

HOSPITAL DOCENTE CLINICOQUIRURGICO "10 DE OCTUBRE"

Anemias en el paciente geriátrico hospitalizado

Dr. Miguel Ángel Serra Valdés, Dra. Blanca Blanco Mesa, Dr. Ángel Menes Seisdedos

Serra Valdés, M. A. y otros: *Anemias en el paciente geriátrico hospitalizado.*

Se realizó un estudio en el Hospital Docente Clínicoquirúrgico "10 de Octubre", en el Servicio de Medicina interna, en 1981, para investigar por primera vez las anemias en los pacientes geriátricos hospitalizados. Estas resultaron frecuentes. En 748 pacientes, se detectó la importancia de las enfermedades crónicas como primera causa de las mismas (neoplasias, infecciones, insuficiencia renal crónica, cirrosis hepática, conectivopatías). Las anemias ferropénicas ocuparon el segundo lugar. El tercer lugar fue para las anemias megaloblásticas. El déficit nutricional tuvo un papel relevante en las mismas. La úlcera gastroduodenal sangrante tuvo responsabilidad importante como causa de anemia en este estudio.

INTRODUCCION

Si hacemos un poco de historia y revisión estadística, recordaremos que en Cuba, a fines de la década del 50, el promedio de vida era de los 57 a 58 años, y la población mayor de 65 años representaba desde el 4,3 hasta el 4,7 % de la población del país. A partir del proceso revolucionario hasta la fecha el promedio de vida se ha elevado a los 73 años con poca variación para ambos sexos. La población mayor de 65 años representa, en la actualidad, el 8 % de la población del país. Si comparamos esta cifra con un país desarrollado como los Estados Unidos, que esta parte de la población representa el 12 % de la población del país, nos da una idea del desarrollo alcanzado en Cuba en los últimos 20 años. Esto explica por sí solo cómo la Geriátrica tiene que desarrollarse en nuestro país. Esta ha comenzado a dar sus pasos, desde hace unos 5 ó 6 años, con las experiencias de algunos trabajos que se han realizado.

Solano señala:

Las experiencias de estudios realizados en animales y en grupos geriátricos, en países desarrollados, indican que el ritmo de envejecimiento puede disminuirse si se crean una serie de condiciones en la sociedad moderna desarrollada y tecnificada. Al combatir los factores perjudiciales del envejecimiento, aumentaría la capacidad funcional del organismo y disminuiría el riesgo de morbilidad y mortalidad en este grupo etario.

*Especialista de I Grado en Medicina Interna.

** Especialista de I Grado en Laboratorio Clínico.

*** Especialista de II Grado en Medicina Interna.

Dados los antecedentes de algunos trabajos realizados sobre el paciente geriátrico donde se analizan aspectos más generales de esta temática, comienza a desarrollarse a través de diversos Trabajo de Terminación de Residencia, aspectos más específicos de este grupo de pacientes ingresados en nuestro Hospital Docente Clínicoquirúrgico "10 de Octubre". El porcentaje de pacientes de este grupo etario es muy alto, dentro del total de pacientes que ingresan en nuestro hospital en las diferentes salas del Servicio de Medicina Interna. Existen trabajos que demuestran la elevada frecuencia en la edad geriátrica de afecciones respiratorias diversas, infecciones, cardiopatía isquémica, procesos malignos diversos, algunas endocrinopatías como la diabetes mellitus, accidentes cerebrovasculares y trastornos neuropsiquiátricos.

La observación en la práctica diaria, de que un gran número de ancianos que ingresa en nuestro centro, padecen de anemia, en mayor o menor grado, motivó la realización de este trabajo. Además, mucho se ha escrito, en sentido general, sobre las anemias en los últimos 20 años, de acuerdo con los adelantos en el campo de la hematología clínica; pero muy poco en lo concerniente a las particularidades de este síndrome y sus variantes etiológicas más frecuentes, en materia de Geriátrica.

OBJETIVOS

Generales

Seguir investigando sobre las enfermedades más frecuentes del anciano, grupo etario que cada vez es más numeroso en nuestro país y en el mundo desarrollado, es en la actualidad, aproximadamente, el 8 % de nuestra población. Además, en relación con el constante desarrollo social y económico del país, tiende a aumentar el promedio de vida, como se ha hecho ostensible en los últimos 20 años, en nuestra población que ya alcanza los 73 años con muy poca variación para ambos sexos.

Específicos

Las anemias, complejo síndrome en ocasiones multifactorial en el anciano, de frecuente presentación en estos pacientes, obliga a realizar un estudio de sus causas más frecuentes en nuestro medio; así como determinar los medios de Investigación más usados y prácticos para su diagnóstico rápido y correcto, para asumir una conducta eficaz y oportuna con ellos. Esto podrá crear esquemas mejores y más efectivos en los mismos con fines diagnósticos y terapéuticos para el mejor tratamiento de estos casos.

UNIVERSO

Historias clínicas de los pacientes de más de 65 años ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Docente Clínicoquirúrgico "10 de Octubre", durante el año 1981, con anemia, según los criterios que para ello se utilizan en la actualidad y que han sido señalados en la primera parte de este trabajo, independientemente de su motivo de ingreso.

Para la selección y análisis de las mismas se utilizaron los siguientes procedimientos.

PROCEDIMIENTOS

1. Fuente Estadística. Información sobre el número total de ingresos mayores de 65 años, ocurridos en el Servicio de Medicina Interna en 1981. Información sobre el número total de ingresos del Servicio ese mismo año.

Separación por codificación del número de historias clínicas de los mayores de 65 años con anemia de cualquier causa, para proceder a la búsqueda en archivo para su revisión, tomando solamente los atendidos en el Servicio de Medicina.

2. Revisión y análisis de las historias clínicas

Fueron revisadas cada una de las historias clínicas de los pacientes en cuestión.

Para la recolección de los datos que estimamos de interés para nuestro trabajo de acuerdo con sus objetivos, confeccionamos un modelo, protocolo o encuesta, que sirvió para recoger la información al respecto.

MODELO-ENCUESTA PARA OBTENER LA INFORMACION

1) *Datos generales del ingreso:*

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Raza: _____ HC No.: _____

Fecha ingreso: _____ Fecha egreso: _____

Estadía _____ días.

Vía de ingreso: Directo por Cuerpo de Guardia

de su domicilio _____ (X)

de Hogar de Ancianos _____ (X)

Traslado de otro Servicio _____ (X)

Diagnóstico de ingreso: _____

(Historia clínica breve del Cuerpo de Guardia y motivo del traslado de otro Servicio).

2) *Estudios realizados con vistas a establecer el diagnóstico etiológico de la anemia: (X)*

Constantes corpusculares _____ Reticulocitos _____

Plaquetas _____ Hierro sérico _____ Lámina de sangre periférica _____

Medulograma _____

b) Otros exámenes: Estudios radiológicos: _____
 Gastroquimograma: _____
 Estudios endoscópicos: _____
 Biopsias: _____
 Otros: _____
 (Se consignan el examen y su resultado)
 3) Severidad o grado de la anemia de acuerdo con las cifras de Hb. (X)
 Severa _____ (menor de 6 g %)
 Moderada _____ (de 6 a 9 g %)
 Ligera _____ (más de 9 y menor de 11 g %)
 4) Enfermedades de base diagnosticadas en el ingreso: (cuál o cuáles)

5) Diagnóstico etiológico de la anemia:

RESULTADOS

FUENTE ESTADISTICA

Por medio de la fuente de información estadística pudimos determinar los universos de nuestro trabajo. Se supo que ingresaron al Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital un total de 6 559 pacientes en 1981. De ellos, 6 477 fueron ingresos directos y 82, por traslado de otros servicios de la unidad. Del total de ingresos en el Servicio de Medicina, 3 241 fueron pacientes de 65 años y más, lo que representa el 49,4 % (universo geriátrico).

Promedio de estadía

El promedio general de estadía de estos pacientes fue de 24,6 días.

Vía de ingreso

Procedentes del Cuerpo de Guardia por vía directa ingresaron 687 pacientes que representan el 91,8% del total de los ingresos. Por traslado de otros servicios ingresaron 61 pacientes para el 8,2 %.

Del total de ingresos directos del Cuerpo de Guardia, 553 procedían directamente de su domicilio para el 80,5 % y 134 casos fueron remisiones de Hogares de Ancianos, para el 19,5 %. De los ingresos por traslado, 11 procedían de Hogares de Ancianos.

Diagnóstico de ingreso

Las causas del ingreso, al analizar todos los casos, fueron reunidas o agrupadas en 11 grupos patológicos, si se quiere llamar así, para su mejor análisis y comparación. Esto recogido de las historias breves del Cuerpo de Guardia y del motivo del traslado en los casos que procedían de otros servicios.

Esto nos servirá de punto para la discusión y obtener algunas conclusiones.

Estas fueron de mayor o menor frecuencia: las neumopatías inflamatorias con 23,9 %; los accidentes cerebrovasculares con 21 %; insuficiencia cardíaca con un 13,9 %; los accidentes cerebrovasculares con 21 %; insuficiencia cardíaca con un 13,9 %; diarreas y deshidratación con un 12,1 %; neoplasias con 8,2 %; anemia con 7,2 %; arterosclerosis y síndrome general con 6,7 %; diabetes mellitus descompensada con 3,7%; insuficiencia renal crónica con 1,6 %; pielonefritis o sepsis urinaria con 1,3 %; y diverticulosis del colon con 1,1 %.

ESTUDIOS REALIZADOS CON VISTAS A ESTABLECER EL DIAGNOSTICO ETIOLOGICO DE LA ANEMIA

Del total de 748 casos, 52 no fueron estudiados y representan el 6,9 %. Todos estos casos presentaban anemia ligera. Quizás esto no motivó lo suficiente para realizar el estudio de la misma y la atención se concentró en otra afección de importancia. En el resto, los complementarios indispensables que hemos señalado en otra parte de nuestro trabajo fueron bien utilizados en sentido general, señalando que, solamente se le realizó medulograma a 112 casos que representan el 14,9 % del total. Las razones no aparecían comentadas. Dentro de otros exámenes fueron bien reflejados los estudios radiológicos de tórax, aparato digestivo, urinario, gastroquimograma, laparoscopia, biopsias, estudios endoscópicos de esófago y estómago con biopsia, rectosigmoidoscopia, etcétera. Esto contrasta por su riesgo y complejidad con la no realización del medulograma, que es inocuo, y nos permite llevarlo a discusión y sacar conclusiones.

SEVERIDAD O GRADO DE LA ANEMIA

Con anemia ligera tuvimos 322 casos que representan el 43 %. Con anemia moderada tuvimos 307 casos, para el 41,1 %. Los 119 restantes tenían anemia severa con menos de 6 g % de Hb y representan el 15,9 % del total. El mayor número de casos se presentó con anemia de ligera a moderada, o sea, con cifras de Hb entre 6 y 11 g %.

DIAGNOSTICO ETIOLOGICO DE LA ANEMIA

En la tabla 1, se reflejan los resultados encontrados por grupos patogénicos. Los resultados fueron: anemias en el curso de enfermedades crónicas o secundarias a ellas, con la mayor frecuencia del 36,9 %; por déficit de hierro el 26,5%; anemias megaloblásticas el 11,2%; anemia nutricional completa o mixta el 6,7 %; anemias poshemorrágicas agudas el 6,7 %; anemias aplásticas el 2,7 % y anemias sideroblásticas el 2,4 %.

GRUPO I: Anemias secundarias a enfermedades crónicas

1. Secundarias a neoplasias, una frecuencia de 37,7 %. Dentro de éstas, la neoplasia del pulmón con 33,7%, la de próstata con 17,3 %, los linfomas con 15,4 %, el mieloma con 13,5 % y la neoplasia de páncreas con 8,7 % fueron las más frecuentes (tablas 2 y 3).

2. En el curso de infecciones crónicas una frecuencia de 34,4 %. Dentro de éstas, las infecciones respiratorias repetidas y supurantes fueron las más frecuentes con 50,5 %. Le siguió el grupo etiológico de las infecciones urinarias crónicas, con 48,4 % (tabla 4).
3. Por insuficiencia renal crónica, una frecuencia de 17,4%.
4. En el curso de cirrosis hepática, una frecuencia de 6,5 %.
5. En el curso de afecciones del colágeno, una frecuencia de 4 % (11 casos de artritis reumatoidea).

Tabla 1. Grupos patogénicos de anemias encontradas en pacientes geriátricos ingresados con anemia, 1981. Servicio de Medicina Interna. Hospital Docente Clínicoquirúrgico "10 de Octubre"

Grupos de anemias	Casos	%
I. Secundarias a enfermedades crónicas	276	36,9
II. Por déficit de hierro	198	26,5
III. Anemias megaloblásticas	84	11,2
IV. Anemia nutricional completa o mixta	50	6,7
V. Anemias poshemorrágicas agudas	50	6,7
VI. Anemias aplásticas	20	2,7
VII. Anemias sideroblásticas	18	2,4
VIII. Causa no precisada (no estudiadas)	52	6,9
Total	748	100,0

Tabla 2. Grupo I. Anemias secundarias a enfermedades crónicas. Subgrupos de variantes etiológicas encontradas

Subgrupos	Casos	%
1. En el curso de neoplasias	104	37,7
2. En el curso de infecciones crónicas	95	34,4
3. Por insuficiencia renal crónica	48	17,4
4. En cirrosis hepática	18	6,5
5. En afecciones del colágeno	11	4,0
Total	276	100,0

Tabla 3. Anemias secundarias a enfermedades crónicas. Subgrupo 1. En el curso de neoplasias. Variantes etiológicas

Variantes etiológicas	Casos	%
1.1 Neoplasia del pulmón	35	33,7
1.2 Neoplasia de próstata	18	17,3
1.3 Linfomas	16	15,4
1.4 Mielomas	14	13,5
1.5 Neoplasia de páncreas	9	8,7
1.6 Neoplasia de hígado y vías biliares	8	7,6
1.7 Leucemias	4	3,8
Total	104	100,0

Tabla 4. Anemias secundarias a enfermedades crónicas. Subgrupo 2. En el curso de infecciones crónicas. Variantes etiológicas

Variantes etiológicas	Casos	%
2.1 Infecciones respiratorias crónicas, repetidas y supurantes	48	50,5
2.2 Infecciones urinarias crónicas	46	48,4
2.3 Tuberculosis pulmonar activa	1	1,1
Total	95	100,0

GRUPO II: Anemias por déficit de hierro

Los resultados los agrupamos en 3 subgrupos etiológicos:

Subgrupo 1

Ingresos deficitarios (nutricional) con el 10,1 % de frecuencia.

Subgrupo 2

Los trastornos en la digestión-absorción con una frecuencia dentro del grupo de 21,2 %. Dentro de éste la causa más frecuente fue la gastritis crónica atrófica con anaclorhidria con el 66,7 %. Le siguió la gastrectomía subtotal con hipo o anaclorhidria con el 33,3 % (tabla 6).

Subgrupo 3

Las pérdidas crónicas de sangre con una frecuencia dentro del grupo de 68,7 %, o sea, la mayor (tabla 7). Dentro de éstas, los sangramientos digestivos fueron los más llamativos. La úlcera péptica con el 39,7 % fue la causa de sangramiento más frecuente. La diverticulosis del colon en el 16,2 % la neoplasia de colon en el 14,7 %, la neoplasia de estómago en el 8,7%, la hernia hiatal en el 7,4% y la enfermedad de Rendú-Osler en el 1,5% (2 casos).

Le siguieron los sangramientos urinarios con el 11,8% de frecuencia dentro del subgrupo (tablas 5, 6 y 7).

Tabla 5. Grupo II. Anemias por déficit de hierro. Subgrupos de variantes patogénicas encontradas

Subgrupos	Casos	%
1. Supuestos ingresos deficitarios	20	10,1
2. Trastornos digestión-absorción	42	21,2
3. Pérdidas crónicas de sangre	136	68,7
Total	198	100,0

Tabla 6. Anemias por déficit de hierro. Subgrupo 2. Trastornos digestión-absorción. Variantes etiológicas

Variantes etiológicas	Casos	%
2.1 Gastritis crónica atrófica con anaclorhidria	28	66,7
2.2 Gastrectomía subtotal con hipo o anaclorhidria	14	33,3
Total	42	100,0

Tabla 7. Anemias por déficit de hierro. Subgrupo 3. Pérdidas crónicas de sangre. Variantes etiológicas

Variantes etiológicas	Casos	%
3.1 Sangramientos digestivos por:		
3.1.1. Úlcera gastroduodenal	54	39,7
3.1.2. Diverticulosis del colon	22	16,2
3.1.3. Neoplasia de colon	20	14,7
3.1.4. Neoplasia de estómago	12	8,7
3.1.5. Hernia hiatal	10	7,4
3.1.6. Enfermedad de rendú-Osler	2	1,5
3.2 Sangramientos urinarios	16	11,8
Total	136	100,0

GRUPO III: Anemias megaloblásticas

Las variantes etiológicas fueron las siguientes: déficit nutricional con el 45,2 % fue la mayor; la anemia perniciosa tuvo una frecuencia de 21,4% dentro del grupo; las hepatopatías crónicas el 16,7%; la malabsorción intestinal el 9,5 % y la absorción inadecuada por gastrectomía subtotal con anaclorhidria con el 7,2 % fue la de menor frecuencia (tabla 8).

GRUPO IV: Anemia nutricional completa o mixta

Asociación de déficit mixto nutricional de hierro, vitamina B-12 y ácido fólico, o ambos demostrado con el medulograma. Tuvo una frecuencia general de 6,7 %.

GRUPO V: Anemias poshemorrágicas agudas

Fueron encontradas 4 variantes etiológicas. El sangramiento por úlcera gastroduodenal fue el más frecuente con el 44 %, la gastritis aguda hemorrágica con el 24 %, sangramientos agudos por el tractus urinario con el 24 %, sangramiento agudo posvárices esofágicas con el 8 %. Los sangramientos agudos de causa digestiva fueron los más frecuentes (76 %) dentro de este grupo (tabla 9).

Tabla 8. Grupo III. Anemias megaloblásticas. Causas encontradas

Causas	Casos	%
1. Déficit nutricional	38	45,2
2. Anemia perniciosa Biermeriana	18	21,4
3. Hepatopatías crónicas	14	16,7
4. Malabsorción intestinal	8	9,5
5. Absorción inadecuada por gastrectomía subtotal con anaclorhidria	6	7,2
Total	84	100,0

Tabla 9. Grupo V. Anemias poshemorrágicas agudas. Causas encontradas

Causas	Casos	%
1. Úlcera gastroduodenal	22	44,0
2. Gastritis aguda hemorrágica	12	24,0
3. Sangramiento tractus urinario	12	24,0
4. Várices esofágicas	4	8,0
Total	50	100,0

GRUPO VI: Anemias aplásticas

Las de causa secundaria fueron las más frecuentes con el 95 % dentro del grupo. Dentro de ellas, las mieloptísicas fueron las más frecuentes (90 %). Hubo un caso secundario a radiaciones por neoplasias de laringe (tabla 10).

Tabla 10. Grupo VI. Anemias aplásticas. Causas encontradas

Causas	Casos	%
1. Idiopática	1	5,0
2. Secundarias		
2.1 A radiaciones	1	5,0
2.2 Mieloptísicas	18	90,0

GRUPO VII: Anemias sideroblásticas

Le correspondió una frecuencia de 2,4% dentro del total general. Fueron de difícil valoración. No pudo valorarse bien la respuesta a la vitamina B-6 y otros fármacos en las historias clínicas. El seguimiento de estos casos hubiera sido muy interesante por las razones que veremos al discutir los resultados. Con el resultado del medulograma se obtuvo el diagnóstico.

No queremos terminar esta parte sin aclarar que los grupos están clasificados según el mecanismo más importante de producción, los hallazgos hematológicos y los procesos de base que completan los subgrupos o variantes etiológicas. Repetimos que las anemias hemolíticas puras como tal, o primarias, no las encontramos en este trabajo, no pudo estudiarse siquiera antecedentes de medicamentos para valorar algunas posibilidades secundarias aisladas.

CAUSAS DE LAS ANEMIAS

Al analizar los resultados obtenidos y ubicarlos en grupos patogénicos y subgrupos y variantes etiológicas, tenemos que el grupo más frecuentemente encontrado fue el de anemia en el curso de enfermedades crónicas. Dentro de este grupo, las variantes etiológicas encontradas fueron las neoplasias, las infecciones crónicas, la insuficiencia renal crónica, la cirrosis hepática y las conectivopatías. Las 4 primeras son frecuentes en los pacientes geriátricos hospitalizados.

El segundo grupo en frecuencia lo ocupó la anemia por déficit de hierro. Le siguieron las anemias megaloblásticas, la anemia nutricional completa, las anemias poshemorrágicas agudas, las anemias aplásticas y las sideroblásticas.

*Brunning*² en un trabajo realizado en los Estados Unidos obtuvo los siguientes resultados: por déficit de hierro, en primer lugar, el 30 %; por sangramientos agudos, 22 %; anemias megaloblásticas, 12 %; anemias hemolíticas, 11 %; anemias aplásticas, 9,5%; anemias secundarias a enfermedades crónicas, 8,5 %; talasemia, 3 %; anemia secundaria a insuficiencia renal crónica, 2,5% y anemias sideroblásticas, 1,5%.

*Me Lennan*³ en otro estudio, en Inglaterra, encontró que el 45 % padecía de anemia por déficit de hierro, el 35 % tenían anemia secundaria a enfermedades crónicas y el 10 % anemia megaloblástica. Otros autores de trabajos, en Inglaterra y Escocia, señalan que las anemias secundarias a enfermedades crónicas son las más frecuentes en el anciano y después las de causa carencial. En todos los países o regiones, no existen las mismas enfermedades en frecuencia, ni las mismas condiciones socioeconómicas, inclusive dentro de un mismo país o región.

No conocemos las consideraciones tomadas en los trabajos revisados.

En sentido general, las anemias por déficit de hierro, las secundarias a enfermedades crónicas y las megaloblásticas se citan como las más frecuentes en las edades geriátricas.²³ La anemia nutricional completa, dentro de las anemias carenciales, se considera así desde hace pocos años.⁴⁻⁵

Se considera un solo grupo. Dentro de ellas caerían casos con déficit mixto de hierro y vitamina B-12 y ácido fólico o ambos.

Al seguir comparando los resultados en este acápite tenemos, que el doctor *Rene Revilla*⁶ en su trabajo de terminación de residencia sobre anemias megaloblásticas en la población general adulta en Cuba, encontró que era más frecuente en el área rural (66,6 %). Señala que es más frecuente a partir de los 60 años. Las 3 causas más frecuentes encontradas fueron: nutricional o carencial (70,5 %), perniciosa (7,8 %) y secundarias a hepatopatías crónicas (5,8 %). Estos resultados concuerdan con los de nuestro trabajo.

El doctor *Aristides Pérez* en su trabajo sobre anemias por déficit de hierro en Cuba, en la población adulta, encontró que el 78 % era causado por sangramiento crónico mantenido, y dentro de éstos los digestivos y los ginecológicos. Nuestros resultados concuerdan en el sentido de que encontramos que el 68,7 % de los casos con déficit de hierro era por sangramiento crónico. Dentro de ellos la úlcera gastroduodenal, la diverticulosis del colon, las neoplasias de colon y estómago, y la hernia hiatal fueron las causas más frecuentes como sangramientos digestivos. Si unimos estos resultados a las causas encontradas de anemia por sangramiento agudo, tenemos que la úlcera gastroduodenal en estas edades, tiene un papel relevante como causa de anemia. Los sangramientos digestivos tienen un lugar importante en la génesis de anemia en los ancianos.

Vogel en un estudio realizado sobre los trastornos hematológicos más frecuentes en los ancianos, señala las anemias, dentro de éstas plantea con mayor frecuencia causal: las enfermedades crónicas, el déficit de hierro, las anemias megaloblásticas, las anemias aplásticas y las sideroblásticas. Señala el estudio y vigilancia posterior evolutiva de las sideroblásticas, pues a veces son manifestaciones hematológicas paraneoplásicas, y otras, pueden formar parte del síndrome preleucémico que es más frecuente a estas edades.

La anemia nutricional completa es comparada con la llamada anemia nutricional tropical, que se presenta en estas latitudes en personas jóvenes y en embarazadas por factores socioeconómicos-culturales.⁴ El medulograma es fundamental para el diagnóstico.

*Milkinson*⁹ señala en su publicación sobre anemias crónicas secundarias y sus mecanismos de producción, que ésta es la más frecuente del anciano.

En nuestro trabajo, el 37,7 % fueron por neoplasias, el 34,4 % por infecciones crónicas y supurantes, y el 17,4 % por insuficiencia renal crónica.

Con menor frecuencia encontramos la cirrosis hepática y las conectivopatías.

Las cifras insuficientes de eritropoyetina, disminución de la albúmina y transferrina, depósitos anormales de hierro en el sistema reticuloendotelial, disminución de los sideroblastos medulares, los fenómenos hemolíticos, el hipercatabolismo general y la disminución de la vida media de los hematíes son sus principales mecanismos patogénicos, entre otros.

CONCLUSIONES

1. Se encontró una alta incidencia de pacientes geriátricos hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna (49,4 %) en 1981 lo cual había sido detectado por el doctor *Solano* y la doctora *Hernández Iglesias* en sus trabajos de terminación de residencia en otros periodos.
2. Las afecciones crónicas, y dentro de éstas las infecciones y las neoplasias, constituyen la primera causa de anemia, por su frecuencia encontrada en nuestro estudio (36.9 %). No existen datos; de trabajos anteriores de este tipo en nuestro país. En la literatura universal revisada, unos la señalan como segunda y otros como primera en el paciente geriátrico.

3. El segundo lugar en nuestro estudio correspondió al grupo con déficit de hierro (26,5 %). La primera causa dentro del grupo la ocupó la úlcera gastroduodenal complicada con sangramiento crónico. Otras causas fueron la diverticulosis del colon y las neoplasias de colon y estómago.
4. Estos 2 primeros grupos (4 y 5) causantes de anemia, representan las % partes del total de los casos (63,4 %); las anemias secundarias a enfermedades crónicas y las anemias ferropénicas resultaron las más frecuentes en los enfermos geriátricos estudiados.
5. El tercer grupo en frecuencia le corresponde a las anemias megaloblásticas (11,2%). Las principales causas fueron el déficit nutricional, la anemia perniciosa y las hepatopatías crónicas. Esto se corresponde con los resultados de Revilla, en cuanto a la causa de este grupo de anemias, en un estudio en la población general.
6. El cuarto lugar incluye 2 grupos patogénicos: la anemia nutricional completa o mixta y la anemia poshemorrágica aguda (ambas con 6,7 %). Dentro de los sangramientos agudos el más frecuente fue por úlcera gastroduodenal (44 %).
7. La úlcera gastroduodenal sangrante, en forma crónica o aguda, tiene, de acuerdo con los resultados de nuestro estudio, un papel importante en la causa de la anemia del paciente geriátrico.
8. Las anemias aplásticas y sideroblásticas representan, aproximadamente el 5,1 % del total y ocupan el último lugar de frecuencia en nuestro estudio. Las adquiridas o secundarias resultan ser las más frecuentes.

SUMMARY

Serra Valdés, M. A. et al.: *Anemias in the hospitalized geriatric patient.*

At the "10 de Octubre" Clinicosurgical Teaching Hospital, Internal Medicine Service, a study was carried out in 1981, in order to investigate, by first time, anemias in hospitalized geriatric patients. Anemias were frequently observed. In 748 patients, importance of chronic diseases (neoplasias, infections, chronic renal failure, hepatic cirrhosis, connectivepathies) as primary cause of anemia was detected. Iron deficiency anemia was considered as second place cause. Third place corresponded to megaloblastic anemias. Nutritional deficit played an eminent role in anemias occurrence. In this study, bleeding gastroduodenal ulcer carried on an important responsibility as cause of anemia.

RÉSUMÉ

Serra Valdés, M- A. et al.: *Anémies chez le patient gériatrique hospitalisé.*

Il a été réalisé une étude dans l'Hôpital Universitaire Clinico-chirurgical "10 de Octubre", dans le Service de Médecine Interne, en 1981. en vue de chercher pour la première fois les anémies chez les patients, gériatriques hospitalisés. Elles ont été fréquentes. Chez 748 malades, il a été détecté l'importance des maladies chroniques comme première cause des anémies (néoplasies, infections, Insuffisance rénale chronique, cirrhose hépatique, conjonctivopathies). Les anémies ferriprives ont occupé la deuxième place, suivies par les mégalo-blastiques. Le déficit nutritionnel a joué un rôle important dans ces anémies. Enfin, dans cette étude l'ulcère gastro-duodéal sanglant a aussi été responsable de plusieurs anémies.

BIBLIOGRAFIA

1. *Solano Rolando, M. S.:* El Paciente Geriátrico Hospitalizado. Trabajo de Terminación de Residencia, Habana, 1980.
2. *Brunning, R. D.:* Differential diagnosis of anemia. *Geriatrics* 29(2): 52-60, Feb., 1974.
3. *Howe, R. B.:* Tips on diagnosis and treating anemia in the aging. *Geriatrics* 34(12): 29-36, Dec., 1979.
4. *Garrido, M. y otros:* Anemia Nutricional Completa, *Notas Clínicas. Rev Clin Esp* 109(1): 71-74, 1968.
5. *Kelly, J. T.:* Nutritional problems of the elderly. *Geriatrics* 33(2): 41, Feb., 1978.
6. *Revilla Piña, R.:* Anemias megaloblásticas. Estudio clínico etiológico de la casuística de dos años en un Servicio de Medicina Interna. Trabajo de Terminación de Residencia, Santiago de Cuba, 1976.
7. *Pérez Pérez, A.:* Anemia por déficit de hierro. Trabajo de Terminación de Residencia, Santiago de Cuba, 1975.
8. *Vogel, J. M.:* Hematologic problems of the aged. *M Sinai J Med* 47(2): 150-158, March-April, 1980.
9. *Millkinson y cols., y Ward y cols.:* Mecanismo de la anemia en las enfermedades crónicas. *Rev Clin Esp* 130(2): 175-176, 1973.

Recibido: 7 de agosto de 1985

Aprobado: 8 de diciembre de 1985

Dr. *Miguel Angel Serra Valdés*
Hospital Docente Clínicoquirúrgico "10 de Octubre"
Calzada de 10 de Octubre No. 130
Cerro
Ciudad de La Habana
Cuba