

11226
6
Soy



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Unidad de Medicina Familiar No. 1

ANEMIA EN LA TERCERA EDAD
INCIDENCIA EN LA U.M.F. NUM. UNO
I.M.S.S. PUEBLA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

Para obtener el grado de Especialista en

MEDICINA FAMILIAR

presenta

DR. MARCELINO BONAGA GONZALEZ



Puebla, Pue.

1991



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
MATERIAL Y METODOS.....	8
RESULTADOS.....	19
DISCUSION.....	22
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	24
RESUMEN.....	27
AGRADECIMIENTOS.....	28
REFERENCIAS.....	29

INTRODUCCION.

Dentro de las áreas de investigación prioritaria se -- tiene a los determinantes de la calidad de alimentación y de la nutrición en México. La tercera edad, una etapa a -- la que se encuentra en franco aumento en nuestro medio, a la que se le atribuyen aspectos sociales, psicologicos y biológicos a los que el Médico Familiar se enfrenta día a día nos lleva a realizar nuevas investigaciones con res-- pecto a esta etapa de la vida, la anemia con frecuencia -- inapercibida en estos pacientes y a quienes se les deroga una importancia sutil, nos lleva a realizar encuestas y -- exploraciones en el manejo de estos pacientes.

El objetivo de conocer la incidencia de anemia en la -- tercera edad, dentro de la Unidad de Medicina Familiar de tipo urbana, determinando los factores que ocasionan anemia en los pacientes de la tercera edad y conocer los per-- centiles de la Biometría Hemática (B.H.), son de un enorme utilidad para el Médico Familiar logrando con esto me-- jorar la calidad de vida de su paciente.

Los procesos degenerativos a que se encuentran los su-- jetos que invaden la tercera edad, nos lleva a encontrar diferentes patologías en la economía humana. En México el Médico Familiar atiende un alto porcentaje de estos pa-- cientes y el proceso anémico se le da muy poca importan-- cia así como las causas de la misma, los estudios en nue-- stro medio no han sido satisfactorios ni significativos pa-- ra la elaboración estadística fidedigna.

El propósito del presente trabajo es conocer la inci-- dencia de anemia en la tercera edad, conocer los percenti

les promedio de la E.H. en estos pacientes y por último conocer las causas que desencadenan este proceso.

Desde hace tiempo se ha evidenciado en todo el mundo la tendencia hacia la creciente organización de los servicios de salud. La forma adoptada por esta organización de los -- servicios de salud social, político y económico de las diferentes naciones y en distintos periodos. Pero en todas se -- nota el mayor esfuerzo para la solución de algunos problemas de enfermedad, con el fin de lograr mayor equidad y eficacia. Esto ha dado en consecuencia, entre otras cosas, mayor número de personas con edad avanzada.

Este hecho circunstancial ha creado una serie de sucesos con implicaciones tanto en lo sociofamiliar como en lo medicinal en el más amplio sentido, que ha favorecido el desarrollo de dos ciencias: la Gerontología, que estudia el envejecimiento de los seres vivos como ciencia pura, y la Geriatria, que como ciencia aplicada, es rama de la medicina que se ocupa de los aspectos preventivos, clínicos, -- terapéuticos, rehabilitadores y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos (1,2).

El envejecimiento es un proceso que se encuentra ligado de manera absolutamente indisoluble al ciclo vital de todo ser viviente. El problema de envejecimiento está siendo estudiado actualmente a través de las disciplinas Bioquímicas, Genéticas, Inmunológicas, Microbiológicas, Neurofisiológicas y Endocrinológicas.

Aún cuando ha sido objeto de considerable investigación el mecanismo del envejecimiento del organismo no es bien --

comprendido. Es evidente que los factores genéticos son importantes en tal proceso y al igual que en muchos aspectos de la vida (3,4,5,6).

Al parecer conforme la edad avanza se desarrolla una insuficiencia inmunitaria, se dice que ha partir de los 20 -- años el nivel de timosina empieza a disminuir, por consiguiente disminuyen los linfocitos T. En cuanto a los linfocitos B no cambian con la edad sólo que disminuyen su capacidad de función y respuesta normal (7).

Así pues, podemos aseverar que el envejecimiento es un proceso que depende de factores propios del individuo (endógenos) y de factores ajenos a él (exógenos)(4,8).

De todas las enfermedades que afectan al adulto anciano las crónicas son las más frecuentes. Es lógico que así suceda porque los factores negativos acumulados por muchos años actúan ahora sobre un organismo en regresión. Por esto, son los sistemas de mayor actividad orgánica los más afectados: el aparato circulatorio, el metabolismo, el aparato locomotor, el cerebro, etc.

El programa de protección a la salud del hombre anciano debe ser dirigido a la prevención de las enfermedades prevalentes en esa edad o las consecuencias que ellas producen - (9,10).

Uno de los sistemas más comunes en los enfermos de cualquier edad es la anorexia. Esta es particularmente usual en el viejo que se enferma. La anorexia aunada a la mala dentadura, o los trastornos funcionales digestivos, a la variedad de medicamentos que se ingiere y a las limitaciones eco

nómicas propias de su condición hacen que su alimentación sea limitada e incompleta. La nutrición con estas características pueden llevarle con el tiempo a una malnutrición franca o subclínica que es la más difícil de identificar. Está bien demostrado que este factor puede prolongar la recuperación de una enfermedad, precipitarla o incluso condicionar la mayor morbilidad y mortalidad quirúrgica en este grupo de población (11,12).

El término anemia es muy general, engloba varias alteraciones de la sangre (13,14,15), la anemia en el anciano ocurre comúnmente (16,17). Entre las determinaciones analíticas más frecuentemente solicitadas al laboratorio clínico (18) figuran los recuentos celulares sanguíneos, el recuento leucocitario diferencial y la valoración de sedimentación globular. A pesar del abuso de peticiones que normalmente soporta el laboratorio, la valoración de los parámetros hematológicos debe ser valorado dentro del contexto del individuo en que se determina, debiendo ser comparado con los valores de ese mismo parámetro en ese individuo y en determinadas condiciones (de salud o no). Esta situación es utópica muchas veces y debemos recurrir a los valores de referencia de una población para poder valorar adecuadamente una determinación aislada.

Frecuentemente se utilizan como valores de referencia los que aparecen en los libros de patología, que la mayor parte de las veces no tienen un soporte experimental adecuado o, si lo tienen, no son aplicables a la población que interesa por diversas razones: distinto origen étnico, geográ

fico, metodología, etc.(19).

El eritrocito es una célula discoide, elástica, biconcava, carente de núcleo, que tienen un promedio de vida de 80 a 120 días, aunque puede variar en los ancianos un diámetro de 7.2 micras; su componente funcional principal es la hemoglobina, la cual transporta oxígeno a los tejidos, elimina el anhídrido carbónico y regula el pH sanguíneo; por lo tanto se sabe que la función principal de los hematíes es la de sintetizar, transportar y conservar la hemoglobina, de esta forma se cubrirán las necesidades tisulares de oxígeno y se controlará el equilibrio ácido básico. Una vez que el eritrocito pasa a la sangre periférica, realiza un recorrido aproximado de 325 Km. y tiene una permanencia en el torrente sanguíneo de 120 días; se produce una disminución en el contenido enzimático y finalmente los hematíes son destruidos por el sistema reticulohistiocitario, fundamentalmente en el bazo y en menor cuantía el hígado y la médula ósea (20,21,22).

Por todos estos conceptos nos damos cuenta de la importancia que reviste en el anciano el mantener cifras adecuadas de eritrocitos y hemoglobina, ya que la disminución de éstos y otros parámetros nos podrían dar un cuadro de anemia.

La presencia de anemia debe alertar al médico, de la posible presencia de ciertos desórdenes, por lo que se deberá tener cuidado en realizar un examen físico adecuado así como mandar una batería de estudios con el fin de encontrar el tipo de anemia y la causa que la está produciendo (18,20

23, 24).

M. Entisham y R. D. T. Cape (25), toman como parámetros la hemoglobina (Hb); para hombres de 11 gr./100ml. y para mujeres 10 gr./100ml. y el conteo eritrocitario de 4'000,000/mm³ y 3'500,000/mm³ respectivamente. En la ciudad de México cifras inferiores a 13 gr./100ml. y 12 gr./100ml. para hombres y mujeres, son considerados como anemia.

Los tipos de anemia más frecuentes en la vejez son:

I.- Anemia microcítica hipocrómica -anemia ferropénica-: Es la etapa final de una carencia de hierro que se inicia con el agotamiento de los depósitos de este elemento; a nivel de la médula ósea se traduce por una reducción de la hemosiderina libre y por un porcentaje disminuido de normoblastos con gránulos de hierro. Si se añade un aporte deficiente, el hierro plasmático baja y las capacidades latentes de fijación de éste aumenta, con aumento de la transferrina. Las principales situaciones en las que se puede presentar este tipo de anemia en el viejo son: a) desequilibrio entre el aporte y los requerimientos, b) defectos en la absorción y c) pérdida crónica de sangre.

II.- Anemia macrocítica normocrómica -anemia megaloblástica-: Se trata de enfermedades carenciales, generalmente por deficiencia de la B 12 y del ácido fólico, entre las causas raras figuran otros estados en los que se encuentra trastornada la síntesis de ácidos nucleicos, déficit de ácido ascórbico o de piridoxina y casos refractarios. Estas anemias se caracterizan por presencia de precursores eritrocíticos nucleados anormales (megaloblastos) en médula ósea, que ori

ginan macrocitos de formas y tamaños variables, existe leucopenia concomitante con aumento de neutrófilos hipersegmentados y quizá trombocitopenia, su frecuencia aumenta con la edad (13, 20, 22, 26, 27).

Algunos otros autores (15, 20, 24, 28) mencionan también la anemia senil, que aparece por envejecimiento de los órganos hemopoyéticos o de los que regulan la hemopoyesis siendo una entidad de controversia ya que estudios realizados refirereren la asociación de otras enfermedades como causantes de la misma.

Antes de tratar cualquier enfermedad en nuestros ancianos es conveniente hacer profilaxis, es decir, desde el cuidado de su dieta, procurar que esté adecuada y balanceada a su estado fisiológico, verificar que la masticación sea adecuada, evitar el uso de regímenes dietéticos inadecuados -- así como el abuso de laxantes, como estas se encuentran muchas otras normas profilácticas que nunca debemos olvidar - 2).

MATERIAL Y METODOS.

De los pacientes adscritos a la U.M.F. No. 1 del I.M.S.S. en Puebla, que se encuentran dentro de la tercera edad - - (9382) el 71.11% (6672), hacen uso de las instalaciones de la unidad medica familiar (29). Se determinó un tamaño de muestra (n) previa determinación estadística, resultando -- 111 pacientes.

Se incluyen pacientes mayores de 60 años de edad, de ambos sexos, asintomaticos clínicamente (sin patología agregada o con ella pero controlada medicamente), cualquier estatus socioeconómico, sin distinción de raza, con biometría hemática reciente (menos de dos meses antes de iniciado el estudio) o sin ella. Se excluyen a los pacientes que fallecen durante el estudio sin que les tomen laboratorio o aquellos que se niegan o derechan la toma del estudio. No se incluyen a los pacientes menores de 60 años de edad, pacientes con patología descontrolada clínicamente y a quienes hayan recibido tratamiento antianémico medicamentoso reciente (dos meses antes del estudio).

Seleccionados de los consultorios 2,3,9 y 12 del turno matutino y del consultorio 7 con horario discontinuo, de la unidad medica familiar, se revisaron 550 expedientes de pacientes de la tercera edad, obteniendo el tamaño de muestra según criterios de inclusión, exclusión y no inclusión. Se elaboró historia clínica completa, evaluación antropométrica, se investigó la presencia o ausencia de patología agregada y el parámetro biometría hemática. El laboratorio clínico de la unidad realizó la BH por el método manual y con

las medidas establecidas como de rutina para la toma de la muestra y el proceso de la misma, reportando los resultados en unidades establecidas para cada parámetro.

Se revisaron nuevamente los 111 expedientes clínicos para recopilar los resultados de laboratorio tomando los mismos para el análisis final, a los pacientes que se encontro con anemia, se solicito estudio integral de laboratorio para investigar la posible causa de la misma.

Se analizan los resultados obtenidos estadísticamente -- utilizando tablas, cuadros, graficas y figuras.

RESULTADOS.

De los 111 pacientes, 56 (50.45%) fueron del sexo femenino y 55 (49.54%) del sexo masculino, con un rango de 60 a 92 años de edad, con edad media de 67.83 años (TABLA 1 y -- GRAFICAS 1 y 2).

La talla promedio para el sexo masculino fué de 1.57cm. (rango de 1.48 a 1.70cm) y para el sexo femenino de 1.51cm. (rango de 1.35 a 1.64cm). El peso obtenido en la somatometría para el sexo masculino con rango de 41 a 86.9Kg una media de 66.327 Kg. y para el sexo femenino de 51.437Kg. con rango de 43 a 91.5 Kg.

Con respecto a los signos vitales obtenidos durante el estudio no hubo cambios significativos que modificaran los rangos de normalidad, así tenemos a la frecuencia cardiaca (FC) para el sexo masculino una media de 78 latidos por minuto, para el sexo femenino 77 por minuto; para la frecuencia respiratoria (FR) correspondió al sexo masculino 19.9 -- por minuto y para el femenino de 19.7 por minuto. La temperatura corporal obtenida con termómetro clínico tipo oral y tomada en forma convencional en la región axilar se obtuvo una media para el sexo masculino de 36.2°C y para el sexo -- femenino de 36.1°C, por último la toma de tensión arterial se realizó con esfigmomanómetro de mercurio tomada en reposo en el brazo derecho al inicio de la exploración; se obtuvo un promedio para el sexo masculino una sistólica de 137 (r= 90 a 180) y para la diastólica de 84 (r= 50 a 100), el sexo femenino una sistólica de 140 (r= 90 a 200) y diastólica de 81 (r= 50 a 100) (TABLA 2).

De los 111 pacientes, 78 presentaron patología agregada de los que 40 (51.28%) correspondieron al sexo masculino y 38 (48.71%) del sexo femenino, se consideró controlada clínicamente por los pacientes, el resto 33 pacientes se acusa ron sin patología agregada corroborándose en el expediente clínico personal (GRAFICA 3 y 4).

Se encontró que 81 pacientes (72.97%) contaban con el pa rámetro requerido (BH) y 30 (27.02%) que no contaban con es te requisito, solicitándose la toma de la misma.

Se analizaron los resultados de la BH, encontrando 9 pa cientes (8.1%) con anemia con una diferencia sexual de 3.5% para mujeres y 12.7% para hombres (TABLA 3).

Los valores de la media de hemoglobina (Hb) y hematocri to (Hct) no tuvieron cambios significativos con el grupo de edad, excepto en masculinos de más de 60 años de edad (TA BLA 4, FIGURAS 1 y 2).

La concentración media de hemoglobina (GMHG) y los leucoc itos no tuvieron cambios con la edad en ambos sexos.

De los pacientes que cursaron con anemia, 8 presentaban patología agregada (TABLA 5), de las cuales dos eran diabe tes mellitus, dos artritis reumatoide, una enfermedad arti cular degenerativa y cardioangioesclerosis, uno hemorroides uno con úlcera en pie izquierdo e hipertensión arterial y - uno paciente clínicamente sin patología agregada.

En estos pacientes se solicitó examen de orina, química - sanguínea, colesterol, ácido urico y VDRL; siendo significati vo en dos pacientes datos de infección urinaria, el pa--

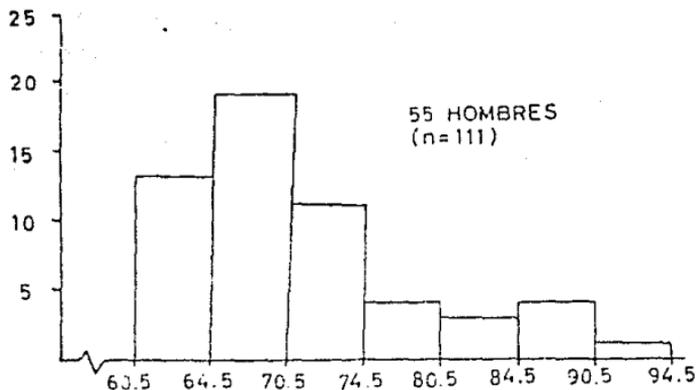
ciente que cursaba úlcera en pie izquierdo corrigió sus cifras al sanar esta, a dos pacientes con resultados de 8.5 y 8.7 gr. de Hb. se canalizaron al H.G.R. (Hospital General - Regional) al servicio de Hematología, en donde se transfundieron con dos paquetes globulares, corrigiendo sus cifras de Hb.

No presentaron datos clínicos de anemia, por lo que se clasificó como inapercibida, el tipo de anemia que se encontró fue anemia hipocrómica grado I (Hb y Hct menos del 20%) y lo que es significativo del presente estudio es que de las 9 personas con anemia 8 presentaban laboratorio previo y de las cuales uno recibió vitaminas y minerales, un paciente recibió dos paquetes globulares y seis de los restantes (75%) no recibieron tratamiento alguno.

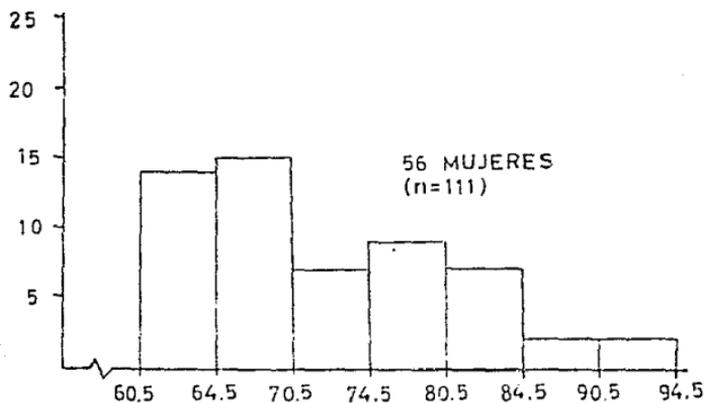
TABLA 1. DISTRIBUCION DE EDAD (n=111)

GRUPO DE EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
60-64 años	14	13	27
65-69 años	15	19	34
70-74 años	7	11	18
75-79 años	9	4	13
80-84 años	7	3	10
85-89 años	2	4	6
± 90 años	2	1	3
T O T A L	56	55	111

Fuente: Encuesta



GRAFICA 1. FRECUENCIA DE INTERVALOS HOMBRES.
Fuente: Encuesta



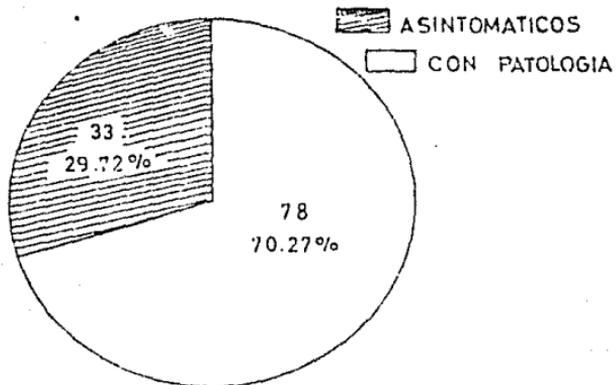
GRAFICA 2. FRECUENCIA DE INTERVALOS MUJERES.
Fuente: Encuesta

TABLA 2. SOMATOMETR

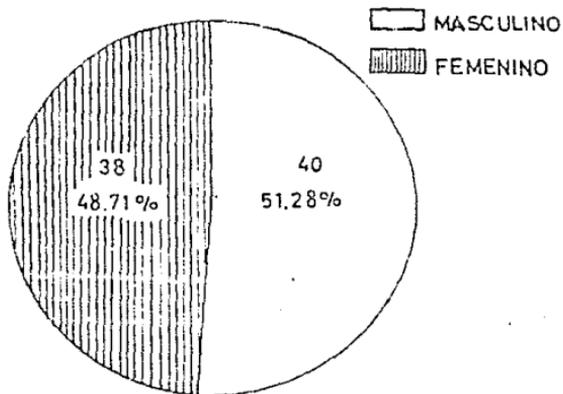
PARAMETRO	FEMENINO	MASCULINO	\bar{x} GENERAL
TALLA (cm.)	1.57 (r=1.48-1.70)	1.51 (r=1.35-1.64)	1.54
PESO (Kg.)	66,327 (r=41-86.5)	61,437 (r=43-91.5)	63,855
F.C. (lat. x min.)	78.23 (r=59-92)	77.33 (r=60-92)	77.78
F.R. (resp. x min.)	19.98 (r=16-24)	19.76 (r=18-24)	19.87
TEMPERATURA (° Centígrados)	36.2 (r=35-38)	36.16 (r=35.5-37)	36.18
TENSION ARTERIAL	SISTOLICA 137.09 (r=90-180)	140.08 (r=90-200)	138.6
	DIASTOLICA 84 (r=50-100)	81.15 (r=50-100)	82.63

\bar{x} = media r = rango F.C. = frecuencia cardiaca F.R. = frecuencia respiratoria

Fuente: Encuesta y expedientes clínicos



GRAFICA 3. ESTADO DE SALUD



GRAFICA 4. PATOLOGIA AGREGADA

TABLA 3. INCIDENCIA DE ANEMIA (n=111)

GRUPO DE EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
60-64 años	0	0	2	15.3	2	7.4
65-69 años	0	0	2	10.5	2	5.8
70-74 años	0	0	1	9.0	1	5.5
75-79 años	1	11.1	0	0	1	7.6
80-84 años	1	14.2	1	33.3	2	20.0
85-89 años	0	0	1	25.0	1	16.6
≥ 90 años	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2	3.5	7	12.7	9	8.1

n= tamaño de muestra.

N= número de pacientes con anemia.

%=porciento de pacientes con anemia en cada grupo de edad.

Fuente: Encuesta, laboratorio clínico.

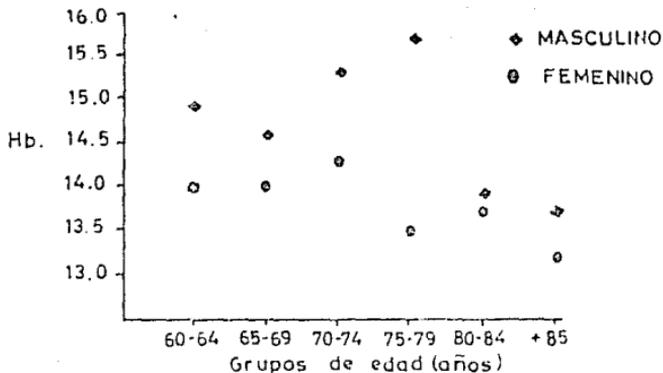


FIGURA 1. HEMOGLOBINA EN LA TERCERA EDAD
Fuente: laboratorio clínico

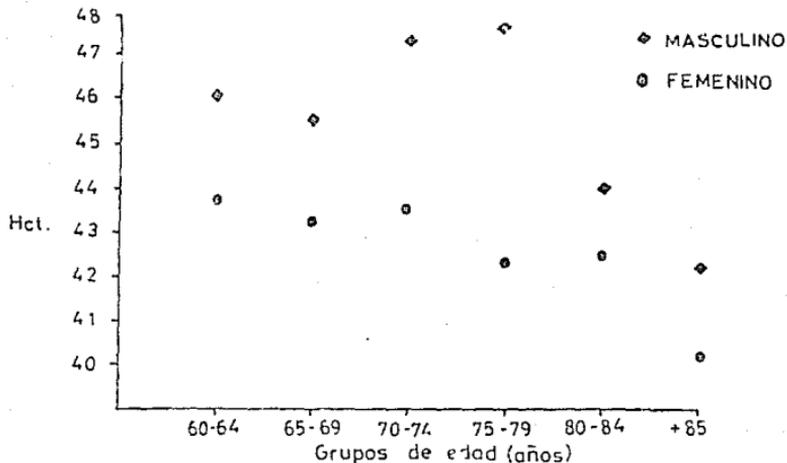


FIGURA 2. HEMATOCRITO EN ANEMIA TERCERA EDAD
Fuente: laboratorio clínico

TABLA 4. VALORES HEMATOLOGICOS.

GRUPO DE EDAD	SEXO	N	\bar{x} Hb	\bar{x} Hct	\bar{x} CMHG	\bar{x} LEUCOCITOS
60-64 años	M	13	14.9	46.0	31.6	6903.8
	F	14	14.0	43.7	31.5	6675.0
65-69 años	M	19	14.6	45.5	31.3	7510.5
	F	15	14.0	43.2	31.7	6946.6
70-74 años	M	11	15.3	47.3	31.5	7660.9
	F	7	14.3	43.5	32.2	7221.4
75-79 años	M	4	15.7	47.7	32.2	6376.5
	F	9	13.5	42.3	30.8	6688.8
80-84 años	M	3	13.9	44.0	31.3	6783.3
	F	7	13.7	42.5	31.5	7507.1
± 85 años	M	5	13.7	42.2	32.7	6275.0
	F	4	13.2	40.2	32.7	7325.0

N= número de pacientes. \bar{x} = media aritmética

Fuente: laboratorio clínico.

TABLA 5. PACIENTES CON ANEMIA

No	EDAD	SEXO	TALLA	PESO	T. A.	F.C.	F.R.	B.H. Previa	Hb.	Hct.	CMHG
1	60	M	1.56	66	160/80	80	18	Si	8.7	28	31
2	62	M	1.58	52	140/90	80	18	Si	12.9	41	31
3	67	M	1.53	49	140/90	92	20	No	8.5	31	27
4	69	M	1.54	64.5	120/80	72	18	Si	11.5	38	30
5	70	M	1.58	55	150/90	86	20	Si	10.6	36	29
6	76	F	1.48	60	140/80	70	20	Si	12.0	39	30
7	82	M	1.58	86	140/90	70	20	Si	11.7	36	32
8	84	F	1.36	43	100/50	60	20	Si	11.0	35	31
9	88	M	1.64	65	130/70	64	18	Si	11.5	35	32

TABLA 5.

No	LEUCOCITOS	TEMPERATURA	GLICEMIA	COLESTEROL	Ac. Úrico	VDRL	EXAMEN DE ORINA
1	6700	36°	97	148	4.0	-	NORMAL
2	7600	36°	86	147	5.0	-	UROSEPSIS
3	9900	36°	96	150	4.2	-	NORMAL
4	7050	36°	120	104	4.0	-	NORMAL
5	8400	36.2°	96	140	6.4	-	NORMAL
6	7300	36°	94	125	6.0	-	NORMAL
7	6200	36°	76	192	3.2	-	NORMAL
8	6100	36°	96	111	5.0	-	UROSEPSIS
9	5300	35.6°	87	132	4.3	-	NORMAL

TABLA 5. PACIENTES CON ANEMIA.

No.	PATOLOGIA AGREGADA	TRATAMIENTO
1	HEMORROIDES	DOS PAQUETES GLOBULARES
2	HIPERTENSION ARTERIAL	VITAMINAS Y MINERALES
3	DIABETES MELLITUS	DOS PAQUETES GLOBULARES
4	NINGUNA	NINGUNO
5	ARTRITIS REUMATOIDE	NINGUNO
6	ARTRITIS REUMATOIDE	NINGUNO
7	DIABETES MELLITUS	NINGUNO
8	ENF. ART. DEGENERATIVA	NINGUNO
9	ULCERA PIE IZQUIERDO	NINGUNO

Fuente: Encuesta, laboratorio y expedientes.

DISCUSION.

El término de anemia es muy general, engloba varias alteraciones de la sangre (13,14,15), la anemia en el anciano - ocurre comunmente (16,17). En el presente estudio de un total de 9382 pacientes con derecho al servicio de Medicina - Familiar en la U.M.F. No. 1 del I.M.S.S. el 71.11% hace uso de las instalaciones , se tomo un tamaño de muestra para fines estadísticos fidedignos utilizando las formulas convencionales resultando 111 pacientes, de los que se realizó en cuenta tomando en cuenta los criterios de inclusión, exclusión y no inclusión, investigando la incidencia de anemia - en la tercera edad, encontrando el 8.1% de la misma.

De los pacientes que se encontraron con esta entidad no se diagnóstico oportunamente esta patología ya que los pacientes se acusaron asintomaticos (33 pacientes) y con patología agregada (78 pacientes) siendo controlada en estos - - - - - mos, evaluada en el expediente clínico.

Aunque significativamente el porcentaje de pacientes que presentaron esta patología y comprobando el abuso frecuente de laboratorio clínico en especial el recuento celular sanguíneo (18), se encontró que 8 pacientes de los 9 que presentaron anemia contaban con este parámetro y en quienes a pesar de dicho resultado no se determinó la etiología de - - - - - esta ni se indicó tratamiento alguno ha excepción de uno - - - - - que recibió dos paquetes globulares y otro vitaminas y minerales, por lo que es claramente para el Médico Familiar - - - - - quien es el primer contacto con este tipo de pacientes la - - - - - atención que deberá presentarse ante este parámetro y la - -

subsiguiente investigación etiológica (18,20,23,24), para -
lograr una mejor calidad de vida para nuestros pacientes.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De acuerdo a los resultados obtenidos del presente estudio se concluye que la incidencia de anemia en pacientes de la tercera edad adscritos a la U.M.F. No. 1 del I.M.S.S. en Puebla es estadísticamente similar a los encontrados en -- otros estudios (17).

La incidencia encontrada fué del 8.1% de un tamaño de -- muestra de 111 pacientes mayores de 60 años que cumplieron los requisitos de inclusión, exclusión y no inclusión, sien -- do más significativo en los mayores de 50 y menos de 70 -- años de edad.

El conocimiento de los valores de referencia de los pará -- metros hemátológicos (13, 19, 30, 31), los valores encontrados a la U.M.F. No. 1 del I.M.S.S. en Puebla en pacientes en -- la tercera edad son similares a los previstos institucional -- mente (11) (TABLA 6).

De los factores causantes de anemia en un alto porcenta -- je (70.27%) de pacientes de la tercera edad, cursan con pa -- tología agregada, del presente estudio prevaleció en un 29. -- 46% de pacientes con diabetes Mellitus, 26.92% Hipertensión -- Arterial, 10.25% con Cardiopatía, 8.9% de Enfermedad artícu -- lar degenerativa, 3.84% con Artritis Reumatoide, 2.56% con -- secuelas de E.V.C., 2.56% prostatitis, y de 1.28% cada uno -- para Hemorroides, insuficiencia renal crónica, secuelas de -- tuberculosis pulmonar, insuficiencia venosa periférica, cri -- sis convulsivas, cirrosis hepática, úlcera en extremidad in -- ferior, vulvovaginitis crónica, hipotiroidismo, herpes e in -- fección de vías urinarias.

Aunque clínicamente y por laboratorio se denominan controladas, el programa denominado tercera edad debe ser dirigido a la prevención de las enfermedades prevalentes o las consecuencias de las mismas (9,10).

La recomendación de no pasar inadvertido este parámetro que en ocasiones se abusa (18), el Médico Familiar deberá hacer énfasis en el cuidado de su dieta, procurar que esté adecuada y balanceada a su estado fisiológico, verificar que la masticación sea adecuada, evitar regímenes dietéticos inadecuados así como el abuso de laxantes, corregir las causas y administrar el preparado antianémico de elección para normalizar los niveles de hemoglobina y reponer los depósitos corporales.

TABLA 6. VALORES PARAMETRICOS DE LA BIOMETRIA HEMATICA

PARAMETRO	BALCELLS		RAPAPORT		I.M.S.S.		U.M.F. No.1	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Hb. g/ml.	12 - 17	11 - 15	14	12	15 - 20	13.5 - 17	17.4 - 17.9	12.3 - 17
Hct. ml./100	40 - 54	34 - 47	41	37	45 - 60	40 - 52	42 - 54	39 - 53
CMHG %	32 - 38		32 - 36		32 - 36		30 - 34	
LEUCOCITOS	5000 - 10000		5000 - 10000		5000 - 10000		4500 - 10900	

BALCELLS (30) La clínica y el laboratorio.

RAPAPORT (13) Introducción a la hematología

I.M.S.S (31) Forma MF11.

UMF No.1 Encuesta laboratorio clínico

RESUMEN.

Se estudiaron 111 pacientes correspondientes a la tercera edad, mayores de 50 años de edad, ambos sexos, asintomáticos clínicamente (sin patología agregada o con ella pero controlada), cualquier estatus socioeconómico, sin distinción de razas, seleccionados de la consulta externa de la U.M.F. No. 1 del I.M.S.S. en Puebla. Se investigó la incidencia de anemia en la tercera edad, los percentiles de la biometría hemática (BH) en la unidad como patrón indicativo de anemia.

Se concluyó la incidencia de 8.1%, los valores de referencia de los parámetros hematológicos y los valores encontrados en el estudio fueron similares a los existentes en la institución. En un 75% de los casos con anemia no se instituyó tratamiento alguno por lo que la difusión del presente estudio deberá extenderse a los Médicos Familiares para lograr una mejor calidad de vida.

AGRADECIMIENTO.

Expresó mi gratitud a los Doctores: Yolanda Cardoso Cardoso, Virgilia Parra Davila, Adriano Espinosa Brower, Guadalupe Romero Jaramelo, Manuel Casal Limón, médicos familiares adscritos a la U.M.F. No. 1 del I.M.S.S. en Puebla, por su valiosa colaboración en la toma de muestra del presente trabajo.

REFERENCIAS.

- 1.- Salgado Alba A. Historia, definición, objetivos y fines, errores conceptuales, asistencia geriátrica. Geriatria. En - Medicine, tratado de medicina práctica. México 1984: 1980-1984.
- 2.- Young A. Point of view. There is no such thing as geriatric medicine and it's here to stay. The Lancet. July 29; - 1989:263-265.
- 3.- Daza Huendía J. Senilidad, estudio de sus padecimientos más frecuentes. Tesis de posgrado en Medicina Familiar, Méx. 1988 UNAM-SSMA.
- 4.- Langerica Salazar R. El proceso de envejecimiento en Gerontología y Geriatria. Ed. Interamericana, Méx. 1986:5-9.
- 5.- Martín A. Geriatria (Serie Práxis Clínica) Ed. El Manual Moderno, Méx. 1983:17-18.
- 6.- García OJ y Avalos MMH. Biología del envejecimiento. -- Rev. Méx. de Gerontología 1984;1(1):9-12.
- 7.- Toro PHA. La ancianidad y el sistema inmune. En Fuentes Aguilar R y cols. Geriatria. Ed. Universidad del Ejército y la Fuerza Aérea 1986:349-368.
- 8.- Hallburg JC. El paciente anciano en consulta externa. -- En Bullough y cols. Atención médica de primer nivel. Ed. La Prensa Médica Mexicana S.A. Méx. 1985:491-509.
- 9.- San Martín H. Higiene de la senectud y de la senilidad. En San Martín H. Salud y Enfermedad. Ed. La Prensa Médica - Mexicana, S.A. Méx. 1988:488-494.
- 10.- Shires DE. Ecología de la salud en las comunidades. En Shires y Hennen. Medicina Familiar. Ed. McGraw-Hill Méx. --

- 1983:228-229, 250-251 y 253-254.
- 11.- Zheng JJ and Rosenberg IH. What is the nutritional status of the elderly? *Geriatrics* 1989:44(Jun):57-64.
- 12.- Arzac P. La malnutrición en el anciano. *Rev. Méx. de Gerontología*. 1984:1(1):13-14.
- 13.- Rapaport SI. Introducción a la hematología. Ed. Salvat Méx. 1989:10-80.
- 14.- Langarica Salazar H. Anemias en Gerontología y Geriatria. Ed. Interamericana Méx. 1986:181-191.
- 15.- De Nicolai F. Geriatria. Ed. El Manual Moderno. Méx. - 1989:117-126.
- 16.- Baldwin JO. True anemia: incidence and significance in the elderly. *Geriatrics*. 1989:44(8):33-36.
- 17.- Letitia Vizaras M and Browstein H. Prevalence of anemia and correlation of hemoglobin with age in a geriatric - screening clinic population. *J Am Geriatr Soc*. 1987:35:639-643.
- 18.- Rock RC. Effects of age on common laboratory test. *Geriatrics* 1984:39(6):57-60.
- 19.- Fernández De Castro M y cols. Valores de referencia de los parámetros hematológicos básicos. Población adulta. *San gre*. 1988:33(3):188-195.
- 20.- Ibarra Ramírez Jd. Consideraciones generales de anemia en la vejez. *Rev. Méx. de Gerontología* 1985:1(3):5-8.
- 21.- Rapaport SI. Introducción a la hematología. Ed. Salvat Méx. 1989:1-9 y 80-195.
- 22.- Virella G. Los glóbulos rojos y el sistema inmune. *San gre* 1989:34(5):355-364.

23.- Martin Antony. Geriatria (Serie Praxis Clinica) Ed. El Manual Moderno. Méx. 1983:207-220.

24.- Sapra R and Armentrout SA. Hematologic complications - of the elderly. Geriatrics 1984;39(6):77-93.

25.- Zhtisham EB and Cape RDJ. Protocol for diagnosing and treating anemia. Geriatrics. 1977; (Nov):91-99.

26.- Bailey LB and Cerda JJ. Diagnosis and treatment of nutritional disorder in older patients. Geriatrics 1984;39(8) 67-74.

27.- Mc Rae ED and Freedman ML. Why vitamin B 12 deficiency should be managed aggressively. Geriatrics. 1984;44(11):70-79.

28.- Lewis JP and Feldman RF. The anemia associated with -- chronic disease. In Keeple JA. Laboratory Hematology. Ed. - Churchill Livingstone, New York U.S.A. 1984:29-41.

29.- Diagnóstico situacional de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del I.M.S.S. en Puebla. Méx. 1988.

30.- Balcells GA. La Clínica y el Laboratorio. Ed. Marín. - Méx. 1986:150-165.

31.- I.M.S.S. Forma MF11.