

ANEMIA MICROCÍTICA EN EL ADULTO MAYOR, ABORDAJE EN APS
Autora: Dra. Ma. Angélica Becerra A. Residente Medicina Familiar UC
Editora: Dra. Loreto González V. Docente Departamento Medicina Familiar UC

Resumen de portada:

La anemia es un motivo de consulta frecuente en nuestra práctica clínica, las estadísticas demuestran que es el trastorno hematológico más prevalente, siendo la anemia microcítica la más común. Esta entidad tiene altos costos en salud y un importante impacto en la funcionalidad en los adultos mayores (AM), no es un hallazgo normal y siempre requiere ser estudiado.

Palabras clave: Anemia, anemia en el adulto mayor, anemia por déficit de hierro, anemia por enfermedad crónica, APS, Medicina Familiar.

ANEMIA MICROCÍTICA EN EL ADULTO MAYOR, ABORDAJE EN APS
Autora: Dra. Ma. Angélica Becerra A. Residente Medicina Familiar UC
Editora: Dra. Loreto González V. Docente Departamento Medicina Familiar UC
5 de Noviembre de 2019

Introducción

La anemia se define como la disminución de una o más de las principales mediciones de la línea rojas obtenidas en el hemograma completo: Hemoglobina, hematocrito y recuento de glóbulos rojos. Tiene una prevalencia de 24,8% en la población general mundial y de 17% en el adulto mayor, en éstos últimos, la anemia secundaria a patologías crónicas y por déficit de hierro son las causas más comunes. En Chile, según la encuesta nacional de salud del 2003 la prevalencia de anemia por déficit de hierro es de un 5% en mujeres en edad fértil, se desconoce la prevalencia en la población general ^{1,2,3,4,5,6,7}.

Es una patología que afecta la funcionalidad física y mental del adulto mayor, donde la fragilidad, riesgo de caídas, deterioro cognitivo, riesgo de demencia (HR: 1,64. IC95 1,30-2,07) y riesgo de mortalidad (Por todas las causas: RR 1,6 con Hb <13 en hombres y RR 2,3 con Hb <12 en mujeres), se relacionan de manera importante con ella.^{8,9}

Teniendo en cuenta la prevalencia de anemia en el adulto mayor y dado que se estima que para el año 2030 la población mayor de 80 años sea de más de 200 millones de personas, es de vital importancia familiarizarse con esta patología, para así realizar un estudio acorde a la historia y factores de riesgo del paciente e indicar un tratamiento ajustado a las necesidades del adulto mayor.

Para iniciar el estudio y poder clasificar la anemia, existen dos abordajes, el cinético y el morfológico.

El abordaje cinético permite pensar en la posible causa de la anemia según su fisiopatología (aumento en la destrucción de glóbulos rojos, disminución en la producción de glóbulos rojos, pérdida de sangre) y se basa en los parámetros cuantitativos normales del hemograma, debiendo tenerse en cuenta que se han descrito valores ajustados en adultos mayores y otras poblaciones especiales (Tabla 1).

Tabla 1. Valores inferiores normales de hemoglobina (Hb) en AM*

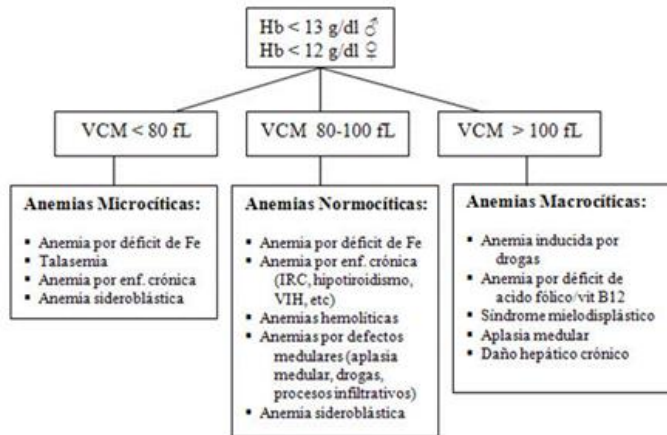
Hombre	Blanco >60	13,2 g/dl
	Negro >60	12,7 g/dl
Mujer	Blanca >50	12,2 g/dl
	Negra >50	11,5 g/dl

**Adaptado de: Beutler E, Waalen J. The definition of anemia: what is the lower limit of normal of the blood hemoglobin concentration? *Blood* 2006; 107:1747

El abordaje morfológico se basa en el tamaño del eritrocito o volumen corpuscular medio (VCM), dividiéndolas en normocítica, macrocítica o microcítica, cada una de las cuales nos orientará a determinada etiología (Figura 1). El VCM juega un papel importante en la confirmación diagnóstica de anemia ferropénica ya que cuando presenta un valor <70 fL, tiene un LR + de 13. En esta

revisión nos enfocaremos en la anemia micrócítica y dentro de este grupo, la anemia por déficit de hierro por ser la más frecuente y cómo diferenciarla de la anemia por enfermedad crónica.

Figura 1. Clasificación morfológica y posibles causas de anemia



***Adaptado de: Tefferi A. Anemia in adults: a contemporary approach to diagnosis. Mayo Clin Proc. 2003 Oct;78(10):1274-80. Review*

Anemia por déficit de Hierro

Estudio

Cuando sospechamos esta patología, es importante una anamnesis completa que si bien en conjunto con el examen físico tienen bajos LR + para hacer el diagnóstico, son de vital importancia para orientarlo. Dentro de los síntomas generales debemos preguntar, además de los más frecuentes (dolor torácico, disnea, fatiga) por la presencia de pica, en especial pagofagia (deseos de comer hielo) que puede estar presente hasta en un 51% de los pacientes y por el síndrome de piernas inquietas el cual puede estar presente en un 24%.⁸ Siempre se debe preguntar por sangrado reciente, síntomas gastrointestinales, pérdida de peso, trauma, viajes recientes y si el paciente tiene antecedente de cirugía bariátrica, enfermedades crónicas, uso de suplementos de calcio, AINEs, AAS y antecedentes familiares de cáncer gastrointestinal o anemia hereditaria. Con respecto al examen físico, la palidez, signo que más buscamos y en el que más nos apoyamos para sospechar anemia es el más útil (Cara LR + 3,4, conjuntivas LR + 3,0),^{10,11} aunque también se debería buscar dirigidamente adenopatías, sensibilidad óseas, soplos cardiacos, queilitis angular, glositis, coiloniquia, hepatoesplenomegalia.

Además de la historia y el examen físico, se necesita el VCM y si éste tiene un valor <70fL sería altamente sugerente del diagnóstico de anemia ferropénica, sin embargo hasta un 40% de las anemias por déficit de hierro se presentan como normocíticas y hasta un 30% de los casos de anemia por enfermedad crónica son microcíticas, entonces, la evidencia disponible sugiere que se debería seguir el estudio con los niveles de ferritina.¹²

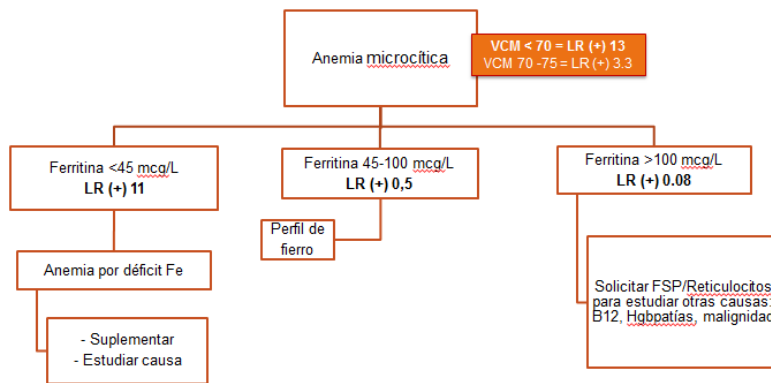
La ferritina, además de representar el depósito de hierro, es también un reactante de fase aguda, por lo que sus niveles se deben interpretar con precaución. En una revisión sistemática donde se evaluó la validez diagnóstica de los exámenes para hacer el estudio de anemia por déficit de hierro, se encontró que los valores de ferritina <45mcg/L, tienen una alta sensibilidad (85%), especificidad (92%) y LR + (11) incluso en presencia de inflamación para confirmar el diagnóstico, no así con valores mayores. Esto también es válido en los adultos mayores, donde los niveles de ferritina aumentan con la edad y se concluye que podría estar relacionado con la activación del

Comentado [MF1]: No es que no haya que tener en cuenta los valores que sugiere la OMS, es que en este estudio se determinó S.E y LR de cada uno de esos cortes para dar más seguridad en el diagnóstico. Los valores referenciales no cambian.

sistema reticuloendotelial y con los procesos inflamatorios frecuentes que se presentan este grupo de pacientes.^{13,14}

Cuando los valores de ferritina no son concluyentes, se sugiere continuar el estudio con la cinética del hierro para confirmar el diagnóstico de anemia por déficit de hierro o anemia por enfermedad crónica (Figura 2 y tabla 2).

Figura 2. Algoritmo de estudio de anemia por déficit de hierro



Adaptado de: Lanier B., et al. Anemia in older adults. Am Fam Physician. 2018;98(7):437-442.

Tabla 2. Hallazgos de la cinética del hierro en anemia ferropriva y por enfermedad crónica

Examen	Ferropriva	Enf.Crónicas
Ferritina	↓	N ó ↓
Hierro sérico	↓	N ó ↓
TIBC	↑	↓
Saturación Transferrina	↓	N ó ↓

Adaptado de: Lanier B., et al. Anemia in older adults. Am Fam Physician. 2018;98(7):437-442.

Una vez estamos seguros del diagnóstico de ferropenia, es de vital importancia determinar el origen del sangrado que es la principal causa de esta patología en los adultos, donde las úlceras gástrica/duodenal y las neoplasias gastrointestinales son las responsables de hasta un 60% de los casos de anemia por déficit de hierro. Por este motivo, a menos que haya una historia que descarte hemorragia digestiva, se debe iniciar el estudio con endoscopia digestiva alta (EDA) en todos los hombres >50 años y mujeres postmenopáusicas, si esta es normal, se sugiere continuar el estudio con colonoscopia o iniciar con esta si hay antecedente de cáncer colorectal en la familia.^{15,16.}

Tratamiento y seguimiento

Además de tratar la causa de base de la anemia por déficit de hierro, éste debe ser suplementado en una dosis entre 60-120mg de hierro elemental, sin embargo hay estudios que han demostrado que incluso con dosis de 15-30mg de hierro elemental se logra un aumento de hemoglobina y ferritina similar que con dosis más altas y se disminuyen los efectos adversos.^{13,16,17} En Chile el suplemento de hierro más utilizado y disponible en la atención primaria es el sulfato ferroso (200mg=40mg de hierro elemental), es altamente efectivo, tiene una buena biodisponibilidad y si bien presenta efectos adversos en un 30% de los casos, es el mejor tolerado dentro de las demás preparaciones disponibles en Chile.¹⁸ Por lo anterior, la recomendación de tratamiento con sulfato ferroso sería de 1 comprimido de 200mg al día (aumentar a necesidad y según tolerabilidad del mismo), idealmente indicarlo 1 vez al día, antes de las comidas y con vitamina C o jugo de naranja para facilitar su absorción. El seguimiento se debe realizar a las 6-8 semanas de iniciado el tratamiento, luego mensual, y una vez los parámetros de la línea roja se encuentran en niveles normales, el seguimiento podrá hacerse cada 3 meses por 1 año.^{15,16,17,18}

Conclusiones

La anemia es un problema frecuente de enfrentar en la práctica diaria, principalmente por la diversidad de enfermedades crónicas que pueden producirla y por ser frecuente en el adulto mayor, por lo que resulta fundamental estudiar las causas ya que la anemia está asociada de manera importante a morbimortalidad y su tratamiento depende de detectar las mismas. Es una patología que puede ser abordada en la APS, donde se logra una buena aproximación inicial al diagnóstico con el razonamiento clínico y la ayuda del hemograma-ferritina.

Bibliografía

1. Beutler E, Waalen J. The definition of anemia: what is the lower limit of normal of the blood hemoglobin concentration? *Blood* 2006; 107:1747
2. Benoist B et al., Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. Base de datos mundial sobre la anemia de la OMS, Ginebra.
3. Encuesta Nacional de Salud, Chile, Año 2003.
4. Price EA, et al. Anemia in older persons: etiology and evaluation. *Blood Cells Mol Dis* 2011; 46:159
5. Guralnik JM, Eisenstaedt RS, Ferrucci L, Klein HG, Woodman RC. Prevalence of anemia in persons 65 years and older in the United States: evidence for a high rate of unexplained anemia. *Blood*. 2004;104(8):2263-2268
6. Patel KV. Epidemiology of anemia in older adults. *Semin Hematol* 2008; 45:210
7. Lanier B., et al. Anemia in older adults. *Am Fam Physician*. 2018;98(7):437-442.
8. Elzen WP, et al. Effect of anemia and comorbidity on functional status and mortality in old age: results from the Leiden 85-plus Study. *J SOCMAJ*. 2009;181(3-4):151.
9. Patel KV, et al. Racial variation in the relationship of anemia with mortality and mobility disability among older adults *JM SOBlood*. 2007;109(11):4663. Epub 2007 Feb 6.
10. Bugge P., et al. A critical evaluation of the clinical diagnosis of anemia. *Am J Epidemiol*. 1986;124(4):657.
11. Nardone DA, Roth KM, Mazur DJ, McAfee JH. Usefulness of physical examination in detecting the presence or absence of anemia. *Arch Intern Med*. 1990;150(1):201.
12. Guyatt G. Laboratory Diagnosis of Iron-deficiency Anemia: An Overview, *J Gen Intern Med* 1992;7:145-153.
13. Casale G., et al. Serum Ferritin and Ageing. *Age and Ageing*. 1981; 10, 119-122.
14. McYntire A., et al. Prospective survey of investigations in outpatients referred with iron deficiency anaemia. *Gut* 1993; 34: 1102-1107.

15. Goddard A., et al. Guidelines for the management of iron deficiency anaemia. *Gut* 2011;60:1309e1316. doi:10.1136/gut.2010.228874
16. Jimenez K., et al. Management of iron Deficiency Anemia. *Gastroenterology & Hepatology* . 2015; 11 (4): 241-250.
17. Rimon E., et al. Are we giving too much iron? Low-dose iron therapy is effective in octogenarians. *The American Journal of Medicine* (2005) 118, 1142-1147.
18. Cancelo-Hidalgo C., et al. Tolerability of different oral iron supplements: a systematic review. *Curr Med Res Opin* 2013; 29:291–303