etiología, la edad y el sexo de cada paciente.

Para un abordaje integral, es fundamental que los profesionales presten especial atención a los factores de riesgo en adolescentes. Por un lado, se recomienda la educación nutricional, con énfasis en el consumo de alimentos ricos en hierro biodisponible. Por otro lado, es vital evaluar con rigor las características del ciclo menstrual de las pacientes, ya que la identificación y el tratamiento oportuno de la metrorragia pueden disminuir significativamente el riesgo de deficiencia de hierro. Adicionalmente, se deben impulsar programas de cribado y suplementación dirigidos a los grupos más vulnerables, como lactantes y adolescentes, para garantizar una prevención efectiva. Finalmente, el éxito terapéutico depende de la adherencia al tratamiento y el seguimiento médico. La falta de cumplimiento con la suplementación de hierro representa un desafío significativo, por lo que se subraya la necesidad de un monitoreo continuo para asegurar la resolución completa de la anemia y prevenir futuras recaídas.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito.

Recibido: 31/10/25 Aceptado: 10/11/25

BIBLIOGRAFÍA

- Alcantara Rivera D., Ruiz Dueñas D., Macedo León F., Vilela Vera M., Gutiérrez M., Vela Ruiz J. Factores asociados a anemia ferropénica en lactantes y preescolares. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)*. Abril - 2024; 57(1): 115-125
- Christensen L, Sguassero Y, Cuesta CB. Anemia y adherencia a la suplementación oral con hierro en una muestra de niños usuarios de la red de salud pública de Rosario, Santa Fe. *Arch Argent Pediatr*. 2013;111(4):288-94.
- Díaz Colina JA, Díaz Colina M, García Mendiola JJ, Tamayo Obe Y. Factores sociodemográficos y nutricionales asociados a la anemia en niños cubanos menores de dos años. *Rev Peru Pediatr*. 2024;76(1):4-12.
- Dupont J, compilador. *Guías de diagnóstico y tratamiento: edición 2023. 1a ed revisada.* (pag 94) Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Sociedad Argentina de Hematología; 2023.
- Kliegman RM, St. Geme JW III, editores. *Nelson Tratado de Pediatría*. 21ª ed. Filadelfia (pág 2505); Elsevier; 2020.
- Moráis A, et al. Deficiencia de hierro y anemia ferropénica. Guía para su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Arch Argent Pediatr*. 2017;115 Supl 4:s68-s82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.s68>
- Salaberry MI, Rahman C, Riso P, Ocampo D, Rubinstein A. Sangrado menstrual abundante en adolescentes: estudio retrospectivo en un hospital pediátrico. *Rev Soc Argent Ginecol Infant Juv*. 2022;29(1):6.

- Varea A, Disalvo L, Sala M, Matamoros N, Fasano MV, González HF. Nuevo punto de corte de hemoglobina propuesto por la Organización Mundial de la Salud: su impacto en la prevalencia de anemia en menores de 2 años. *Arch Argent Pediatr*. 2025.
- Wiafe MA, Ayenu J, Eli-Cophie D. A Review of the Risk Factors for Iron Deficiency Anaemia among Adolescents in Developing Countries. *Anemia*. 2023;2023:6406286.
- Wirthensohn, M.; Wehrli, S.; Ljungblad, U.W.; Huemer, M. Biochemical, Nutritional, and Clinical Parameters of Vitamin B12 Deficiency in Infants: A Systematic Review and Analysis of 292 Cases Published between 1962 and 2022. *Nutrients* 2023, 15, 4960. <https://doi.org/10.3390/nui5234960>