

ORIGINALES

Anemias en atención primaria: etiología y características morfológicas

M. Farrús Palou, A. Pérez Ocaña, M.A. Mayer Pujadas, M. Piquer Gibert, X. Mundet Tudurí y M. Iglesias Rodal

CAP El Carmel. Barcelona.

Objetivo. Conocer las características morfológicas y causales de las anemias que se presentan en un centro de asistencia primaria (CAP).

Diseño. Estudio observacional, descriptivo.

Emplazamiento. Centro de salud urbano.

Pacientes. Personas atendidas durante un año que presentaban una anemia definida por cifras de hemoglobina inferiores a 13 g/dl en el varón y 12 en la mujer.

Mediciones y resultados principales. Se identificaron 152 pacientes con anemia. Los tipos de anemia más frecuentes fueron anemia ferropénica (AF), anemia por enfermedad crónica (AEC) y anemia posthemorrágica (48, 26,3 y 6,6%, respectivamente). Se detectó anemia por déficit de vitamina B₁₂ en 4 pacientes, talasemia menor en 2, anemia hemolítica en 2 y anemia refractaria en un paciente. El origen ginecológico fue la causa más habitual de AF y las neoplasias de AEC. Los principales hallazgos en las AF de origen digestivo fueron esofagitis en 2 pacientes, úlcus duodenal en uno, gastritis erosiva en uno, neoplasia gástrica en uno, neoplasia de colon en 2 y enfermedad de Crohn en uno. Un 13,7% de las anemias estudiadas en AP precisaron derivación hospitalaria.

Conclusiones. La anemia es un problema de salud frecuente en atención primaria (AP), con una incidencia aproximada de un caso al mes por médico. Sus principales causas son la AF y la AEC. La mayor parte de los casos se detectan en AP y la mayoría de ellos pueden estudiarse adecuadamente en este ámbito.

Palabras clave: Anemia; Anemia enfermedad crónica; Anemia ferropénica; Atención primaria.

ANAEMLA IN PRIMARY CARE: AEIIOLOGY AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS

Objective. To find the morphological characteristics and causes of the types of anaemia seen at a primary care centre.

Design. Descriptive, observational study.

Setting. Urban health centre.

Patients. People attending for a year who had an anaemia defined by haemoglobin figures below 13 g/dl in males and 12 g/dl in women.

Measurements and main results. 152 patients with anaemia were identified. The most common types of anaemia were iron-deficiency anaemia (IDA), anaemia due to chronic illness (ACI) and post-haemorrhage anaemia (48%, 26.3% and 6.6%, respectively). Anaemia due to vitamin B₁₂ deficit was detected in four patients, *Thalassaemia minor* in two, haemolytic anaemia in two, and a refractory anaemia in one patient. The most common cause of IDA was gynaecological in origin; and the commonest cause of ACI was neoplasm. The main findings of digestive origin in IDA were oesophagitis in two patients, duodenal ulcer in one, erosive gastritis in one, gastric neoplasm in one, colonic neoplasm in two and Crohn's disease in one. 13.7% of the anaemia studied in PC required hospital referral.

Conclusions. Anaemia is a common health problem in primary care (PC), with a rough incidence of one case per month per doctor. Its main types are iron-deficiency anaemia and anaemia due to chronic illness. Most cases were detected in PC and most can be studied properly at this care level.

(Aten Primaria 2000; 25: 230-235)

Correspondencia: Dra. Montserrat Farrús Palou.
CAP El Carmel. C/ Murtra, 130-140. 08032 Barcelona.
Correo electrónico: 18234mfp@comb

Manuscrito aceptado para su publicación 8-XI-1999.

Introducción

La anemia es una patología prevalente en la población¹ y un problema de presentación frecuente en la consulta de atención primaria (AP). Sin embargo, son pocos los estudios llevados a cabo en este ámbito. La última serie de anemias estudiadas en AP publicada en la bibliografía de manejo habitual es una serie británica que data de 1961². Es probable que los resultados de aquel trabajo no sean aplicables en la actualidad, dado que la clasificación de las anemias ha cambiado desde entonces y el estado nutricional de la población ha mejorado sensiblemente.

El conocimiento de las características de las anemias en AP es básico para orientar su diagnóstico y seleccionar las pruebas complementarias a realizar. Por este motivo decidimos llevar a cabo un estudio para conocer cuáles son las características morfológicas y causales de las anemias que se presentan en AP.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional transversal, realizado en el centro de atención primaria (CAP) El Carmel de Barcelona, que atiende a una población urbana de 24.000 personas. Han participado 9 de las 10 consultas de medicina general que comprenden 17.967 pacientes mayores de 14 años (90% de la población asignada).

Se han incluido en el trabajo todas las personas mayores de 14 años atendidas en el centro de salud en el período comprendido entre el 1 de octubre de 1995 y el 31 de septiembre de 1996 que presentaron anemia. Ésta se definió como la presencia de un valor de hemoglobina (Hb) inferior a 13 g/dl en el varón y 12 en la mujer. Se excluyeron las mujeres embarazadas.

Los casos se identificaron a partir de los informes de asistencia o análisis aportados por el propio paciente y de la revisión sistemática de todas las analíticas reali-

zadas en el CAP durante el período citado.

Las anemias se clasificaron en anemias de nuevo diagnóstico (no conocidas previamente) y anemias ya diagnosticadas con anterioridad al inicio del estudio (anemias de curso crónico o de evolución recurrente). Las variables estudiadas fueron las siguientes: datos de identificación (nombre, sexo, edad), lugar de detección de la anemia (hospital, centro de salud, otros), diagnóstico morfológico (anemia microcítica, normocítica y macrocítica), historia menstrual (normal, hipermenorrea o metrorragia, menopausia), clasificación etiopatogénica (ferropénica, secundaria a enfermedad crónica, megaloblastica, talasemia, hemolítica y posthemorrágica), diagnóstico etiológico, gravedad de la anemia (leve si la Hb era superior a 10 g/dl, moderada si se hallaba en 8,1-10 g/dl y grave si era igual o inferior a 8 g/dl) y necesidad de transfusión sanguínea.

Criterios diagnósticos

En las anemias diagnosticadas con anterioridad al período de estudio y en las estudiadas en otros ámbitos asistenciales se aceptó como diagnóstico definitivo el que constaba en la historia clínica o en los informes de asistencia.

Las anemias de nuevo diagnóstico estudiadas en el CAP se confirmaron con una segunda determinación analítica y se orientaron las exploraciones complementarias necesarias para su filiación a partir de la clasificación morfológica.

Clasificación morfológica según el volumen corporcular medio (VCM): anemia microcítica (VCM, < 83 fl), normocítica (VCM, 83-97 fl) y macrocítica (VCM, > 97 fl).

Anemia ferropénica (AF). Anemia micro o normocítica, con ferritina inferior a los valores de referencia del laboratorio (ferritina, 16-253 µg/l en varones y 6-123 en mujeres).

AF probable. Anemia micro o normocítica con sideremia baja y ferritina en el límite bajo del rango de normalidad o en ausencia de la determinación de ferritina, siempre que la Hb se normalizara después de haber realizado tratamiento marcial.

AF de origen ginecológico. AF en mujer premenopáusica con hipermenorrea o metrorragias y ausencia de sintomatología gastrointestinal.

AF de origen digestivo. En las AF detectadas en varones, mujeres posmenopáusicas y mujeres en edad fértil sin historia de hemorragia ginecológica aumentada se realizó estudio endoscópico digestivo (fibrogastroscopia y colonoscopia). Se completó el estudio con un enema opaco cuando la colonoscopia fue incompleta. A las mujeres premenopáusicas con historia de hipermenorrea se les cursó una determinación de sangre oculta en heces en 3 muestras tomadas en días consecutivos. Se consideraron causas de hemorragia crónica gastrointestinal las siguientes lesiones: esofa-

TABLA 1. Características demográficas, clasificación morfológica y severidad de las anemias

	Anemias nuevas, n = 112 (%)	Anemias conocidas, n = 40 (%)	Total, n = 152 (%)
Sexo			
Varón	34 (30,4)	10 (25,0)	44 (28,9)
Mujer	78 (69,6)	30 (75,0)	108 (71,1)
Edad (años)			
15-35	19 (17,0)	4 (10,0)	23 (15,1)
36-50	23 (20,5)	13 (32,5)	36 (23,7)
51-65	19 (17,0)	8 (20,0)	27 (17,8)
> 65	51 (45,5)	15 (37,5)	66 (43,4)
VCM			
< 83 fl	48 (42,9)	19 (47,5)	67 (44,1)
83-97 fl	51 (45,5)	14 (35,0)	65 (42,8)
> 97 fl	9 (8,0)	7 (17,5)	16 (10,5)
No conocido	4 (3,6)	0 (0)	4 (2,6)
Hb			
> 10 g/dl	71 (63,4)	29 (72,5)	100 (65,8)
8-10 g/dl	34 (30,4)	9 (22,5)	43 (28,3)
< 8 g/dl	7 (6,3)	2 (5,0)	9 (5,9)

gitis, gastritis erosiva, úlcera gástrica o duodenal, pólipos adenomatosos mayores de 1 cm, neoplasias, ectasias vasculares, colitis activa, úlceras colónicas mayores de 1 cm y hemorroides con historia de hemorragia recurrente.

Anemia por enfermedad crónica (AEC). Anemia micro o normocítica con sideremia baja, ferritina normal o elevada y coexistencia de una enfermedad crónica aceptada como causa de anemia por enfermedad crónica³.

Anemia megaloblástica. Anemia normo o macrocítica con déficit de vitamina B₁₂, y/o de ácido fólico (rango de normalidad vitamina B₁₂, 200-1.000 pg/ml; ácido fólico, 1,5-7 µg/l).

Betalassemia minor. Anemia microcítica con valores de HbA₂ y/o HbF por encima del valor de referencia (HbA₂ < 3,5% y HbF < 1%).

Anemia hemolítica. Anemia normo o macrocítica, con bilirrubina indirecta y recuento de reticulocitos elevados (rango de normalidad < 0,9 U/l y < 75 × 10⁹/l, respectivamente).

Anemia posthemorrágica aguda. Episodio hemorrágico mayor asociado a anemia.

Métodos estadísticos

Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva y la prueba de ji-cuadrado para la comparación de proporciones. Se empleó el paquete estadístico SPSS PC+.

Resultados

Durante el período de estudio se detectaron 152 anemias, 111 (73,0%)

en el propio CAP, 36 (23,7%) en el ámbito hospitalario y 5 (3,3%) de otras procedencias. La edad media era de 58,4 años (DE, 20,34), con un 43,4% mayores de 65 años y el 71,1% eran mujeres. Las anemias micro y normocíticas fueron las más frecuentes (44,1 y 42,8%, respectivamente).

En cuanto a la gravedad de la anemia, un 65,8% tenía una anemia leve, un 28,3% moderada y el 5,9% grave. En relación con la etiología de la anemia en todos los grupos excepto en el de anemias posthemorrágicas, la anemia de grado leve fue la más frecuente. Siete pacientes (4,6%) requirieron una transfusión sanguínea (4 por hemorragia aguda digestiva y 3 por enfermedad neoplásica).

De los 152 pacientes, 112 presentaban una anemia de nuevo diagnóstico y 40 tenían una anemia filiada anteriormente al inicio del estudio. La tabla 1 muestra la distribución por sexo, intervalos de edad, clasificación morfológica y severidad de las anemias de nuevo diagnóstico, de las anemias conocidas y del total de las mismas. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para ninguna de estas variables.

La clasificación etiopatogénica se ilustra en la tabla 2, siendo la AF el tipo más frecuente, seguido de la AEC, que comprende aproximadamente un 75% del total de anemias.

TABLA 2. Clasificación etiopatogénica de las anemias

	Anemias nuevas, n = 112 (%)	Anemias conocidas, n = 40 (%)	Total, n = 152 (%)
Ferropénica*	43 (38,4)	21 (52,5)	64 (42,1)
Probable ferropénica*	9 (8,0)	0 (0)	9 (5,9)
Enfermedad crónica*	28 (25,0)	12 (30,0)	40 (26,3)
Posthemorrágica*	10 (8,9)	0 (0)	10 (6,6)
Déficit de vitamina B ₁₂	2 (1,8)	2 (5,0)	4 (2,6)
Talasemia	0 (0)	2 (5,0)	2 (1,3)
Hemolítica	0 (0)	2 (5,0)	2 (1,3)
Anemia refractaria	0 (0)	1 (2,5)	1 (0,7)
No filiadas	20 (17,9)	0 (0)	20 (13,2)

$\chi^2 = 4,01$; n.s. (Calculado en los grupos marcados con un asterisco, dado el bajo número de efectivos de las celdas restantes.)

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución por diagnósticos entre anemias nuevas y ya conocidas, aunque todas las anemias por hemorragia aguda lógicamente se concentraron en el primer grupo. La hemorragia de origen ginecológico fue la causa más frecuente de AF (tabla 3). Las causas de AF de origen digestivo fueron esofagitis en 2 pacientes, ulcus duodenal en uno, gastritis erosiva en uno, neoplasia gástrica en uno, neoplasia de colon en 2, enfermedad de Crohn en uno y hemorroides en 4. Las enfermedades asociadas a AEC se detallan en la tabla 4.

De los 112 nuevos casos de anemia, 87 se estudiaron en el CAP y 25 lo hicieron en otros niveles asistenciales. En 29 de los 87 pacientes seguidos en el centro de salud no se llegó a un diagnóstico etiológico debido a las siguientes causas: a) rechazo a la práctica de exploraciones en 8 pacientes; b) pérdidas por cambio de domicilio o imposibilidad de contactar con el paciente en 7 casos, y c) pacientes con deterioro importante del estado general en los que se consideró inadecuado la realización de otros estudios: 9 pacientes eran mayores de 80 años, presentaban pluripatología crónica y estaban en programa de atención domiciliaria y los 5 restantes se hallaban afectados de una enfermedad de base grave (neoplasia gástrica, neoplasia de esófago, osteomielitis y cirrosis hepática en 2 pacientes). Nueve de ellos fallecieron durante el período de estudio.

De los 58 pacientes estudiados en AP un 82,8% se detectó a partir de análisis realizados en el propio centro. La edad media era de 54,26 años (DE, 19,95) y el 75,9% era mujer. La

distribución por intervalos de edad fue la siguiente: 15-35 años (17,2%), 36-50 años (29,3%), 51-65 años (19%) y más de 65 años (34,5%). En un 53,4% se trataba de anemias microcíticas, en el 37,9% normocíticas y en un 8,6% macrocíticas.

La clasificación etiológica queda reflejada en la tabla 5 siendo la AF el tipo más frecuente. Si consideramos conjuntamente los grupos de AF y probablemente ferropénica el porcentaje llega al 72% (n = 42) del total de anemias estudiadas. En 24 de las 28 mujeres con AF en edad fértil, ésta se atribuyó a la hemorragia de origen ginecológico (57,1% de las AF estudiadas en AP). Se realizó estudio de sangre oculta en heces en 22, siendo negativo en todas ellas. A las 4 pacientes que referían una menstruación no abundante se les practicó estudio digestivo con los siguientes hallazgos: gastritis erosiva, hernia de hiato, hemorroides sangrantes y sin lesiones en una de ellas. En los 18 pacientes restantes con AF (7 varones y 11 mujeres, 7 de ellas posmenopáusicas) se realizó estudio gastrointestinal, cuyos hallazgos se detallan en la tabla 6. La colonoscopia fue completa en 4 pacientes y aceptaron la realización de un enema opaco 5 pacientes de aquellos en los que la colonoscopia no consiguió alcanzar el ciego. No se solicitó fibrogastroskopía a los 2 pacientes que presentaron una neoplasia de colon. Se identificaron lesiones gastrointestinales que justificaban una AF de origen digestiva en 8 pacientes.

Las enfermedades asociadas a AEC fueron 4 neoplasias, insuficiencia renal crónica en 3 pacientes, hipotiroidismo en 2, sida en uno y un paciente con bronquiectasias. Tres pacien-

TABLA 3. Etiología de las anemias ferropénicas*

	N	%
Ginecológica	42	57,5
Digestiva	12	16,4
No filiada	14	19,1
Rechazo exploraciones	5	6,9
Total	73	100

*Incluye las anemias probablemente ferropénicas.

TABLA 4. Etiología de la anemia por enfermedad crónica (n)

Neoplasias	14
Insuficiencia renal crónica	5
Sida	4
Hepatopatía crónica	3
Hipotiroidismo	2
Enfermedad reumatólogica	2
Bronquiectasias	1
Pluripatología	3
No conocida	6
Total	40

TABLA 5. Anemias estudiadas en AP. Clasificación etiopatogénica

	N	%
Ferropénica	34	58,6
Probablemente ferropénica	8	13,8
Enfermedad crónica	14	24,1
Megaloblástica	2	3,4
Total	58	100

tes presentaron un cuadro clínico compatible con AEC, que se resolvió espontáneamente, sin que pudiera llegar a un diagnóstico definitivo. En una paciente había el antecedente de un ingreso hospitalario el mes anterior por un cuadro séptico abdominal que no se catalogó y que evolucionó favorablemente; en otro caso no se confirmó la sospecha inicial de polimialgia reumática y en el tercer enfermo no existía ninguna enfermedad de base ni alteración del estado general.

Se remitieron 8 (13,7%) pacientes al hospital: 2 por la severidad de la anemia, 2 para confirmación y tratamiento de la enfermedad causal (mieloma y sida) y 4 pacientes para estudio de la causa de la anemia. Tres de ellos presentaban una anemia normocítica sin causa evidente en el estudio realizado en AP, siendo los

TABLA 6. Hallazgos endoscópicos de 18 pacientes con anemia ferropénica estudiados en AP (n)

Úlcera duodenal	1
Esofagitis. Hernia de hiato	1
Gastritis erosiva	1
Antritis aguda difusa	2
Pólipo gástrico (4 mm)	1
Gastrectomía (Billroth 2)	2
Antritis crónica atrófica	1
Hernia de hiato	2
Adenocarcinoma de colon	2
Hemorroides	3
Adenoma tubulovelloso colónico (8 mm)	1
Diverticulosis cólica	3
Sin alteraciones	2
Total*	22

*Cuatro pacientes presentaron 2 lesiones (úlcera duodenal y adenoma colónico; antritis aguda y diverticulosis; antritis aguda y pólipos gástricos; hernia de hiato y diverticulosis).

diagnósticos hospitalarios de AF, anemia carencial por déficit de vitamina B₁₂ y AEC asociada a bronquiectasias. Otra enferma fue remitida por sospecha de AEC asociada a polimialgia reumática, diagnóstico que no se confirmó durante la estancia hospitalaria dada la normalización del cuadro clínico y hematológico.

Discusión

Nuestro estudio ha mostrado que la anemia es un problema frecuente en AP, que es el nivel asistencial en el que se presentan la mayor parte de los casos y que la mayoría de ellos se pueden estudiar en este mismo ámbito. Las causas más frecuentes fueron AF, especialmente por hemorragia ginecológica y AEC.

A pesar de que no todas las anemias se diagnosticaron en AP, creemos que nuestra serie no sólo es representativa de las anemias atendidas en AP, sino también de las detectadas clínicamente en la población general, dado que el área básica de salud atendida por nuestro equipo corresponde a un barrio económicamente deprimido y con amplia utilización de los servicios sanitarios públicos. Aunque la anemia se haya detectado en otros niveles asistenciales, es habitual que los pacientes se pongan en contacto con la AP por diferentes motivos como conseguir la medicación, seguimiento de la anemia o control de la enfermedad de base.

La anemia es un problema clínico complejo, que se puede presentar

tanto de forma aguda como crónica y en cuya atención participan profesionales de diferentes niveles asistenciales. Para evitar sesgos en la distribución por diagnósticos decidimos incluir las anemias que se habían atendido en otros ámbitos (urgencias, servicios hospitalarios, etc.), ya que, de no hacerlo, quedarían infrarepresentadas determinadas causas que es poco probable que se presenten en un CAP urbano, como por ejemplo las anemias por hemorragia aguda. En las anemias ya diagnosticadas con anterioridad al inicio del estudio, y en las estudiadas en otros ámbitos asistenciales, no parecía éticamente aceptable reiniciar la investigación etiológica. En estos casos, asumiendo el riesgo de una menor precisión diagnóstica, se decidió aceptar como causas las que constaban en los informes de asistencia del hospital y en la historia clínica del paciente, aunque faltase alguno de los datos exigidos en los criterios diagnósticos.

La escasez de estudios y las diferencias metodológicas hacen que sea difícil comparar nuestro trabajo con otros publicados anteriormente. Tras llevar a cabo una búsqueda bibliográfica en MEDLINE y revisar la lista de referencias bibliográficas de los artículos incluidos en la bibliografía, la serie de anemias en AP de publicación más reciente data de 1961. Esta difiere de la nuestra en que sólo incluía los casos en los que la anemia era el principal motivo de consulta, incluía las anemias en todos

los grupos de edad y excluía las que se presentaban en fases avanzadas de otras enfermedades. En cualquier caso, el autor estimaba que el número de casos de anemia con los que se enfrentaba un médico general que atendiese a una población de 2.000 personas durante un año se situaría alrededor de 40 casos, muy por encima de las aproximadamente 18 por médico que se objetivaron en nuestro estudio. Es probable que las diferencias observadas se deban a la importante proporción de anemias carenciales que se observaron en ese estudio (un 86% probablemente era AF). Las AF constituyen casi la mitad (48%) de las anemias detectadas. La principal preocupación del clínico ante una AF, sobre todo en el varón y en la mujer posmenopáusica, es descartar una pérdida oculta de sangre que pudiese ser el primer indicio de una enfermedad grave.

La causa más frecuente de AF en nuestro estudio fue la hemorragia ginecológica. El interrogatorio de las características de la hemorragia menstrual, aunque es un criterio subjetivo, también ha sido utilizado por otros autores⁴ y creemos que puede ser útil para diferenciar un subgrupo de mujeres que requerirán una evaluación más exhaustiva. La indicación de estudio gastrointestinal en la mujer premenopáusica es un tema controvertido. En un reciente editorial⁵ se discute este aspecto a propósito de una serie de 186 mujeres premenopáusicas estudiadas en un servicio de gastroenterología⁶ en las que se halló un 12% de alteraciones en el estudio endoscópico, siendo la mitad de características malignas. Aunque el estudio presenta un sesgo de selección que impide la generalización de los resultados, plantea la necesidad de nuevos estudios a fin de definir subgrupos de pacientes en los que la evaluación gastrointestinal presente un perfil coste-efectividad más adecuado. Según estudios previos, la detección de sangre oculta en heces tiene un valor predictivo negativo elevado (94%)⁶ en poblaciones de baja prevalencia de lesiones digestivas, por lo que decidimos utilizarlo como prueba para descartar estas lesiones en las mujeres premenopáusicas con historia de hipermenorrea o metrorragia. Dada la baja sensibilidad del test (50, 75%)^{4,7} en poblaciones con mayor prevalencia, decidimos iniciar el estudio digestivo mediante endoscopia

en todos los otros casos. En las 4 mujeres premenopáusicas de nuestro estudio que afirmaban no tener menstruaciones abundantes, el estudio endoscópico digestivo mostró lesiones potencialmente causantes de AF en dos de ellas.

De los pacientes con AF estudiados en AP, se detectaron alteraciones en 16 de los 18 pacientes a los que se practicó el estudio gastrointestinal, pero sólo en 8 (44,4%) se hallaron lesiones digestivas consideradas como causa suficiente de AF (neoplasia de colon, úlcera duodenal, esofagitis, gastritis, hemorroides). Los criterios considerados como causas potenciales de AF son bastante homogéneos en todas las series^{4,7,8} a excepción de las hemorroides, la diverticulosis y los cuadros de malabsorción secundarios a gastrectomía, que no han sido incluidas por algunos autores. Nosotros hemos considerado las hemorroides como causa de AF si su presencia en la colonoscopia se asociaba a una historia de rectorragias repetidas. De hecho 2 pacientes con este diagnóstico requirieron tratamiento quirúrgico por la persistencia de rectorragia. En una serie británica⁹ de pacientes mayores de 50 años con AF estudiados en AP, y a los que se practicó fibrogastroscopia con biopsia de duodeno, sigmoidoscopia flexible y enema opaco con técnica de doble contraste, se hallaron lesiones gastrointestinales en 12 de 25 pacientes. En un paciente se diagnosticó una enfermedad celíaca y se incluyó la gastrectomía parcial como causa de AF.

Los casos de AF no explicados podrían deberse al consumo de sustancias lesivas (alcohol, salicilatos, AINE) no registradas en nuestro estudio, que hubiesen ocasionado lesiones digestivas indetectables en la endoscopia o ya curadas en el momento de llevar a cabo esta exploración, lesiones de intestino delgado cuyo estudio no se contempló, cuadros de malabsorción de hierro debidos a enfermedad celíaca o secundarios a gastrectomía parcial, alteraciones vasculares de colon derecho probablemente infradetectadas por las limitaciones derivadas de colonoscopias incompletas y posibles déficit nutricionales. En las series publicadas de AF^{4,7,8,10} que incluyen la realización de FGS, colonoscopia y estudio de intestino delgado, el porcentaje de pacientes en los que no se identifica la causa oscila en un 12-49%. El pronóstico de estos pa-

cientes es favorable^{4,10,11} con resolución de la AF en dos tercios de los casos tras un período de 18-72 meses de seguimiento. En nuestro estudio, tras un seguimiento que oscila en 11-26 meses en los 10 pacientes en los que no se identificó una causa suficiente de AF, 6 de ellos no presentaron anemia posteriormente, 2 tuvieron un nuevo episodio de AF y una paciente muestra AF persistente (fibrogastroscopia, colonoscopia completa y tránsito intestinal normal), sin que ninguno de ellos haya presentado sintomatología sugerente de enfermedad grave.

La prevalencia de enfermedad celíaca monosintomática en pacientes con AF estudiados en el hospital oscila en un 3-12%¹²⁻¹⁴. Sería conveniente llevar a cabo estudios desde la AP para conocer la prevalencia de esta enfermedad en las AF no seleccionadas. De todas formas, dado que en los últimos años ha aumentado el número de diagnósticos de enfermedad celíaca gracias al estudio de pacientes paucisintomáticos, cuando se realiza una fibrogastroscopia en la investigación de una AF sería aconsejable la toma rutinaria de biopsias de duodeno, dado que no añade iatrogenia y puede esclarecer el origen del cuadro¹².

La segunda causa de anemias en frecuencia en nuestro estudio fueron las AEC, que supusieron un 25% del total. Este cuadro se diagnostica por la coexistencia de un perfil hematológico compatible y una patología crónica que pueda explicarla. Existe acuerdo en incluir entre éstas las infecciones, neoplasias, enfermedades inflamatorias crónicas, insuficiencia renal y determinadas endocrinopatías¹⁵, pero también se han incorporado otras patologías como la hepatopatía alcohólica, la insuficiencia cardíaca congestiva, la trombosis venosa profunda, la EPOC e incluso la cardiopatía isquémica³. Las causas predominantes de las AEC de nuestra serie fueron las neoplasias y la insuficiencia renal crónica, mientras que en las series hospitalarias revisadas predominaban las infecciones³.

De los 29 pacientes de nuestro estudio en los que no se pudo realizar una aproximación diagnóstica, 19 eran mayores de 65 años y en 11 de ellos fue el juicio clínico de su médico el que desaconsejó otros exámenes. Aunque se habían propuesto criterios diagnósticos diferenciados en la

población anciana, un estudio¹⁶ realizado en personas sanas no institucionalizadas mayores de 84 años mostró unos valores hematológicos muy cercanos a la población adulta. Actualmente se considera que la anemia no es por sí misma una consecuencia del envejecimiento, aunque el sistema hematopoyético del anciano sí es más susceptible a diferentes alteraciones patológicas menores, tales como sutiles déficit nutricionales que no alterarían la eritropoyesis en un adulto. Esta controversia traduce la dificultad de la toma de decisión a la que se enfrenta el clínico cuando atiende un paciente de edad avanzada que presenta anemia. La cuestión es decidir si existe la sospecha de una enfermedad grave subyacente susceptible de ser tratada y hasta qué punto está justificada una evaluación exhaustiva.

La mayor parte de las anemias se pudieron estudiar y tratar en AP. Sólo un 13,7% se tuvo que derivar por algún motivo, y de ellas únicamente un 6,7% lo fue para el diagnóstico del cuadro, porcentaje muy similar al 8% encontrado por Fry en su serie de 1961². Coincidimos con este autor en que más de un 90% de las anemias se puede diagnosticar en AP si se cuenta con suficiente acceso a los medios diagnósticos. Este hecho debería ser tenido en cuenta a la hora de valorar los posibles sesgos de selección que se pueden dar en los trabajos sobre anemias llevados a cabo en el medio hospitalario.

Bibliografía

1. Serra Ll, Ribas L, García R, Ramon JM, Salvador G, Farran A et al. *Avaluació de l'estat nutricional de la població catalana (1992-1993). Avaluació dels hàbits alimentaris, el consum d'aliments, energia i nutrients, i de l'estat nutricional mitjançant indicadors bioquímics i antropomètrics*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1996.
2. Fry J. Clinical patterns and course of anaemias in general practice. *BMJ* 1961; II: 1732-1736.
3. Cash JM, Sears DA. The anemia of chronic disease: spectrum of associated diseases in a series of unselected hospitalized patients. *Am J Med* 1989; 87: 638-644.
4. Rocket DC, Cello JP. Evaluation of the gastrointestinal tract in patients with iron-deficiency anemia. *N Engl J Med* 1993; 329: 1691-1695.

5. Rockey DC. Gastrointestinal evaluation for premenopausal women with iron deficiency anemia: what is appropriate? (editorial). *Am J Med* 1998; 105: 356-357.
6. Bini EJ, Micale PL, Weinshel EH. Evaluation of the gastrointestinal tract in premenopausal women with iron deficiency anemia. *Am J Med* 1998; 105: 281-286.
7. Kepczyk MT, Kadakia SC. Prospective evaluation of gastrointestinal tract in patients with iron-deficiency anemia. *Dig Dis Sci* 1995; 40: 1283-1289.
8. Gordon SR, Smith R, Power GC. The role of endoscopy in the evaluation of iron deficiency anemia in patients over the age of 50. *Am J Gastroenterol* 1994; 89: 1963-1967.
9. Stellon AJ, Kenwright SE. Iron deficiency anaemia in general practice: presentations and investigations. *Br J Clin Pract* 1997; 51: 78-80.
10. Fireman Z, Kopelman Y, Sternberg A. Endoscopic evaluation of iron deficiency anemia and follow-up in patients older than age 50. Editorial. *J Clin Gastroenterol* 1998; 26 (1): 7-10.
11. Gordon S, Bensen S, Smith R. Long term follow-up of older patients with iron deficiency anemia after a negative GI evaluation. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 885-889.
12. Garrido C, Gayá J, Llompart A, Vaquer P, Sansó A, Riera J et al. Prevalencia de enfermedad celíaca monosintomática en pacientes con anemia ferropénica. *Gastroenterol Hepatol* 1997; 20 (4): 172-174.
13. Corazza GR, Valentini RA, Andreani ML, D'Anchino M, Leva MT, Ginaldi L et al. Subclinical coeliac disease is a frequent cause of iron-deficiency anemia. *Scand J Gastroenterol* 1995; 30: 153-156.
14. Ackerman Z, Eliakim R, Stalnikowicz R, Rachmilewitz D. Role of small bowel biopsy in the endoscopic evaluation of adults with iron deficiency anemia. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 2099-2102.
15. Sears DA. Anemia of chronic disease. *Med Clin North Am* 1992; 76: 567-579.
16. Zauber NP, Zauber AG. Hematologic data of healthy very old people. *JAMA* 1997; 257: 2181-2184.