

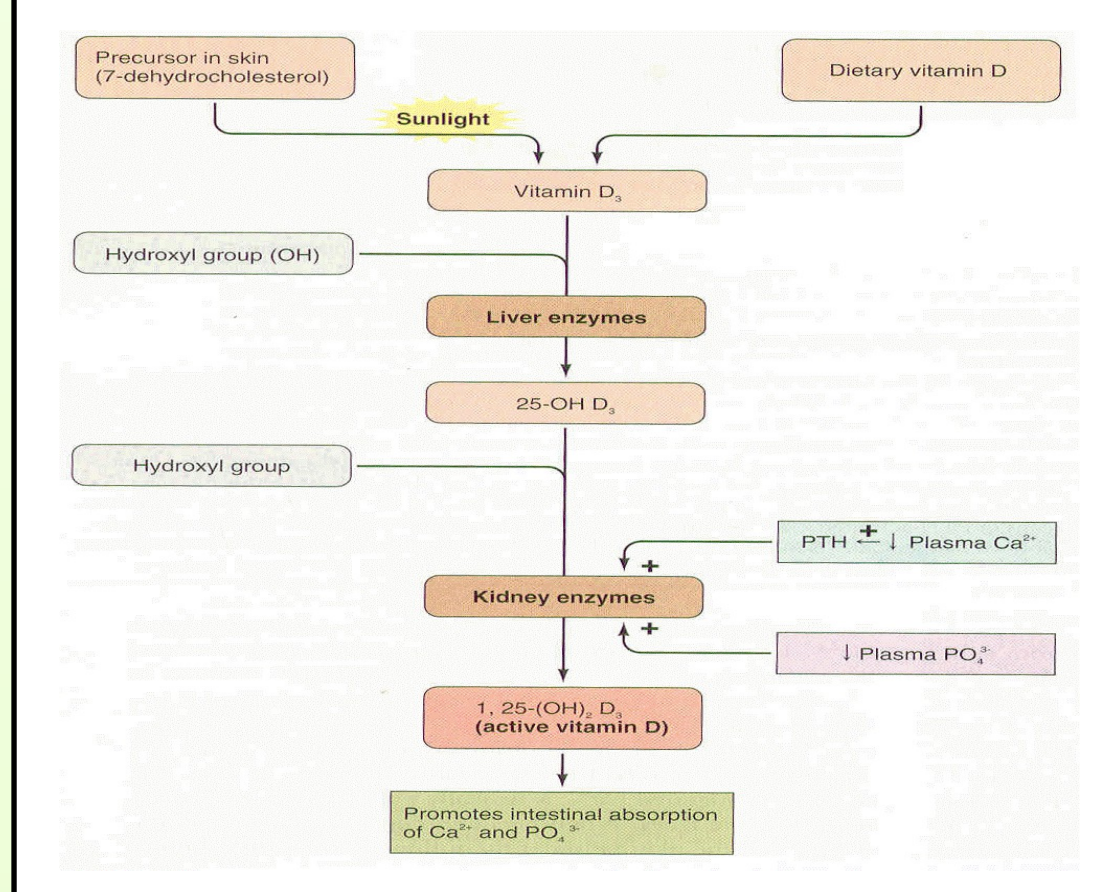


VITAMINA D: HIPOVITAMINOSIS Y SU RELACIÓN CON EL USO DE FÁRMACOS ANTIEPILEPTICOS

Cifuentes Díaz, Paloma
Torquemada Fandos, Miriam

INTRODUCCIÓN

FISIOLOGIA DE LA VITAMINA D:



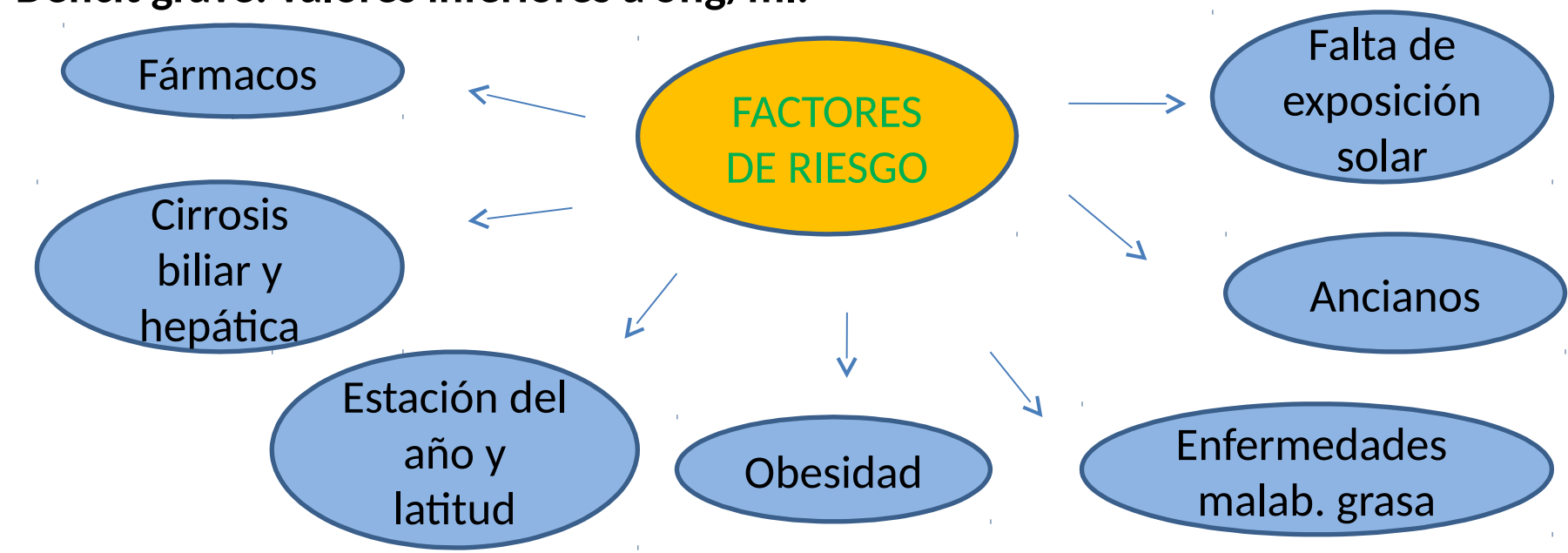
FUNCIONES DE LA VITAMINA D:

- 1-Efecto hormonal promotor de la vitamina D sobre la absorción intestinal de calcio.
- 2-Facilita la absorción de fosfato en el intestino.
- 3-Reducción de la excreción renal de calcio y fosfato.
- 4-Efecto sobre el hueso y relación con la actividad de la hormona paratiroidea.

HIPOVITAMINOSIS D:

Valores de 25 (OH) D como método de medida.

- Valores deseables >40ng/ml.
- Déficit leve: valores inferiores a 20ng/ml.
- Déficit moderado: valores inferiores a 10ng/ml.
- Déficit grave: valores inferiores a 5ng/ml.



FÁRMACOS ANTIEPILEPTICOS (FAEs):

Clasificación ATC: N03A.

Tratamiento de la epilepsia.

Tres mecanismos de acción:

- 1)Potenciar la función inhibitoria del GABA.
- 2)Disminuir la función excitatoria del glutamato.
- 3)Acción a nivel de canales iónicos de calcio y sodio.

Utilidad en otras patologías: dolor neuropático, migraña, temblor esencial y varias patologías psiquiátricas.

En psiquiatría se utiliza: carbamazepina, valproato, topiramato, zonisamida, lamotrigina, oxcarbazepina. Cada uno de ellos tiene distintas indicaciones.

Dentro de los efectos secundarios, encontramos el déficit de vitamina D. El mecanismo de disminución de esos niveles depende del tipo de fármaco:

- Inductores clásicos como la carbamazepina mediante inducción del C_p450 acelera el catabolismo de la vitamina D.
- valproico: hipótesis dice que la actividad osteoclasica estaría aumentada por un mecanismo que lleva a resorción ósea.
- Segunda generación: lamotrigina no hay datos. Oxcarbazepina no se conoce el mecanismo de acción. Zonisamida y topiramato se relacionan con la anhidrasa carbónica, que produce acidosis metabólica y como consecuencia cálculos renales y osteoporosis.
- Ultima generación como el levetiracetam necesitan mas estudios.

ENFERMEDADES ASOCIADAS A DEFICIT DE VITAMINA D:

- Raquitismo
- Osteomalacia.
- Osteoporosis.
- Otras relacionadas: Alzheimer, cáncer de próstata, esquizofrenia, disfunción eréctil y enfermedades del corazón.



TRATAMIENTO DEFICIT DE VITAMINA D:

Prevención: exposición solar 10 min/3 veces por semana.

Tratamiento déficit grave:

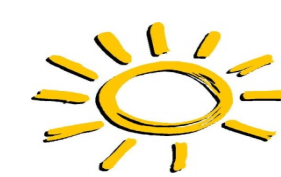
1000-2000 UI al día de vitamina D3 durante 4-6 semanas o dosis de carga de 50000 UI/día durante 7 días y seguir con dosis de mantenimiento.

En osteomalacia, gastrectomía y malabsorción dosis altas 6-12 meses.

Terapia de mantenimiento: 800 UI/día (preparado multivitamínico)

PREPARADOS COMERCIALES:

- Colecalciferol: Vitamina D3 Kern Pharma®
- Calcifediol: Hidroferol®
- Calcitriol: Rocatrol®



OBJETIVOS

Analizar la prescripción de pacientes con un déficit de vitamina D, en un centro sociosanitario de discapacidad.

Valorar la presencia de factores de riesgo principalmente la posible relación entre el tratamiento con antiepilépticos y el déficit de vitamina D.

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed, paginas de calidad de internet y diversos libros de texto.

En un centro socio sanitario de discapacidad de 202 camas se seleccionan los pacientes en tratamiento con calcifediol. En abril del 2017 presentaban este tratamiento un total de 12 pacientes.

Se recogen los valores de 25-OH-vitamina D en analíticas recientes.

Se analiza en sus ordenes médicas la presencia de antiepilépticos.

Se valoran otros factores de riesgo para el déficit de vitamina D.

RESULTADOS

Corte de pacientes con las siguientes características:

Sexo: 10 mujeres y 2 hombres.

Edad: media de 46 años con una desviación estándar de 13 años.

Se saca a un paciente del análisis por presentar insuficiencia renal.

El resto son pacientes jóvenes sin problemas hepáticos.

Los valores séricos de 25(OH)D son todos <15ng/ml y >5ng/ml.

Los pacientes deambulan y tienen exposición solar adecuada.

Dieta correcta según prescripción medica.

Prescripción de antiepilépticos salvo 2 pacientes. Prevalencia del 82% en este tipo de fármacos.

El valproico es el mas prescrito seguido de topiramato, oxcarbazepina, gabapentina, carbamazepina y levetiracetam.

CONCLUSIÓN

Existen muchos estudios que relacionan el déficit de vitamina D y las fracturas Oseas. Las revisiones parecen valorar el posible efecto preventivo de la vitamina D sobre la mortalidad y protección frente a algunas patologías.

La valoración de los niveles séricos de vitamina D se hace secundario a otras clínicas en nuestro caso debido a la presencia de anemia.

El coste de estos análisis es lo que hace que muchas veces pase desapercibido.

Los antiepilépticos se utilizan ampliamente en el tratamiento de distintas patologías psiquiátricas.

Después de la revisión bibliográfica realizada consideramos que debería de incluirse la determinación de niveles séricos de vitamina D en las analíticas habituales para mantener un control mas exhaustivo del déficit y evitar patologías asociadas a la hipovitaminosis D, especialmente en los pacientes que consumen fármacos antiepilépticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. B.M., Stanton, B.A. Berne y Levy. Fisiología. Sexta edición. Capitulo 39 pag 699-700.
2. Hall, J.E. Guyton y Hall. Tratado de fisiología medica. Decimo tercera edición. Editorial Elsevier. Capitulo 80 pag 1007-14.
3. Marazuela, M. (2005). Déficit de vitamina D en el adulto: clínica, diagnóstico y tratamiento. Servicio de endocrinología y nutrición. Hospital de la Princesa. Universidad Autónoma de Madrid.
4. Villegas Martínez, I. (2016). Suplementación con vitamina D en epilepsia: estudio en pacientes con antiepilépticos clásicos y de nueva generación. Tesis doctoral. Universidad de Murcia.