

¿CÓMO ACTUAR ANTE EL DÉFICIT DE VITAMINA D?

Beatriz Loureiro Rodríguez
Medicina Interna
Hospital Santa Bárbara. Soria

CASO CLÍNICO

- Mujer 70 años
- **Motivo de consulta:** Debilidad muscular generalizada.
- **AP:** HTA, dislipemia, úlcera péptica. Hábitos tóxicos: Enolismo activo (50g/día)
- **Tratamiento:** Enalapril 20 mg/día, atorvastatina 80 mg/día, omeprazol 40mg/día.
- **Exploración:** TA 130/70. IMC 31 Kg/m²
- **Analítica:** Creatinina 0.77 mg/dl [0.50 - 0.90]
Estimación FG (CKD-EPI): 72 ml/min
PTH 80 pg/ml [15 - 65]
Calcio 9 mg/dl [8.5 - 10.5]
25-OH-Vitamina D 8 ng/ml [>30]
Fósforo 2.8 mg/dl [2.5 - 4.5]

¿QUÉ PRESENTA NUESTRA PACIENTE?



NIVELES SÉRICOS DE VITAMINA D

- Niveles rango normal: 30-60 ng/ml
- Insuficiencia vitamina D: 10-29 ng/ml
- Deficiencia vitamina D < 10 ng/ml
- Toxicidad >150 ng/ml

25-(OH) vitamina D
Calcidiol

< 10 ng/ml

Rango normal

>150 ng/ml



Deficiencia

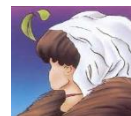
Toxicidad

↓ Ca⁺²



↑

PTH



DÉFICIT DE VITAMINA D

IMPORTANCIA DE LA VITAMINA D



METABOLISMO FOSFO-CÁLCICO

Prevención y tratamiento de la osteoporosis
Reducción de fracturas y caídas

25(OH)vitamina D
Calcio, fósforo, PTH
Estimación FG



↓ RIESGO CARDIOVASCULAR:

HVI, HTA, aterosclerosis

Efectos antiproliferativos y antiinflamatorios.



REGULACIÓN DE LA RESPUESTA INMUNITARIA INHIBE LA PROLIFERACIÓN CELULAR

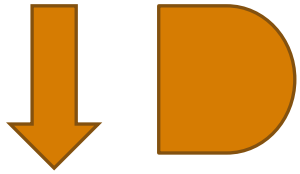


Infecciones respiratorias

DM tipo 1 (\uparrow Insulina células β), Esclerosis múltiple

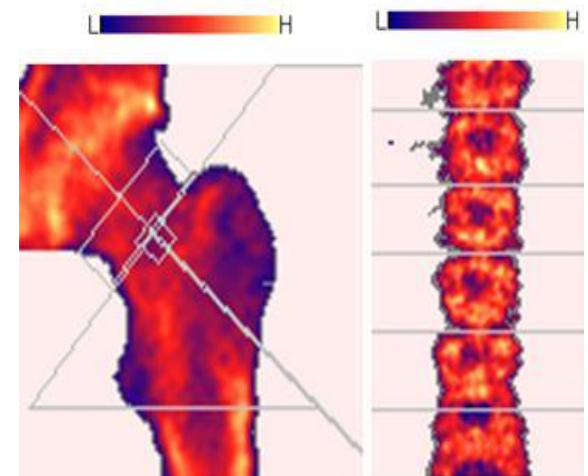
Neoplasias: Orofaringéa, esófago, gástrica, colorectal y mama.

¿ QUÉ DEBEMOS DESCARTAR?

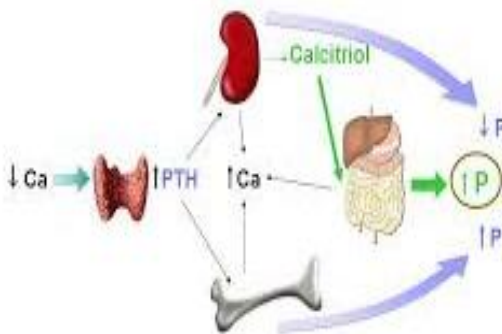


1. ENFERMEDAD ÓSEA: Osteomalacia

Osteoporosis



2. ALTERACIONES METABOLISMO FOSFO-CÁLCICO



- Hipofosfatemia
- Hipocalcemia
- Hiperfosfatemia en Enfermedad renal crónica

TRATAMIENTO CAUSAL



25-OH-Vitamina D



**FG > 60 ml/min
PTH normal o levemente elevada**

**Hiperparatiroidismo (PTH >70 pg/ml)
FG < 60 ml/min (ERC estadio 3-5)**



DÉFICIT DE VITAMINA D

**HIPERPARATIROIDISMO
SECUNDARIO RENAL**



BUSCAR LA CAUSA

**↓ 25(OH)D3(calcidiol) ↓ 1,25(OH)2D3(calcitriol)
Hipocalcemia. Hiperfosfatemia**



TRATAMIENTO

TRATAMIENTO



DÉFICIT DE VITAMINA D



- **¿Cuales son las causas de su déficit de vitamina D?**
- **¿ Qué tratamiento y dosis indicamos?**

CAUSAS



- **Déficit de síntesis cutánea:** Escasa exposición a la luz solar, ancianos
- **Déficit de aporte nutricional.**
- **Malabsorción:** EII, celíaca, by-pass gástrico.
- **Disminución de la 25-hidroxiación hepática:** Cirrosis. Obesidad
- **Fármacos inductores del CYP 450:** anticonvulsivantes, glucocorticoides, antirretrovirales, tuberculostáticos.

TRATAMIENTO

APORTES DE VITAMINA D

COLECALCIFEROL
(vitamina D3)



- **“Deficiencia”** Niveles < 10 ng/ml
50000 UI 1 vez por semana v.o durante 6-8 semanas.

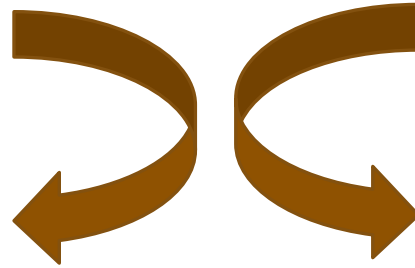


800 UI/día

- **“Insuficiencia”** Niveles 10-30 ng/ml



800-1000 UI/día



CALCIDIOL
(25-(OH)-vitamina D)



16000 UI v.o cada 2-4 semanas

(1 ampolla bebida de 0,266 mcg)



Calcio 1000 mg/día
Bifosfonatos u otros



Monitorizar los niveles cada 3-4 meses

TRATAMIENTO

HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO RENAL

1. **DÉFICIT DE CALCIDIOL** → 16000UI **Calcidiol** (1 amp bebida 0,266 mg)

Dosis única cada 15 ó 30 días



+ **hipocalcemia/hiperfosfatemia**

- Suplementos de calcio
- Dieta baja en fósforo
- Quelantes del fósforo

Persistencia PTH ↑

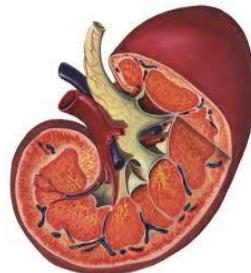
2. **PREPARADOS DE Vit D ACTIVA** →

Calcitriol 0,25-0,5 mcg/24-48h

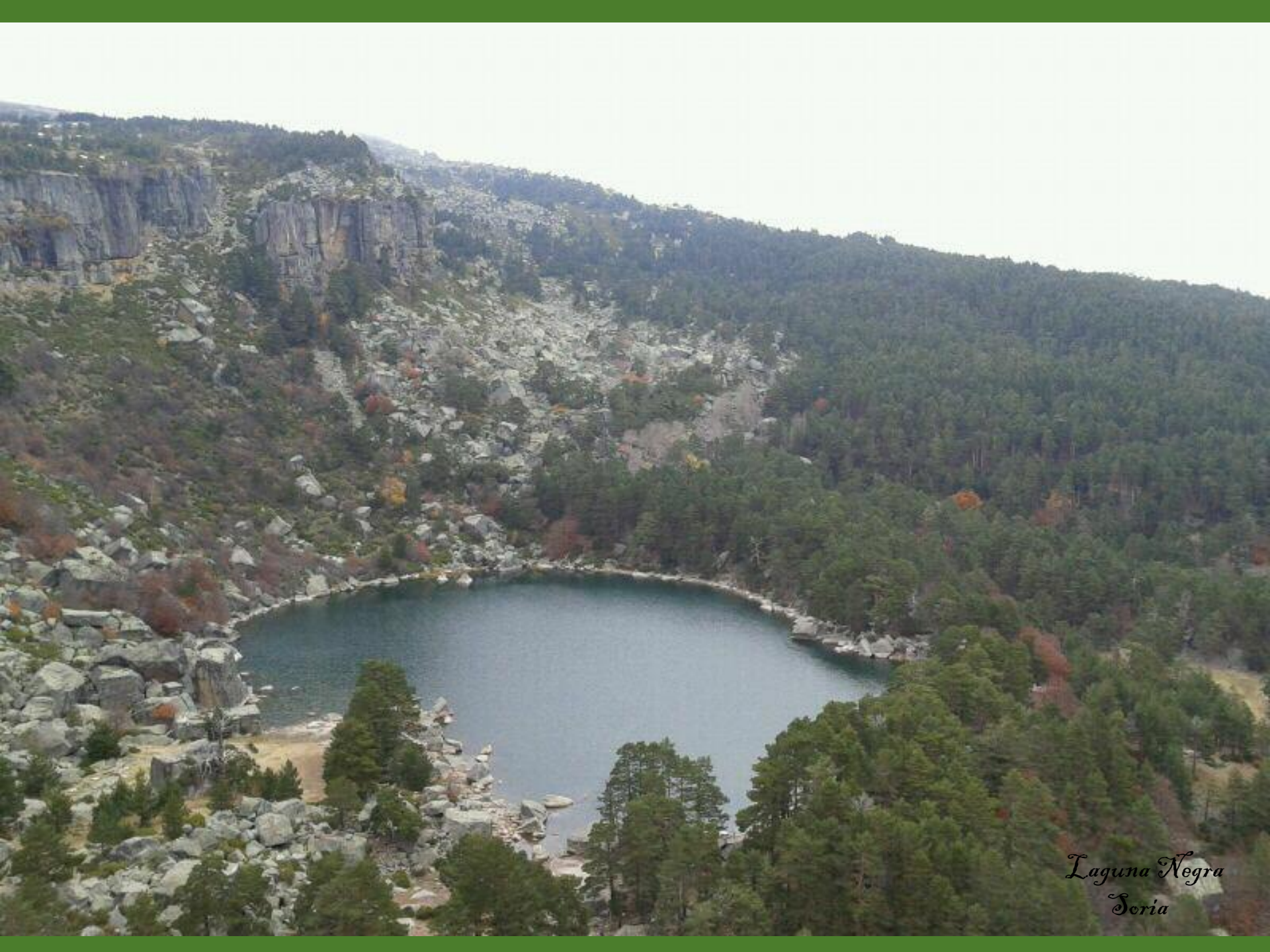
Alfacalcidol 0,25-0,5 mcg/día

Activadores selectivos RVD

Paricalcitol 1-2 mcg/día



Estrecho control niveles calcio/fósforo



Laguna Negra
Soria