

global. En nuestra serie, las cifras de hemoglobina (Hb) fueron de $13,1 \pm 1,2$ g/dl (media/DE). De los 62 enfermos con IC, 7 (10,2%) presentaban niveles de hemoglobina (Hb) por debajo de 12,5 g/dl. Consideramos que el número de enfermos es muy escaso para poder establecer ninguna conclusión y que lo contrario podría conducir a confusión. En nuestra opinión una de las principales dificultades en la identificación y correcto manejo de la anemia reside en el desconocimiento de la prevalencia de la misma en esta población, pese a que la IC representa, al menos, el 20% de todos los ingresos hospitalarios en mayores de 65 años en Estados Unidos, con un aumento en la tasa de hospitalización del 159% desde 1997¹. Recientes aportaciones en la literatura sugieren que la anemia leve o moderada es un hecho frecuente en los enfermos con IC y que la presencia de una anemia crónica severa se ha asociado con el desarrollo de IC *de novo*. De esta manera, Tanner et al² encuentran una prevalencia de anemia del 15%. En una reciente revisión, Silverberg³ encuentra que cerca de la mitad de los enfermos presentan cifras de Hb inferiores a 12 g/dl. En un gran estudio de cohortes de 12.065 enfermos con IC realizado en Canadá⁴ se observó que el 17% de los enfermos tenía anemia, de los cuales el 58% presentaba características de una anemia de proceso crónico. Además, este estudio puso de manifiesto que existe una correlación entre la severidad de la anemia y el pronóstico, hasta el punto de que en la actualidad se considera a la anemia como un factor pronóstico independiente⁴. La anemia es común en los pacientes ancianos con ICC y aumenta con la severidad de la enfermedad⁵⁻⁷. En nuestro medio son escasos los estudios que analizan la prevalencia de anemia en pacientes con IC, aunque Urrutia et al⁸ describen hasta un 30% de anemia en los enfermos con IC, definiendo la presencia de anemia como niveles de Hb inferiores a 12 g/dl. Como se puede observar las diferencias son considerables y existe además una discrepancia acerca de las cifras de Hb definitorias de anemia, hecho este que en nuestra opinión contribuye a menospreciar la importancia real de la anemia.

Por otro lado, coincidimos con Muñoz Gómez y García Erce en la necesidad de estudiar la fisiopatología de la anemia para poder ofrecer los beneficios terapéuticos que sugieren diferentes ensayos clínicos. Sin embargo, con respecto a la afirmación que realizan dichos autores acerca de la eficacia y seguridad del tratamiento con dosis bajas de eritropoyetina (EPO) y hierro sacarato queremos recordar que los ensayos clínicos que han demostrado su eficacia incluían pacientes con insuficiencia renal^{9,10}, siendo necesarios otros ensayos que evalúen la utilidad de dicho tratamiento en enfermos que no presentan insuficiencia renal crónica.

En definitiva, queremos incidir de nuevo en la necesidad de una correcta identificación, diagnóstico y tratamiento de uno de los síndromes considerado como epidemias del siglo XXI utilizando para ello todos los recursos demostrados eficaces en los ensayos clínicos, incluida la identificación y corrección de la anemia.

BIBLIOGRAFÍA

1. 2001 Heart and Stroke statistical update. Dallas: American Heart Association; 2000.
2. Tanner H, Moschovitis GM, Hullin R, Pfiiffner D, Hess OM, Mohacsi P. The prevalence of anemia in chronic heart failure. *Int J Cardiol*. 2002; 86(1):115-21.
3. Silverberg DS, Wexler D, Iaina A. The importance of anemia and its correction in the management of severe congestive heart failure. *Eur J Heart Failure*. 2002;4:681-6.
4. Ezekowitz JA, McAlister FA, Armstrong PW. Anemia is common in heart failure and is associated with poor outcomes. Insights from a cohort of 12,065 patients with new-onset heart failure. *Circulation*. 2003;107:223-5.
5. Silverberg DS, Wexler D, Blum, Kerer G, Sheps D, Leikovitsh B, et al. The use of subcutaneous erythropoietin and intravenous iron for the treatment of the anemia of severe resistant congestive heart failure improves car-

diac and renal function, functional cardiac class, and markedly reduces hospitalizations. *J Am Cardiol*. 2000;35:1737-44.

6. Haber HL, Leavy JA, Kessler PD, Kukin ML, Gottlieb SS, Packer MM. The reythocyte sedimentation rate in congestive heart failure. *N Engl J Med*. 1991;324:353-8.

7. Rich MW, Beckham C, Wittenberg CL, Level CL, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med*. 1995;333:1190-5.

8. 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.

9. Silverberg DS, Wexler D, Sheps D, Blum, 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 randomised controlled study. *J Am Coll Cardiol*. 2001;37:1775-80.

10. Silverberg DS, Wexler D, Blum, Tchebener 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.

J. Recio Iglesias
Xxx