



CARTAS AL EDITOR

Anemia y mortalidad tras el ingreso en una unidad geriátrica de agudos



Anaemia and mortality after admission to an acute geriatric unit

Sr. Editor:

En relación con el artículo «Prevalencia y valor pronóstico al año de la anemia en pacientes ingresados en una unidad geriátrica de agudos»¹, publicado en el último número de la REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA, se podrían realizar las siguientes aportaciones:

Se ha realizado un estudio longitudinal de similares características sobre los pacientes que ingresaron en la Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid durante el año 2009. Se agruparon los pacientes según los valores de hemoglobina (Hb) al ingreso en anemia severa (Hb < 10 g/dl), anemia leve (Hb: 10-12 g/dl en mujeres y 10-13 g/dl en varones), y el grupo que no presentaba anemia (por encima de estos valores). Como en el estudio al que se hace mención, también se analizaron variables sociodemográficas (edad, sexo e institucionalización previa), clínicas (índice de Charlson), funcionales (índice de Barthel previo y al alta, CRF previo y al alta, pérdida funcional al ingreso), mentales (CRM previo) y analíticas (albúmina, creatinina, urea, vitamina B₁₂ y ferritina). Como variable resultado, se analizó la mortalidad durante el ingreso, al mes y al año, según el registro del Índice Nacional de Defunciones del Ministerio de Sanidad.

Se recogieron durante el estudio los datos hematológicos al ingreso de 1.258 pacientes, edad media 86,83 ± 6,64 años, el 65,9% eran mujeres y el 20,1% estaban institucionalizados. La prevalencia de anemia leve y severa fue del 63,8%, similar a la presentada en el estudio de Romero Ruperto et al.¹, y mayor también a la reflejada en otros estudios en ancianos hospitalizados, y mucho más elevada que en ancianos en la comunidad². Como en el artículo al que se hace referencia y en otros encontrados en la bibliografía^{3,4}, los pacientes con anemia presentaban mayor comorbilidad y peor situación funcional previa y al alta^{5,6}, y peores niveles de albúmina. En ambos estudios, la relación entre anemia y deterioro cognitivo (medido en nuestro caso por la Escala Mental de la Cruz Roja) no resultó estadísticamente significativa (tabla 1). Es destacable que en otros estudios publicados, podemos encontrar datos que apoyan la asociación entre ambas entidades, y datos que la descartan^{7,8}.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad intrahospitalaria en los pacientes con anemia severa, leve y sin anemia (11,5, 9,2 y 9,2%, respectivamente; p = 0,60), pero sí en la mortalidad al mes (23,6, 17,3 y 14,7%, respectivamente; p = 0,026) y al año (50,8, 44,8 y 38,7%, respectivamente; p = 0,012).

Tabla 1

Características basales al ingreso según niveles de hemoglobina

	Anemia severa n = 191	Anemia leve n = 612	No anemia n = 455	Valor de p
Edad media; (años)	87,09	86,88	86,67	0,75
Sexo; (% mujeres)	66	60	73,8	0,000
Residencia; (%)	25,1	19,6	18,7	0,16
Índice de Charlson	3,00	2,83	2,58	0,008
Índice de Barthel previo	54,90	56,09	61,03	0,05
CRF previo ^a	2,87	2,77	2,6	0,076
Porcentaje de pérdida funcional ^b	54,11	54,06	54,55	0,98
CRM previo ^c	1,74	1,66	1,58	0,5
Ferritina; (mg/ml)	404,53	298,81	228,01	0,000
Vitamina B ₁₂ ; (pg/ml)	764,23	597,25	579,11	0,058
Urea; (mg/dl)	82,74	67,83	62,87	0,000
MDRD ml/min (%): ^d				
< 30 ml/min	18	8,8	6,6	
3-60 ml/min	37,6	30,2	34,3	
> 60 ml/min	44,2	60,9	59,1	0,000
Albúmina; (mg/dl)	3,05	3,21	3,45	0,000
Estancia media; (días)	9,88	10,06	9,54	0,49
Índice de Barthel al alta	45,17	46,68	51,73	0,064
Mortalidad al ingreso; (%)	11,5	10	9,2	0,60
Mortalidad al mes; (%)	23,6	17,3	14,7	0,026
Mortalidad al año; (%)	50,5	45,4	38,7	0,012

Anemia severa: Hb < 10 g/dl; Anemia leve: mujeres: Hb 10-12 g/dl; varones: Hb 10-13 g/dl.

^a CRF: escala física de la Cruz Roja.

^b Porcentaje pérdida funcional: ((índice de Barthel previo-índice de Barthel al ingreso)/índice de Barthel previo) × 100.

^c CRM: escala mental de la Cruz Roja.

^d MDRD: Modified Diet Renal Disease.

Se realizó un análisis multivariante de regresión de Cox, ajustando con edad y sexo, observando que aquellos pacientes con Hb < 10 g/dl tenían mayor mortalidad al mes (HR: 1,59; IC 95%: 1,09-2,33; p = 0,016) y al año (HR: 1,45; IC 95%: 1,09-1,92; p = 0,01), como en el estudio de Romero Ruperto et al., y en otros publicados⁹. Cuando se realizó el análisis multivariante ajustado por edad, sexo y variables significativas en el análisis univariante, (comorbilidad, situación funcional previa, albúmina y MDRD al ingreso) el

riesgo de fallecer en el grupo anemia severa ($Hb < 10 \text{ g/dl}$) perdió la significación estadística al mes del alta hospitalaria (HR: 1,16; IC 95%: 0,77-1,75; $p = 0,048$) y al año (HR: 1,13; IC 95%: 0,84-1,53; $p = 0,41$). La anemia leve no presentó diferencias estadísticamente significativas en el análisis de regresión de Cox crudo ni ajustado al mes ni al año, con respecto al grupo que no presentaba anemia al ingreso¹⁰.

En conclusión, estudiando una muestra de mayor tamaño y durante más tiempo, que incluye pacientes con una edad discretamente superior, se puede concluir que la anemia es un factor de riesgo de mortalidad al mes y al año de un ingreso hospitalario, pero condicionado a otras variables recogidas en la valoración geriátrica integral, como la situación funcional previa, la comorbilidad y la situación nutricional.

Bibliografía

- Romero Ruperto S, Pérez Bocanegra MC, Duran Taberna M, Toscano Rivera A, Barbé Gil Ortega J, San José Laporte A. Prevalencia y valor pronóstico al año de la anemia en pacientes ingresados en una unidad geriátrica de agudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015;50:122-5.
- Ble A, Fink JC, Woodman RC, Klausner MA, Windham BG, Guralnik JM, et al. Renal function, erythropoietin, and anemia of older persons: The InCHIANTI study. *Arch Intern Med.* 2005;165:2222-7.
- Denny SD, Kuchibhatla MN, Cohen HJ. Impact of anemia on mortality, cognition and function in community-dwelling elderly. *Am J Med.* 2006;119:327-34.
- Grigorian Shamagian L, Varela Román A, Mazón Ramos P, Pedreira Pérez M, Rigueiro Veloso P, González Juanatey JR. Anemia como nuevo predictor de la

- mortalidad de pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca congestiva. *Med Clin (Barc).* 2005;125:647-52.
- Penninx BW, Pahor M, Cesari M, Corsi AM, Woodman RC, Bandinelli S, et al. Anemia is associated with disability and decreased physical performance and muscle strength in the elderly. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52:719-24.
 - Landi F, Russo A, Danese P, Liperoti R, Barillaro C, Bernabei R, et al. Anemia status, hemoglobin concentration, and mortality in nursing home older residents. *J Am Med Dir Assoc.* 2007;8:322-7.
 - Chaves PH. Functional outcomes of anemia in older adults. *Semin Hematol.* 2008;45:255-60.
 - Contreras MM, Formiga F, Ferrer A, Chivite D, Padrós G, Montero AD. Perfil y pronóstico del paciente con anemia mayor de 85 años que vive en la comunidad. Estudio Octabaix. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015;50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.11.004>.
 - Urrutia A, Sacanella E, Mascaro J, Formiga F. Anemia en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45:291-7.
 - Culleton BF, Manns BJ, Zhang J, Tonelli M, Klarenbach S, Hemmelgarn BR. Impact of anemia on hospitalization and mortality in older adults. *Blood.* 2006;107:3841-6.

Beatriz Perdomo-Ramírez*, Alberto Socorro-García
y Juan José Baztán-Cortés

Servicio de Geriátrica, Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: navibea@hotmail.com (B. Perdomo-Ramírez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.06.002>

Arteritis temporal con velocidad de sedimentación globular normal



Temporal arteritis with normal erythrocyte sedimentation rate

Sr. Editor:

La arteritis temporal (AT), o de células gigantes o de Horton es considerada la vasculitis primaria más frecuente. Cuando afecta a la arteria temporal superficial causa cefalea. Si la lesión se encuentra en arterias ciliares u oftálmicas, puede provocar afectación visual transitoria o permanente. La afectación de arterias vertebrales o intracraneales es menos frecuente, siendo causa inhabitual de ictus. La velocidad de sedimentación globular (VSG) muy alta ha sido considerada criterio diagnóstico mayor de AT.

Sin embargo, el objetivar una VSG normal, no debería excluir el diagnóstico, ni implicaría una menor gravedad de la AT. En este contexto, presentamos un caso ilustrativo de estas formas de presentación con VSG normal, en las que la sospecha diagnóstica recae en la clínica orientativa acompañante.

Se trata de un varón de 83 años de edad, sin antecedentes de interés, con preservación de la funcionalidad y sin deterioro cognitivo. La primera semana de octubre del 2014 se le administró la vacuna de la gripe. Una semana después comenzó con cefalea frontal consistente en múltiples punzadas de pocos minutos de duración, recurrentes a lo largo del día, que fueron aumentando en intensidad. Se inició tratamiento a los 10 días con paracetamol (1 g cada 8 h); a pesar de lo cual, la cefalea empeoró, con aparición de náuseas, fotofobia y afectación general, por lo que a los 4 días de iniciado el tratamiento se cambió por ibuprofeno 600 mg cada 8 h, con discreta mejoría inicial. A los 16 días de iniciada la cefalea presentó un episodio de diplopía de breves segundos de duración, asociada a cefalea intensa (escala de valoración analógica [EVA]: 8/10) motivo por lo que acudió a urgencias del hospital de referencia. En dicho servicio, la exploración neurológica fue normal. Se realizó una analítica que mostró una VSG de 32 mm/h, una proteína C reactiva (PCR)

de 64,4 mg/l y recuento de plaquetas (RPQ) de 340.000/l. Se solicitó TAC craneal, que mostró un engrosamiento mucoso del seno frontal derecho y signos de atrofia cerebral leve-moderada. Se administró paracetamol 1 g ev, con desaparición de la cefalea, y se pautó al alta amoxicilina/ac. clavulánico 500/125 mg cada 8 h durante 8 días, por sospecha de sinusitis frontal. A las 3 semanas de iniciada la cefalea presentó pérdida brusca de visión del ojo derecho que remitió en 3 min. A las 4 semanas del inicio de la cefalea acudió a consultas externas de neurología. En la exploración física, las arterias temporales no induradas, con pulso y sin dolor a la palpación. Exploración neurológica, fondo de ojo y eco-Doppler de troncos supraaórticos sin alteraciones. Se repitió analítica de sangre con VSG de 35 mm/h, PCR de 84 mg/l y RPQ de 300.000/l.

Nos encontramos con un paciente con cefalea de 5 semanas de duración resistente al tratamiento analgésico, con síntomas visuales y PCR alta. A pesar de objetivar una VSG normal, se planteó la posibilidad de tratarse de una AT, por lo que se inició tratamiento con 60 mg de prednisona diarios y se solicitó biopsia de la arteria de la temporal, realizada 5 días después, que confirmó el diagnóstico. La respuesta a los corticoides fue inmediata con remisión completa de la cefalea en la primera semana.

La VSG alta, si bien es un factor relevante, no se puede considerar determinante, pues puede ser normal en un 5-20% de los casos¹⁻³.

La presencia de una VSG normal no debería retrasar el diagnóstico. La demora en el diagnóstico y posterior tratamiento podrían ser la causa de lesiones vasculares irreversibles.

Los criterios del *American College of Rheumatology* (ACR)^{4,5} tienen una alta sensibilidad y especificidad diagnóstica. Dichos criterios son: 1) edad superior a 50 años, 2) cefalea *de novo*, 3) anomalía de la arteria temporal (pulso disminuido, dolor a la palpación), 4) VSG superior a 50 mm/h, y 5) biopsia arterial positiva. La presencia de 3 criterios son diagnósticos. Los criterios del ACR no incluyen otros parámetros como son los síntomas visuales, la claudicación mandibular, la PCR alta, el RPQ > 400.000/l⁶. El caso presentado solo cumplía 2 criterios inicialmente, edad superior a 50 años y cefalea *de novo*. La sospecha diagnóstica recayó en la