

DÉFICIT DE HIERRO EN IC REDUCIDA. ¿SOLO HIERRO CARBOXIMALTOSA?

Autor: Cristina Rodríguez Sánchez-Leiva (Cardióloga Hospital Mateu Orfila Menorca)

Fecha de publicación: 20/11/2022

Patología: Insuficiencia cardiaca / Categoría: Controversia

Tiempo de lectura: 3 minutos.



Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen enlaces a artículos publicados, u otros posts de CARPRIMARIA.

Tal y como tratamos en otro [post de CARPRIMARIA](#), es fundamental que nuestros pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) y fracción de eyección reducida (FEVI) dispongan de controles analíticos que incluyan el metabolismo del hierro. Debemos analizar la ferritina y el índice de saturación (IS), aunque no se especifica los intervalos de tiempo. Para aquellos con ferropenia, definida en IC ([no sin su controversia](#)) como un valor de ferritina sérica < 100 ng/ml o de ferritina sérica de 100-300 ng/ml junto a un IS < 20%, se recomienda la administración de **hierro carboximaltosa** endovenosa, tal y como señalan las guías de la **Sociedad Europea de Cardiología** publicadas en 2021. No olvidemos que la indicación está motivada por el estudio **AFFIRM-AHF**, que demostró que los pacientes con IC y FEVI < 50% con déficit de hierro (*con los criterios antes definidos*) presentaban una reducción de la variable combinada de primera hospitalización por IC o muerte cardiovascular, y del total de hospitalizaciones por IC. El **hierro carboximaltosa** conseguía así una [indicación clase IIa y evidencia A para mejorar la calidad de vida y síntomas de estos pacientes, y B para reducir las hospitalizaciones por IC](#). Su administración mejoraba calidad de vida y síntomas al corto plazo, y reducía los ingresos hospitalarios por IC hasta un año.

En las reuniones anuales de la **American Heart Association (AHA)** se ha dado a conocer el estudio [IRONMAN](#) con otro tipo de hierro endovenoso que, administrado en pacientes

con IC y déficit de hierro, mejora los síntomas y previene ingresos hospitalarios por IC. En este caso se usó **derisomaltosa férrica** endovenosa, con buena tolerancia y seguridad. Se incluyeron un total de 1.137 pacientes del Reino Unido (*en un estudio abierto y ciego por el investigador, con pérdidas de pacientes en relación con el impacto por la COVID-19*) con IC y FEVI < 45% con déficit de hierro definida por los criterios antes mencionados de las guías europeas de práctica clínica. La mayoría eran pacientes ambulatorios (*aunque también se incluyeron algunos hospitalizados*).

¿Se puede considerar que tenemos un efecto de clase para el hierro endovenoso en la IC reducida y ligeramente reducida?

Ninguno de los dos fármacos ha demostrado la reducción de la mortalidad, pero no podemos obviar que reducir la hospitalización por IC es fundamental, ya que cada descompensación empeora el pronóstico del paciente.

Recordemos: en IC no funciona el hierro oral por problemas, entre otros, de malabsorción por el edema intestinal. La utilización de estimulantes de eritropoyetina para el paciente con anemia en IC no ha sido beneficioso. En cambio, en IC con FEVi reducida < 50%, el uso de hierro carboximaltosa y parece que ahora el hierro derisomaltosa, mejorarían calidad de vida y reducirían hospitalizaciones.

No debemos olvidar que las analíticas de nuestros pacientes con IC incluyan el metabolismo del hierro y realizar controles ambulatorios periódicos. Si se detecta ferropenia, remitir por la vía que este establecida para la administración de **hierro carboximaltosa**.



Ilustración 1. Recordando los criterios que definen ferropenia en IC

REFERENCIAS

[THE LANCET. Nov 05, 2022.](#)

