



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## V-146. - HIPOFOSFATEMIA ASOCIADA A LA ADMINISTRACIÓN DE HIERRO CARBOXIMALTOSA EN PACIENTES CON ANEMIA FERROPÉNICA

R. Sánchez González, H. Ternavasio de la Vega, S. Inés Revuelta, L. Moralejo Alonso, P. Corredera Hernández, M. Tomé García, A. Fuertes Martín

Unidad de Consulta y Atención Inmediata. Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.

### Resumen

**Objetivos:** El hierro carboximaltosa iv (HCMiv), alternativa eficaz para el tratamiento de la anemia ferropénica (AF), se asocia con la aparición de hipofosfatemia (HF). El objetivo del estudio es, en pacientes con AF tratados con HCMiv, determinar la frecuencia, momento de desarrollo y las variables asociadas con la aparición de HF.

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo realizado en la Unidad de Consulta y Atención Inmediata-Medicina Interna (noviembre 2008-diciembre 2012). Se incluyeron 125 pacientes con diagnóstico de AF (Hemoglobina [Hb] 13 g/dL en hombres o 12 g/dL en mujeres, y ferritina 30 ng/mL o receptor soluble de transferrina > 4,73 mg/L), con una determinación de fosfato sérico (FS) previa normal y al menos una determinación de FS posterior a la administración de una dosis de HCMiv. Se consideraron 4 subperíodos: P1: 1-14 días; P2: 15-21 días; P3: 22-35 días; y P4: 60-180 días tras HCMiv. Se registraron variables epidemiológicas, antecedentes, tratamientos modificadores del metabolismo del FS, causa de la AF, indicación y dosis de HCMiv, aparición de hipofosfatemia (fosfato sérico 2,5 mg/dL) e hipofosfatemia grave (1 mg/dL) y necesidad de tratamiento de la hipofosfatemia. Se realizó un estudio descriptivo y un estudio comparativo entre los grupos de acuerdo con el desarrollo de HF. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron la t de Student y la ji cuadrado. Se realizó un análisis de regresión logística (RL) para determinar las variables relacionadas con la aparición de HF. Se utilizó SPSS v.19 y una p 0,05 se consideró estadísticamente significativa.

**Resultados:** La media de edad fue 72,7 (DE 15,2) años, el 40% eran hombres. Los antecedentes más frecuentes fueron diabetes (31%) y AF (24%). Más de 27% de los pacientes tomaba antiagregantes o anticoagulantes, 35% hierro oral (HO) y 44% había recibido transfusión reciente. La media de Hb fue 9 g/dL (DE 1,3). La pérdida digestiva fue el mecanismo de desarrollo de AF más frecuente (83%). Se indicó HCMiv para reponer rápidamente los depósitos en 36%, por deficiente absorción en 34%, y por falta de respuesta al HO en 34%. 73 pacientes presentaron HF (58%, 1 caso de HF grave) y ninguno precisó tratamiento. Para los períodos P1, P2, P3 y P4 el número de pacientes con FS disponible fue 40, 62, 41 y 63, y la frecuencia (%) de HF fue 26 (65%), 31 (50%), 24 (59%) y 8 (13%), respectivamente. La media hasta la aparición de HF en el período 1-35 días fue 18 días. El grupo con HF tuvo significativamente más varones (p = 0,02), menor concentración de ferritina (p = 0,02) y FS basal (p = 0,02). En el análisis de RL, las variables que se relacionaron con la aparición de HF en el período de 1-35 días fueron (OR; IC95%; p): la edad (1,032; 1,001-1,064; 0,04), la ferritina (0,983; 0,967-0,999; 0,0001) y el FS basal (0,319; 0,112-0,908; 0,03). En aquellos con FS basal > 3,1 mg/dL el riesgo de HF se multiplicó por 1,67 (1,03-2,70) respecto a los pacientes con FS

basal ? 3,7 mg/dL.

*Discusión:* La elevada frecuencia de HF encontrada sobrepasa lo mencionado en la literatura (1-12%), pero no parece ser un efecto secundario grave. Se ha mencionado la participación de fosfatoninas, entre ellas el Fibroblast Growth Factor 23, en la fisiopatología de la HF asociada a HCMiv. La HF es frecuente, precoz y en algunos pacientes, sostenido en el tiempo. Los pacientes con mayor riesgo son aquellos de mayor edad y con concentraciones de ferritina y de FS basal más bajas.

*Conclusiones:* La hipofosfatemia asociada a HCMiv en pacientes con AF es frecuente, precoz, y puede persistir durante meses. En pacientes que reciben HCMiv deben monitorizarse las concentraciones de fosfato basalmente, en las primeras dos semanas, y periódicamente hasta la normalización.