Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):522

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

G-2. - ¿EL TIPO DE PACIENTE CON DÉFICIT DE HIERRO DETERMINA EL PROCESO DE UTILIZACIÓN DEL HOSPITAL DE DÍA PARA RECIBIR TRATAMIENTO CON HIERRO CARBOXIMALTOSA?

M. Fernández Miera, A. Abad Suero, I. Pereda Fernández, I. Sampedro García, S. González Barrera, C. Escalada Sarabia, A. Aguilera Zubizarreta, P. Sanroma Mendizábal

Hospitalización Alternativa. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

Resumen

Objetivos: La utilización de hierro carboximaltosa (HC) por vía EV para tratar el déficit de Fe ha demostrado ser efectiva y segura en múltiples tipos de pacientes. Sin embargo, el motivo para su administración y las cifras séricas a alcanzar de hemoglobina (Hb), ferritina (F) e índice de saturación de la transferrina (IST) no son las mismas en todos ellos. En nuestro hospital, en el caso de los pacientes con anemia asociada a insuficiencia renal crónica, la meta es fundamentalmente asegurar unos depósitos adecuados de Fe (F > 200 ng/mL e IST > 25%), antes de iniciar, con relativa esperanza de éxito, el tratamiento con agentes estimuladores de la eritropoyesis (AEE). En el caso de otras anemias con déficit de hierro, la pauta más habitual es conseguir las mejores cifras posibles de Hb, F e IST (con unos límites de 13 g/dL, 500 ng/mL y 50% respectivamente). El objetivo de este estudio es conocer si el tipo de paciente con déficit de hierro determina diferencias en la gestión de todo el proceso ambulatorio de administración del HC en el HD, tomando como grupo diferenciado de referencia el de los pacientes con insuficiencia renal crónica, derivados por el Servicio de Nefrología, frente al resto de pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo de los 416 pacientes que, durante 2013, acudieron al Hospital de Día para recibir HC por vía EV. Separación en 2 grupos: A) remitidos por el Servicio de Nefrología y B) resto de pacientes. Dosis a administrar en cada visita: A) la indicada por el Sº de Nefrología y con la periodicidad propuesta por el mismo -B). La calculada en el propio HD mediante la fórmula de Ganzoni, repartida en dosis semanales (la primera de un máximo de 1.000 mg) hasta alcanzar la dosis total. Control analítico: A) a criterio del Sº de Nefrología - B) determinación en el propio HD de Hb, F e IST a las 3-4 semanas de la última dosis, con repetición de ciclo de ferroterapia en función de criterios clínicos y analíticos. Se considera como un ciclo el conjunto de dosis sucesivas entre las que no transcurren más de 4 semanas. Observancia estricta de las condiciones de administración según la ficha técnica del producto. Variables registradas en cada grupo: Nº pacientes con > 1 visita, Nº pacientes con > 1 ciclo, Dosis (promedio, DE) por visita, Dosis (promedio, DE) por ciclo, Dosis (promedio, DE) por paciente. Estadísticos de comparación: test de Fisher para tablas 2 × 2, t de Student.

Resultados: Grupo A (154 pacientes) vs Grupo B (262 pacientes). Nº pacientes con > 1 visita: 23 vs 172 (p < 0,0001). Nº pacientes con > 1 ciclo: 22 vs 16 (p = 0,0078). Dosis por visita (promedio, DE):

774,86, 242,52 vs 823,23, 245,78 ($p = 0,0213$). Dosis por ciclo (promedio, DE): 779,12, 239,71 vs 1.585,05, 739,64 ($p < 0,0001$). Dosis por paciente (promedio, DE): 920,78, 436,96 vs 1.700,00, 1.035,83 ($p < 0,0001$).

Discusión: Los pacientes derivados por el Sº de Nefrología acuden al HD una sola vez con más frecuencia que el resto (85,06% vs 34,35%), pero reciben más de un ciclo de HC con más frecuencia que el resto (14,29% vs 6,11%), siendo en el 95,65% de los casos (22/23) la administración de más de un ciclo el motivo para acudir más de una vez al HD. Además, su dosis de HC, tanto por visita como por ciclo y como por persona, es claramente inferior a la del resto de pacientes.

Conclusiones: El tipo de paciente con déficit de hierro parece determinar importantes diferencias en el proceso de utilización del HD para su tratamiento con HC. Estudios similares con otros subgrupos de pacientes subsidiarios de tratamiento con HC en el HD deberían corroborar esta impresión inicial. Se necesitan estudios posteriores de efectividad y seguridad en cada subgrupo para consolidar estas diferencias de manejo.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.