

<https://www.revclinesp.es>

I-167 - DÉFICIT DE FÓLICO EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

I. Sánchez Berná¹, L. Marín Lara¹, C. Fernández Roldán², R. Javier Martínez², C. Santiago Díaz¹, C. Hidalgo Tenorio², J. Pasquau Liaoño², M. López Ruz²

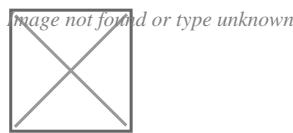
¹Servicio de Medicina Interna. ²Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen

Objetivos: El ácido fólico o vitamina B9 juega un papel esencial en la hematopoyesis. El organismo no es capaz de sintetizar ácido fólico, por lo que se obtiene mediante ingesta de verduras frescas y legumbres, con unas necesidades diarias en torno a 50-100 ug y unos depósitos totales (hígado, riñón, hematíes) de 5-10 mg, por lo que las reservas pueden deplecionarse en menos de 100 días; al contrario de lo que ocurre con la vitamina B12 en la que los depósitos son similares pero las necesidades diarias mucho menores (2-5 ug diarios) por lo que los déficits aparecen tras 1.000 días.

Métodos: Analizamos las características de los pacientes ingresados en la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Virgen de las Nieves de Granada entre los meses de septiembre y diciembre 2014, detectando aquellos que presentaban déficit de fólico al ingreso y analizando sus características.

Resultados: En el periodo analizado se ingresaron un total de 88 pacientes en la Unidad de Enfermedades Infecciosas, de los cuales se detectó un déficit de fólico en 16 de ellos (18,2%), 4 mujeres y 12 varones, con una edad media de 62 años, con las características del hemograma recogidas en la tabla. Se analizaron las causas de dicho déficit, recogidas en la figura.



Datos analíticos de los pacientes

Hemoglobina	VCM	HCM	Leucocitos	Plaquetas	Ácido fólico	Vitamina B12
11,1	83,4	28,2	7.768	268.500	2,9	523

Discusión: El déficit de fólico, como vemos, puede ser secundario a distintos factores, que se pueden englobar en 4 grandes grupos: alteración en la ingesta; alteración en la absorción; aumento de requerimientos; y aumento de la excreción urinaria. En nuestro grupo de pacientes la principal causa de

déficit de fólico fue la alteración de la ingesta, bien por consumo de alcohol u otros tóxicos, bien por la existencia de una enfermedad psiquiátrica asociada, o bien por Institucionalización en Residencia. La segunda gran causa de déficit de fólico detectada en nuestros pacientes fue el aumento de requerimientos, fundamentalmente por la existencia de una infección crónica (VIH, VHC, etc.) o neoplasia activa.

Conclusiones: Teniendo en cuenta las repercusiones hematológicas que pueden aparecer en los pacientes con déficit de fólico es interesante la detección precoz de la misma así como la suplementación, incluso preventiva, en aquellos grupos de pacientes con mayor predisposición a sufrirla.