

## EDITORIAL

## Vivir sin anemia

## Living without anaemia



## Vivir y vivir bien: la calidad de vida relacionada con la salud

La Medicina ha cambiado extraordinariamente durante el último siglo. Eso es una obviedad. Ha cambiado no solo en sus conocimientos, en sus desarrollos tecnológicos diagnósticos y en sus avances terapéuticos, sino también en sus objetivos. No hace tanto, el cometido de la Medicina era intentar salvar la vida a pacientes con enfermedades muy graves, o aliviar sufrimientos extremos. Actualmente, los pacientes no solo quieren vivir, o vivir sin dolor, quieren vivir mejor. Esto ha conducido a poner especial interés en un término nuevo: el de «calidad de vida relacionada con la salud»<sup>1</sup>.

La calidad de vida relacionada con la salud es, sin duda, una medida fundamental del impacto de los cuidados médicos. Existe una opinión prácticamente unánime entre los profesionales de la salud de que las variables médicas tradicionales de resultados (mortalidad/morbilidad) son insuficientes para ofrecer una visión apropiada del efecto de la atención y la intervención sanitarias. Por tanto, los objetivos médicos deben orientarse no solo hacia el tratamiento de la enfermedad, sino sobre todo hacia la mejora de la calidad de vida.

## Anemia: mucho más frecuente de lo que creemos

La anemia es una alteración muy frecuente en todo el mundo, si bien existen importantes variaciones en su prevalencia, dependiendo del nivel socioeconómico de cada país. Así, mientras que en los países con escaso desarrollo y en los estratos sociales deprimidos de los países desarrollados es muy común y habitualmente está relacionada con deficiencias nutricionales, en el resto de la población es mucho menos frecuente.

A su vez, la anemia por déficit de hierro, o ferropénica, es muy prevalente y afecta a individuos de ambos sexos y de todas las edades. Se produce cuando la absorción de

hierro no cubre las demandas, ya sea por una falta de disponibilidad, un aumento de las necesidades o un aumento de las pérdidas<sup>2</sup>. En general, se estima que la depleción férrica puede estar presente en el 6% de los adultos, llegando hasta un 10-15% en el caso de las mujeres. Por su parte, la prevalencia de anemia se sitúa en el 1,5% de los hombres de entre 17-49 años y hasta el 26% de los mayores de 84 años; en las mujeres es del 12% entre 17-49 años, del 7% entre 50-64 años y del 20% en mayores de 84 años<sup>3</sup>.

Las causas más habituales de anemia ferropénica son: la desnutrición en niños, las pérdidas menstruales o la lactancia en mujeres fértiles y la hemorragia crónica, especialmente por lesiones gastrointestinales, en hombres adultos y personas mayores de 65 años<sup>4</sup>. Sin duda, la existencia de anemia en las enfermedades digestivas es muy frecuente. Se calcula que aproximadamente dos tercios de los pacientes con anemia ferropénica presentan lesiones digestivas<sup>5</sup>.

## Enfermedades digestivas y anemia: un tándem habitual

La absorción, la pérdida o la regulación del metabolismo del hierro pueden verse afectadas en muchas enfermedades digestivas<sup>6</sup>. Se estima que el 4% de las consultas o derivaciones al digestólogo están motivadas por una anemia ferropénica<sup>7</sup>.

La hemorragia digestiva (HD) crónica es la primera causa de anemia ferropénica en varones adultos y mujeres posmenopáusicas<sup>8</sup>. Sus causas son muy variadas y requiere el estudio completo del tubo digestivo para detectarla, aunque en el 5% de los casos las exploraciones convencionales no la consiguen identificar (HD recurrente de origen oscuro)<sup>9</sup>. Las etiologías más frecuentes son el uso de antiinflamatorios no esteroideos y antiagregantes, los pólipos o el cáncer de colon, el cáncer gástrico, la angiodisplasia y las enfermedades inflamatorias intestinales.

A su vez, la HD aguda es una complicación muy frecuente y motivo de consulta urgente y de hospitalización en un elevado número de casos. La pérdida más o menos rápida de sangre produce una disminución de la volemia y el subsecuente desarrollo de una anemia ferropénica post-hemorrágica. Existen pocos datos sobre la tasa de pacientes que desarrollan anemia ferropénica tras un episodio de HD aguda. En un estudio realizado en España, se comprobó que a los 30 días de un episodio de HD alta el 62% de los pacientes tenía anemia ferropénica<sup>10</sup>.

En las enfermedades inflamatorias intestinales la anemia ferropénica es la complicación sistémica más frecuente y aparece como consecuencia del sangrado, la inflamación, la malabsorción o las restricciones dietéticas<sup>11</sup>. La causa más habitual es la pérdida de sangre y la consiguiente ferropenia, pero la deficiencia de vitamina B<sub>12</sub> o ácido fólico, la malnutrición, la malabsorción, la toma de algunos fármacos o la propia inflamación también pueden dar lugar a anemia<sup>12</sup>.

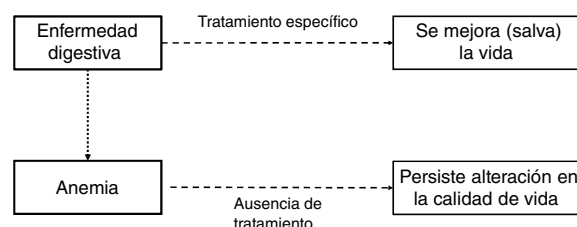
En la enfermedad celiaca la anemia es la complicación clínica extradigestiva más frecuente. Se produce como consecuencia de la malabsorción de hierro y otros micronutrientes, aunque también se ha descrito anemia de trastorno crónico como consecuencia de la inflamación y la acción de las citocinas proinflamatorias<sup>13</sup>. Se estima que el 5-6% de los pacientes diagnosticados de anemia ferropénica presentan enfermedad celiaca<sup>14</sup>. En un estudio realizado en España la prevalencia de enfermedad celiaca en pacientes con anemia ferropénica sin ninguna otra manifestación fue del 3,3%<sup>15</sup>.

En el cáncer digestivo la anemia es un hallazgo común en el momento del diagnóstico. Ya sea ferropénica o secundaria a trastorno crónico, es una de las manifestaciones más habituales y comunes, y comporta un aumento de la morbilidad y un empeoramiento de la calidad de vida.

## El gastroenterólogo y la anemia: a veces nos despistamos

Comparada con otras complicaciones, la anemia ha recibido históricamente una escasa atención por parte de los gastroenterólogos<sup>16</sup>. Además, la falta de estrategias terapéuticas adecuadas ha conllevado un aumento de la morbilidad asociada a esta entidad y un empeoramiento de la calidad de vida de estos pacientes<sup>17</sup>. Sin embargo, en la última década, la anemia asociada a enfermedades digestivas ha ido adquiriendo importancia con base en las evidencias científicas y en los avances en el conocimiento de los mecanismos productores de la enfermedad, así como en el descubrimiento de nuevas terapias.

No obstante, es frecuente que el gastroenterólogo (quizá centrado en tratar la enfermedad original) olvide el estudio y tratamiento de la anemia y la ferropenia (Figura). Así, en un estudio realizado en nuestro país en el que se analizó la prevalencia de anemia y de ferropenia en pacientes hospitalizados por enfermedades digestivas, se comprobó que la prevalencia global de anemia al ingreso y al alta estuvo en torno a cifras tan altas como el 60%. Además, a los 3-6 meses del ingreso hospitalario la prevalencia de anemia solo había disminuido a la mitad. Cabe destacar también que a más de dos tercios de los pacientes ingresados no se les estudiaron los parámetros férricos al alta hospitalaria, y que únicamente la mitad de los pacientes



**Figura 1** Es frecuente que los médicos, quizá centrados en tratar la enfermedad original, olviden el estudio y tratamiento de la anemia. Esto puede tener una importante repercusión en la calidad de vida.

ingresados recibieron tratamiento, aun tratándose de anemia grave en un considerable número de casos. De hecho, en el momento del alta hospitalaria, menos de la mitad de los pacientes, incluyendo aquellos con anemia leve/moderada y grave, recibieron tratamiento para la anemia<sup>18</sup>. Ciertamente estos datos son inaceptables, dado que la anemia y la ferropenia tienen un impacto notable sobre la calidad de vida, afectando especialmente tanto al área física como a la emocional.

## Hemorragia digestiva aguda y anemia: un ejemplo de despiste (se controla la hemorragia y se olvida la anemia)

La HD suele manejarse aceptablemente bien. Sin embargo, no sucede lo mismo con la anemia y el déficit de hierro asociados frecuentemente a la HD. Son muchas las falsas creencias que existen en torno al manejo de la anemia en pacientes con HD, tanto respecto a su prevalencia e impacto como en cuanto a su diagnóstico y tratamiento. En este número de GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA se publica una revisión en la que se destacan algunos de los errores que frecuentemente comenten los médicos en relación con la anemia secundaria a la HD<sup>19</sup>. Las conclusiones fundamentales de este trabajo son las siguientes: 1) la anemia por déficit de hierro en pacientes con HD es frecuentemente moderada o grave; 2) en los pacientes con HD la anemia y el déficit de hierro tienen un impacto muy importante sobre la calidad de vida; 3) el médico no está suficientemente sensibilizado para detectar y tratar la anemia durante el ingreso y al alta en los pacientes con HD; 4) al tratar la anemia ferropénica en los pacientes con HD, el objetivo es alcanzar un nivel de hemoglobina completamente normal; 5) la administración de hierro intravenoso no debe restringirse a los pacientes con HD que tengan una anemia grave (hemoglobina < 10 g/dL); 6) la dosis necesaria de hierro intravenoso debe individualizarse, pero frecuentemente es de unos 1.000 mg; 7) la eficacia y seguridad del hierro intravenoso está claramente establecida; 8) el tratamiento con hierro intravenoso puede ser crucial en pacientes con anemia por déficit de hierro atendidos en el servicio de urgencias por una HD autolimitada y que son dados de alta precozmente sin necesidad de ingreso, y 9) el papel del gastroenterólogo no solo consiste en controlar la HD, sino en tratar la anemia y el déficit de hierro asociados.

## Resumen

Los pacientes no solo quieren vivir, o vivir sin dolor, quieren vivir mejor. Esto ha conducido a poner especial interés en la calidad de vida relacionada con la salud. Se puede vivir con anemia, pero se vive peor. La existencia de anemia es muy frecuente en las enfermedades digestivas. No obstante, comparada con otras complicaciones, la anemia ha recibido históricamente una escasa atención por parte de los gastroenterólogos. Es frecuente que los médicos (quizá centrados en tratar la enfermedad original) olviden el estudio y tratamiento de la anemia y la ferropenia.

El manejo correcto del paciente con enfermedades gastroenterológicas pasa por la identificación de la anemia y/o ferropenia, tanto durante su ingreso como en el momento del alta hospitalaria y en el seguimiento posterior, así como por la instauración del tratamiento más idóneo para la anemia en función de la enfermedad digestiva de base. En algunos casos esta puede realizarse por vía oral, pero si la tolerancia es inadecuada, si existe la necesidad de aportar una gran cantidad de hierro o si es urgente conseguir una respuesta rápida, puede ser necesaria la vía intravenosa<sup>20</sup>.

## Bibliografía

1. Badía X. Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. *Gastroenterol Hepatol*. 2004;27 Supl 3:2-6.
2. Pérez G, Vittori D, Pregi N, Garbossa G, Nesse A. Homeostasis del hierro. Mecanismos de absorción, captación celular y regulación. *Acta Biochim Clin Latinoam*. 2005;39:301-14.
3. Guralnik JM, Eisenstaedt RS, Ferrucci L, Klein HG, Woodman RC. Prevalence of anemia in persons 65 years and older in the United States: Evidence for a high rate of unexplained anemia. *Blood*. 2004;104:2263-8.
4. Moreno Chulilla JA, Romero Colás MS, Gutiérrez Martín M. Classification of anemia for gastroenterologists. *World J Gastroenterol*. 2009;15:4627-37.
5. Vucelić D, Nenadić B, Pesko P, Bjelović M, Stojakov D, Sabljak P, et al. [Iron deficiency anemia and its importance in gastroenterology clinical practise] Serbian. *Acta Chir Iugosl*. 2007;54:91-105.
6. Gomollón F, Gisbert JP. Anemia and digestive diseases: An update for the clinician. *World J Gastroenterol*. 2009;15:4615-6.
7. Rasul I, Kandel GP. An approach to iron-deficiency anemia. *Can J Gastroenterol*. 2001;15:739-47.
8. Goddard AF, McIntyre AS, Scott BB, the British Society of Gastroenterology. Guidelines for the management of iron deficiency anaemia. *Gut*. 2000;46 Suppl 3-4:IV1-5.
9. Rockey DC. Hemorragia digestiva. En: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, editores. *Sleisenger y Fordtran. Enfermedades digestivas y hepáticas*. 8.ª ed. Madrid: Elsevier España, S. A.; 2008. p. 255-99.
10. Ballester R, Planella M, Teixidó M, Zaragoza N, Isava A, Ardèvol A, et al. Estudio prospectivo de la incidencia de anemia ferropénica post hemorragia digestiva alta. Valoración de factores predictivos. Resultados preliminares. *Gastroenterol Hepatol*. 2009;32:245.
11. Gomollón F, Gisbert JP. Anemia and inflammatory bowel diseases. *World J Gastroenterol*. 2009;15:4659-65.
12. Kulnigg S, Gasche C. Systematic review: Managing anaemia in Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006;24:1507-23.
13. Harper JW, Holleran SF, Ramakrishnan R, Bhagat G, Green PH. Anemia in celiac disease is multifactorial in etiology. *Am J Hematol*. 2007;82:996-1000.
14. Carroccio A, Iannitto E, Cavataio F, Montalto G, Tumminello M, Campagna P, et al. Sideropenic anemia and celiac disease: One study, two points of view. *Dig Dis Sci*. 1998;43:673-8.
15. Garrido C, Gaya J, Liompart A, Vaquer P, Sanso A, Riera J, et al. Prevalencia de enfermedad celíaca monosintomática en pacientes con anemia ferropénica. *Gastroenterol Hepatol*. 1997;20:172-4.
16. Gasche C. Anemia in IBD: The overlooked villain. *Inflamm Bowel Dis*. 2000;6:142-50.
17. Pizzi LT, Weston CM, Goldfarb NI, Moretti D, Cobb N, Howell JB, et al. Impact of chronic conditions on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2006;12:47-52.
18. Mearin F, Barreiro-de Acosta M, Gonzalez-Galilea A, Gisbert JP, Cucala M, Ponce J. en nombre del Grupo de Investigadores del Estudio REGIS [Prevalence and characteristics of anemia and iron deficiency in patients hospitalized for gastrointestinal diseases in Spain] Spanish. *Gastroenterol Hepatol*. 2013;36:499-507.
19. Mearin F, Lanás A, Bujanda L, Canelles P, Cotter J, Hervás A, et al. Open questions and misconceptions in the diagnosis and management of anemia in patients with gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Hepatol*. 2017 Oct 26. pii: S0210-5705(17)30220-0. doi: 10.1016/j.gastrohep.2017.08.012.[Epub ahead of print].
20. Mearin F, Balboa A, Castells A, Domínguez JE, Esteve M, García-Erce JA, et al. Anemia ferropénica y uso de hierro endovenoso en patología digestiva. *Gastroenterol Hepatol*. 2010;33:605-13.

Fermín Mearin

Servicio de Aparato Digestivo, Centro Médico Teknon,  
Barcelona, España

Correo electrónico: mearin@dr.teknon.es