



<https://www.revclinesp.es>

IC-041 - DÉFICIT DE HIERRO ASOCIADO A INSUFICIENCIA CARDÍACA EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE NIVEL 2. ADECUACIÓN A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

R. T. Sánchez del Arco¹, E. Heras Recuero², J. Hergueta González¹ y J. Machín Lázaro¹

¹UCAPI (Medicina Interna). Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. ²Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid.

Resumen

Objetivos: Conocer la prevalencia de la ferropenia en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada (IC) ingresados en el servicio de Medicina Interna (MIN) de un hospital de nivel 2. Valorar el grado de implementación de las guías de diagnóstico y tratamiento de la ferropenia en la IC y el papel del déficit de hierro en la evolución de pacientes ingresados por IC.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional de cohortes históricas. Se seleccionaron pacientes con diagnóstico CIE10 I50.1 (Insuficiencia cardiaca) e I50.9 (Insuficiencia cardiaca congestiva), ingresados en MIN entre enero de 2016 y diciembre de 2017. Se revisaron las historias clínicas, incluyéndose en una base de datos variables de interés en base a la literatura disponible. Posteriormente se efectuó el análisis descriptivo mediante el paquete estadístico STATA15.

Resultados: Se incluyeron 113 pacientes (46,9% mujeres), con una mediana de edad de 82,5 años. El 61% tenían FEVI preservada y el 25% reducida (en el resto era desconocida). Presentaban clase funcional NYHA II, III y IV el 42,4%, 24,7% y 6,4% respectivamente. El 60,18% de los pacientes mostraban ferropenia, mientras que el 54,9% padecían anemia. Entre otras causas de anemia se encontraron déficit de folato (2,7%) y de B12 (6,2%) e hipotiroidismo (4,9%). El 45,13% del total de pacientes recibió ferroterapia de algún tipo (30,97% oral, 2,65% iv, 11,50% ambos). Entre los ferropénicos el 48,52% no recibió ninguna forma de ferroterapia. La ferropenia no se asoció con una mayor tasa de reingresos ni mortalidad, como tampoco lo hizo el recibir o no tratamiento para la misma. Tampoco se hallaron diferencias a ese nivel al comparar ferroterapia iv frente a oral. Se asoció a una mayor mortalidad el sexo masculino frente al femenino (OR 2,61; IC95%: 1,15 a 5,88), el déficit de folato (OR 3,2; IC95%: 2,37 a 4,30) y de B12 (OR 5,8; IC95%: 1,06 a 31,72). También el descenso del filtrado glomerular 60 ml/min/1,73 m² (OR 2,72; IC95%: 1,17 a 6,31) o 30 ml/min/1,73 m² (OR 9,23; IC95%: 2,87 a 29,39) y la clase funcional de la NYHA > II (OR 3,07; IC95%: 1,34 a 7,03) o igual a IV (OR 13,88; IC95%: 1,60 a 119,98).

Discusión: Existe una elevada prevalencia de ferropenia en los pacientes que ingresan en MIN por IC. Asimismo, el porcentaje de estos pacientes en los que no se determina el perfil férrico es elevado, por lo que se pierden oportunidades de optimización terapéutica. Sólo la mitad de los pacientes incluidos que cumplían criterios para administración de hierro iv la recibieron. Existe evidencia de que dicho tratamiento mejora la calidad de vida y capacidad funcional (variables no consideradas por limitaciones metodológicas). Sin embargo, en nuestro estudio no se asoció a menos reingresos a diferencia de lo descrito en la literatura, lo que

podría tener relación con el pequeño tamaño muestral. La evidencia sobre el hierro oral en pacientes con IC sin anemia es menos robusta, sin embargo, en nuestro estudio se administró hasta en el 48,3% de ellos. Este hecho, junto a la baja implementación del hierro parenteral podrían deberse a que las guías de manejo de ferroterapia en IC fueron publicadas en 2016, por lo que en el momento de nuestro estudio, su uso no constituiría una práctica generalizada.

Conclusiones: La prevalencia de la ferropenia en pacientes con IC es elevada y existe un gran número de pacientes en los que no se determina el perfil férrico. Aproximadamente la mitad de los pacientes que cumplían criterios para prescripción de tratamiento con hierro no lo recibieron. Existe una baja utilización de ferroterapia iv. En nuestro estudio este tratamiento no se asoció con el descenso de ingresos o de mortalidad. Se asociaron a mayor mortalidad el sexo masculino, déficit de folato, déficit de B12, clase funcional NYHA > II y filtrado glomerular 30-60 ml/min/1,73 m².