



IC-044 - CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA CON FERROPENIA Y/O ANEMIA ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA

G. Bagüeste Morán¹, S. Fornés I March¹, C. Solé Felip¹, R. Bascompte Claret², S. Bielsa Martín¹, J. Porcel Pérez¹ y J. Morales-Rull³

¹Medicina Interna, ²UIC, ³IRB. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

Resumen

Objetivos: Analizar de los pacientes con Insuficiencia Cardiaca (IC) y ferropenia y/o anemia atendidos en la Unidad de Insuficiencia Cardiaca (UIC) de Lleida las principales etiologías de la anemia, si estudio endoscópico, proporción de ferrotterapia y formulación, y si existen diferencias respecto al manejo si cardiólogo o internista.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que analiza las características de los pacientes con ferropenia y/o anemia atendidos en una UIC. Se seleccionaron a los pacientes con anemia (Hb < 13 g/dl en hombres y < 12 g/dl en mujeres) y/o ferropenia (ferritina < 100 ng/ml o ferritina < 300 ng/ml e IST < 20%). Mediante el análisis de la base de datos de la UIC se recogió etiología, estudio, ferrotterapia y especialista.

Resultados: De un total 415 pacientes con ferropenia y/o anemia atendidos en la UIC, 194 tuvieron a un cardiólogo como referencia y 221 a un internista. Los cardiólogos completaron el estudio de la ferropenia y/o anemia en el 47% de los casos, mientras que los internistas lo completaron en un 53%. Solo se realizó estudio completo de la ferropenia y/o anemia en el 25%. Respecto a la etiología de la anemia, la enfermedad renal crónica (ERC) fue la más frecuente (36%), seguida por el sangrado gastrointestinal bajo (26%). En el 11% se identificó patología neoplásica, 10% patología gastrointestinal alta y un 4% se atribuyó a enfermedades hematológicas. En el 13% no se pudo filiar la etiología tras completar el estudio. Respecto a los estudios endoscópicos realizados, el 10,8% se sometió a gastroscopia y colonoscopia, el 8,6% a colonoscopia y sólo 1,9% a gastroscopia. En el 78,3% de los casos no se realizaron estudios endoscópicos. El 80% de los pacientes recibía tratamiento antiagregante (AAG) y/o anticoagulante (ACO). Un 47% recibían tratamiento ACO, 26% estaban con AAG y 7% tomaban ACO con AAG. En relación con el tratamiento para la ferropenia y/o anemia únicamente un 30% recibieron hierro. En el 53% de los casos se prescribió hierro oral, en un 39% venoso y un 8% una combinación de ambos.

Discusión: Observamos que de los pacientes con ferropenia y/o anemia en seguimiento por la UIC solo a un 25% se les realiza un estudio completo de anemia (que incluye endoscopia digestiva), siendo mayor cuando el especialista de referencia es internista. En el 75% de los pacientes no se concretó la etiología de la ferropenia y/o anemia. Probablemente esto indica que únicamente se completa el estudio cuando existe anemia pero no cuando existe ferropenia aislada. De los pacientes

estudiados, la causa más prevalente de anemia es la ERC y el sangrado gastrointestinal bajo. Debe tenerse en cuenta que ésta última etiología así como la neoplasia digestiva puede estar infraestimada por la baja realización de estudios endoscópicos. Respecto a estos, existe una preferencia sobre el doble estudio endoscópico (gastroscopia + colonoscopia) frente a una única prueba, probablemente en relación con la ausencia de síntomas guía. Aproximadamente la mitad (47%) de los pacientes se encontraban con ACO y un 20% con AAG, lo que podría contribuir a pérdidas hemáticas digestivas no detectadas. Respecto al tratamiento, únicamente reciben ferroterapia un 30% de los pacientes a pesar del impacto negativo de la ferropenia en la IC. De los tratados la mayoría reciben formulaciones orales, asociadas a problemas de absorción e intolerancia digestiva.

Conclusiones: Sólo el 25% de los pacientes se realiza estudio completo de la anemia, siendo más frecuente si el médico de referencia es internista. La ERC es la causa más frecuente de anemia. Los especialistas prefieren realizar doble estudio endoscópico (gastro-colonoscopia). El 80% de los pacientes reciben tratamiento con ACO y/o AAG lo que puede influir en las pérdidas digestivas. El 30% de pacientes reciben ferroterapia prefiriéndose la vía oral sobre la venosa.