

Tratamiento con hierro intravenoso en pacientes con insuficiencia cardiaca desde Atención Primaria

¹Rivera Moreno M, ²Méndez Bailón M, ³Rojo Villaescusa C

¹Centro de Salud Aldebarán

²Hospital Clínico San Carlos

³Hospital Universitario Gregorio Marañón
Madrid

²Complejo Asistencial de Salamanca
Salamanca

Cada vez es mayor la experiencia clínica de la eficacia del tratamiento con hierro intravenoso (IV) en la insuficiencia cardiaca (IC), particularmente en el anciano, hasta el punto de que se ha convertido en práctica disponible en algunos hospitales de día y en unidades especializadas en el medio hospitalario de nuestro país^{1,2}. Sin embargo, esta realidad no está teniendo la difusión que merece en el primer nivel asistencial, tal vez por falta de acceso o experiencia clínica en la administración de hierro endovenoso en el centro de salud o en otros ámbitos de la atención primaria. En este sentido, queremos presentar, brevemente, una experiencia de atención clínica integrada de tratamiento de la anemia en la IC entre el centro de salud y el Servicio de Medicina Interna de un hospital de la Comunidad de Madrid.

Se incluyeron pacientes con el diagnóstico de IC atendidos en una consulta de atención primaria en el medio urbano. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: pacientes con IC confirmada por síntomas y ecocardiografía (criterios de la Sociedad Europea de Cardiología -año 2012- para insuficiencia cardiaca)³ no preseleccionados ni por etiología ni por fracción de eyección del ventrículo izquierdo. Todos ellos se encontraban en clase funcional igual o mayor que II-III de la NYHA (*New York Heart Association*).

Se definió la presencia de anemia ferropénica por los siguientes criterios: hemoglobina menor de 12 g/dl y ferritina menor de 100 ng/dl o índice de saturación de transferrina (IST) inferior a 20 % si la ferritina estaba en rango normal (100-300 ng/dl).

Los pacientes se reclutaron desde junio de 2011 hasta agosto de 2012. Una vez que el médico de

atención primaria contactaba por correo electrónico con el médico internista del hospital, se planificaba entre ambos una fecha de visita del paciente en el hospital de día.

Los pacientes remitidos recibieron tratamiento intravenoso según el protocolo específico en el hospital de día: en general, se administraron 100 mg de hierro en la primera sesión y posteriormente 200 mg. En total, se administraron de 800 a 1000 mg de hierro IV a cada paciente.

En todos los casos, dicho tratamiento fue bien aceptado por ellos y/o sus familiares. No se presentaron efectos adversos significativos.

Se da la circunstancia de que los pacientes 1 y 3 no habían obtenido mejoría clínica ni analítica con un tratamiento oral con hierro previamente desde la consulta de atención primaria. Una vez remitidos al hospital de día, la respuesta al tratamiento con hierro IV fue buena: mejoraron la astenia y la clase funcional, aumentaron las cifras de hemoglobina y los valores tanto de ferritina como de IST. Al paciente 2 se le diagnosticó un tumor de colon durante la terapia y fue intervenido, por lo que sus resultados (especialmente la clase funcional) son poco valorables en este sentido.

Creemos que el tratamiento con hierro intravenoso es una herramienta útil para el abordaje terapéutico del anciano con IC avanzada en atención primaria. Puede mejorar la sintomatología de astenia y disnea que presentan con frecuencia estos pacientes. Se ha demostrado que es eficaz y seguro, mejora la calidad de vida y evita transfusiones y hospitalizaciones.

Somos conscientes de lo limitado de la serie, pero

la bibliografía al respecto es tan sólida que parece lógico ofrecer este recurso al primer nivel asistencial de una manera mucho más normalizada que en la actualidad, en que es muy poco accesible.

En este sentido, la terapia con hierro IV puede incluirse en la cartera de servicios de atención primaria en un futuro. Su administración es rápida (menos de 30 minutos) y con pocos efectos adversos, por lo que puede realizarse en el centro de salud o en el domicilio del paciente con adecuada supervisión médica. Esta terapia puede mejorar la calidad de vida de los enfermos con IC y evitar derivaciones a Urgencias por anemizaciones graves que conlleven, muchas veces, la indicación de transfusión o el ingreso por descompensación de la IC⁴.

Somos conscientes de que dicha prestación en atención primaria supondrá alcanzar un alto nivel de calidad y exigirá una dotación de recursos y capacitación del personal sanitario adecuadas. Se requieren, por tanto, estudios de investigación en este sentido, así como para la elaboración de protocolos de actuación integrada⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anker SD, Comin Colet J, Filippatos G, Willenheimer R, Dickstein K, Drexler H, Lüscher TF, Bart B, Banasiak W, Niegowska J, Kirwan BA, Mori C, Von Eisenhart Rothe B, Pocock SJ, Poole-Wilson PA, Ponikowski P; FAIR-HF Trial Investigators. Ferric carboxymaltose in patients with heart failure and iron deficiency. *N Engl J Med* 2009;361:2436-48.
2. Comin-Colet J, Lainscak M, Dickstein K, Filippatos GS, Johnson P, Lüscher TF, Mori C, Willenheimer R, Ponikowski P, Anker SD. The effect of intravenous ferric carboxymaltose on health-related quality of life in patients with chronic heart failure and iron deficiency: a subanalysis of the FAIR-HF study. *Eur Heart J* 2013;34:30-8.
3. McMurray JM, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Bohm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *Eur Heart J* 2012;33:1787-1847.
4. Méndez Bailón M, Muñoz Rivas N. Tratamiento de la anemia en la insuficiencia cardíaca: ¿hierro primero? *Revista Clínica Española* 2012;212:160-1.
5. Méndez Bailón M, Muñoz-Rivas N, Cano Arjona M. ¿Necesitamos programas multidisciplinares de insuficiencia cardíaca en Atención Primaria? *Aten Primaria* 2010;42:490-1