

Insuficiencia cardíaca severa y anemia

Sr. Director:

Hemos leído con interés el trabajo, recientemente publicado en *Revista Clínica Española*, en el que Recio et al¹ realizan un estudio prospectivo de los enfermos ingresados por insuficiencia cardíaca (IC) en una sala de hospitalización de Medicina Interna. Destaca el espíritu crítico sobre la importancia de esta patología que presenta elevadas tasas de ingreso y mortalidad, además de enfatizar una posible infratilización de recursos diagnósticos para conocer su etiología y, sobre todo, la utilización subóptima de los recursos terapéuticos disponibles para el tratamiento de la misma, especialmente inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), bloqueadores beta y dicumarínicos.

En relación con este trabajo quisieramos aportar una serie de comentarios y reflexiones sobre uno de los aspectos de la IC, frecuentemente ignorado, como es el de la intercurrencia de anemia. Es ésta una de las patologías más frecuentes en la población mundial; se asocia frecuentemente a muchos de los procesos médico-quirúrgicos que precisan de ingresos hospitalarios y es un factor pronóstico independiente, no sólo de la necesidad de transfusión sanguínea, sino también de morbimortalidad. Por ello resulta paradójico la ausencia de referencias a la anemia en el trabajo de Recio et al¹, cuando en este trabajo se realizaron hemogramas al 100% de los pacientes ingresados y, más aún, cuando se sabe que la anemia tiene una elevada prevalencia (30%) en los pacientes con IC², aumentando según la gravedad de la misma (el 9%, el 19%, el 52% y el 79%, para las IC clases I a IV de la *New York Heart Association* [NYHA], respectivamente)³, que la IC congestiva (ICC) *per se* puede contribuir al desarrollo de anemia, y que la anemia en el paciente con IC es un factor pronóstico independiente de mortalidad⁴⁻⁶ y de reingreso⁵. Por el contrario, el incremento en el tiempo del nivel de hemoglobina (Hb) se asocia con un descenso de la hipertrofia ventricular izquierda y con una reducción del 15,8% en el riesgo de mortalidad global ($p = 0,0009$) y del 14,2% en el de mortalidad o ingreso por IC ($p < 0,0001$)⁵. La anemia de la ICC es de origen multifactorial y a ella pueden contribuir: a) un déficit de hierro, por disminución del aporte, malabsorción o pérdidas crónicas; b) la disminución de la producción de eritropoyetina (EPO), por la insuficiencia renal crónica (IRC) que con frecuencia padecen estos pacientes y por la toma de inhibidores de la IECA; c) la pérdida urinaria de EPO y transferrina, por la proteinuria; d) la inhibición de la eritropoyesis por el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) que se encuentra elevado en estos pacientes, o e) la hemodilución, por el aumento del volumen plasmático⁷.

En este sentido, Wexler et al⁸ estudian una serie prospectiva de 388 pacientes con IC y encuentran IRC (creatinina superior a 1,5 mg/dl) en el 47,6% de ellos (siendo esta incidencia del 64% entre los pacientes anémicos), con una correlación negativa entre el nivel de creatinina y el de Hb ($p < 0,001$). En el trabajo de Recio et al¹ se solicitaron pruebas de bioquímica en el 98% de los pacientes, hallándose un valor medio de creatinina de $1,6 \pm 1,1$ mg/dl, similar al $1,7 \pm 1,1$ mg/dl del trabajo de Wexler, pero no se refleja la importancia ni de la anemia ni de la IRC.

Por otra parte, junto al déficit de producción de EPO por IRC, la incidencia de un déficit funcional de hierro, típico de enfermedad crónica, puede desempeñar un papel importante en la anemia de los pacientes con IC. En este sentido, el tratamiento de la anemia con hierro sacarato y EPO a bajas dosis en pacientes con IC severa, a pesar de llevar al menos 6 meses con el nivel máximo tolerable de medicación, aumenta significativamente los niveles de Hb y la fracción de eyección ventricular, disminuye la incidencia y duración de

las hospitalizaciones, la gravedad la IC, la dosis de furosemida, la caída de la tasa de filtración glomerular y la mortalidad³⁻⁹. Los resultados del tratamiento de la anemia con hierro sacarato y EPO también se han evidenciado en pacientes diabéticos con ICC severa¹⁰.

De los resultados de estos estudios los autores concluyen que el tratamiento de la anemia no es un sustituto de la terapia de la ICC, cuya efectividad está bien documentada, sino un aspecto importante, si no vital, de dicho tratamiento⁷. Por ello, compartiendo el espíritu crítico de Recio et al¹, creemos que es necesario un cambio en la actitud de los clínicos, tanto en lo que se refiere al proceso diagnóstico como al terapéutico, no sólo en el abordaje de la IC, sino también de la IRC y de la anemia asociadas a ella. En esta línea, el tratamiento de la anemia de la IC con dosis bajas de EPO e hierro sacarato se presenta como una opción terapéutica segura y eficaz, quedando pendiente de la realización de grandes estudios prospectivos aleatorizados y controlados que confirmen los buenos resultados clínicos obtenidos hasta ahora.

BIBLIOGRAFÍA

1. Recio Iglesias J, Alegre Martín J, Fernández de Sevilla T. Estudio prospectivo de los enfermos ingresados por insuficiencia cardíaca en una sala de hospitalización de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2004;204:362-4.
2. Urrutia A, Lupón J, González B, Parajón T, Altimir S, Coll R, et al. Prevalencia de la anemia y su correlación con los parámetros clínicos en pacientes de una unidad multidisciplinaria de insuficiencia cardíaca. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:121-5.
3. Silverberg DS, Wexler D, Blum M, Keren G, Sheps D, Leibovitch E, et al. The use of subcutaneous erythropoietin and intravenous iron for the treatment of anemia of severe, resistant congestive heart failure improves cardiac and renal function and functional cardiac class, and markedly reduces hospitalisations. *J Am Coll Cardiol*. 2000;35:1737-44.
4. Ezekowitz JA, McAlister FA, Armstrong PW. Anemia is common in heart failure and is associated with poor outcomes. *Circulation*. 2003;107:223-5.
5. Anand I, McMurray JJ, Whitmore J, Warren M, Pham A, McCamish MA, et al. Anemia and its relationship to clinical outcome in heart failure. *Circulation*. 2004;110:149-54.
6. Sharma R, Francis DP, Pitt B, Poole-Wilson PA, Coats AJ, Anker SD. Haemoglobin predicts survival in patients with chronic heart failure: a sub-study of the ELITE II trial. *Eur Heart J*. 2004;25:1021-8.
7. Silverberg DS, Wexler D, Blum M, Laina A. The importance of anemia and its correction in the management of severe congestive heart failure. *Eur J Heart Failure*. 2002;4:681-6.
8. Wexler D, Silverberg D, Sheps D, Blum M, Keren G, Laina A, et al. Prevalence of anemia in patients admitted to hospital with a primary diagnosis of congestive heart failure. *Int J Cardiol*. 2004;96:79-87.
9. Silverberg DS, Wexler D, Sheps D, Blum M, Keren G, Baruch R, et al. The effect of correction of mild anemia in severe, resistant congestive heart failure using subcutaneous erythropoietin and intravenous iron: a randomized controlled study. *J Am Coll Cardiol*. 2001;37:1775-80.
10. Silverberg DS, Wexler D, Blum M, Tchebiner JZ, Sheps D, Keren G, et al. The effect of correction of anemia in diabetics and non-diabetics with severe, resistant congestive heart failure and chronic renal failure by subcutaneous erythropoietin and intravenous iron. *Nephrol Dial Transpl*. 2003;18:141-6.

M. Muñoz Gómez^a y J. A. García Erce^b

^a GIEMSA. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga.
^b Servicio de Hematología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.