

Circuito de tratamiento de la anemia ferropénica en pericirugía.

- **AUTORES:**

Ana Martínez Bugallo; Carlos Fernández Lago; Consuelo Ramírez Cereceda; Camino Remón Higuera; Isabel Bermúdez Pestonit; Begoña Feal Cortizas

- **INTRODUCCIÓN:**

La sangre y sus derivados son un bien escaso, cuya obtención para usos terapéuticos depende del altruismo de personas sanas y las intensivas campañas de difusión para aumentar las donaciones no consiguen grandes incrementos.

Con frecuencia, pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica programada presentan anemia ferropénica por la propia patología que motiva la intervención y/o por otras concomitantes. Para disminuir el uso de transfusiones de sangre autóloga, es necesario que los pacientes lleguen a la intervención quirúrgica con unos niveles de hierro (Fe) y hemoglobina normalizados.

Por otro lado, es igualmente importante una rápida recuperación de la anemia tras sangrado quirúrgico, que permita el alta precoz y favorezca la reintegración del paciente a su actividad normal, ya que en el postoperatorio existe un déficit funcional de Fe inducido por las citoquinas y una disminución de la absorción intestinal, por lo que la administración oral de hierro no corrige en todos los casos su déficit.

En la Comisión de Transfusión, conscientes de esta problemática, se decidió incidir en este aspecto para lograr una buena preparación de los pacientes con vistas a la intervención y a su recuperación posterior.

- **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se elaboró un protocolo de tratamiento con hierro para el preoperatorio vía oral o intravenosa según la importancia de la anemia y el margen de tiempo desde su detección hasta la fecha prevista de la intervención y para la recuperación postoperatoria de la anemia. Fue aprobado por las Comisiones de Transfusión y de Farmacoterapéutica y se procedió a su difusión en el hospital.

Para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes en lista de espera quirúrgica se decidió hacer un circuito específico. Comenzamos la intervención con el Servicio de Ginecología por ser la lista con más pacientes con anemia. Se diseñó y consensuó el siguiente circuito:

- El ginecólogo solicita el perfil analítico preoperatorio para ginecología.

- Si al realizar la hematimetría la paciente tiene anemia, informáticamente se generan las determinaciones analíticas necesarias para su filiación.

- El estudio generado es informado en la Unidad de Eritropatología que indica el tratamiento.

- Cuando la paciente acude a la consulta de Ginecología o a la consulta preanestésica, los facultativos prescriben el Fe.

- Si el plazo previsto para la intervención es superior a 1 mes se indica hierro oral y se remite a la paciente al Servicio de Farmacia, donde se le proporciona la medicación necesaria junto con una hoja de instrucciones para continuar tratamiento con su médico de familia hasta la fecha de la intervención.

- Si el plazo previsto para la intervención es inferior a 1 mes y la paciente no tiene que ingresar de modo inmediato, se remite al Servicio de Transfusión para administrarle la pauta de hierro IV de modo ambulatorio.

Una vez probado el circuito con el servicio de Ginecología y ante la buena acogida y funcionamiento, se generalizó y difundió el protocolo al resto de los servicios quirúrgicos.

En los 6 meses transcurridos desde el inicio, se solicitaron 1.192 perfiles analíticos preoperatorios con perfil de anemia, de los que 868 correspondían a pacientes de ginecología y 324 a pacientes de otras cirugías en sus diferentes especialidades. Del total estudiado, 243 pacientes (20,4%) resultaron anémicos, con unas hemoglobinas que variaron entre 4,9 y 12 g/dl. Las pacientes ginecológicas supusieron el 80% de los anémicos, correspondiendo el 20% restante a pacientes de diferentes cirugías. La anemia de origen ferropénico representó el 90% de las anemias, tratándose en el 10% restante de los casos de anemias de etiologías diversas, en especial anemias de etiología compleja, afectando en este último caso especialmente a pacientes de edad avanzada.

Dado el poco tiempo transcurrido y la espera media para intervenciones quirúrgicas en torno a 80 días, es pronto para evaluar el impacto en ahorro de hemoderivados. Se ha incrementado el consumo de Fe IV en unidades en un 37%, como resultado de la detección de la anemia y la difusión del protocolo.

- **CONCLUSIONES:**

La Comisión de Transfusión es una de las comisiones de garantía de calidad más importantes y en ella tienen que estar representados los servicios consumidores de hemoderivados. En ella se han de debatir los problemas, buscar soluciones e introducir mejoras que han de ser pactadas con los servicios para que se sientan implicados y

06

VIII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios

difundidas de modo adecuado.

La protocolización de los estudios analíticos diagnósticos con el consenso de los profesionales implicados y el aprovechamiento de las utilidades informáticas permite mejorar la gestión del proceso

