DEFEROXAMINA

PRESENTACIONES HABITUALES

Vial 500 mg

INDICACIÓN TOXICOLÓGICA

Intoxicación aguda por hierro que reúna alguno de los siguientes criterios:

- Sideremia 300-500 µg/dl (a partir de las 4 horas de la ingesta) con presencia de síntomas digestivos (náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea) o acidosis metabólica.
- Sideremia> 500 µg/dl (a partir de las 4 horas de la ingesta) y/o presencia de síntomas sistémicos dependientes del hierro (disminución del nivel de consciencia, inestabilidad hemodinámica, acidosis metabólica).
- Ingesta superior a 180 mg/kg de hierro elemental si no se puede obtener una sideremia.
- Ingesta superior a 60 mg/kg de hierro elemental y presencia de sintomatología digestiva (náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea) o sistémica (disminución del nivel de consciencia, inestabilidad hemodinámica, acidosis metabólica), si no se puede obtener una sideremia.

El tratamiento con deferoxamina debe iniciarse precozmente, tan pronto como se identifique la presencia de criterios para su uso (como es la presencia de sintomatología sistémica) ya que el hierro se desplaza rápidamente a las células, desde donde no puede ser quelado.

POSOLOGÍA ADULTOS

Iniciar una perfusión IV continua a 5 mg/Kg/h con ascenso al cabo 15 min a 10 mg/Kg/h y a 15 mg/Kg/h al cabo de otros 15 min, si este ritmo de perfusión no genera hipotensión. Después de los primeros 1000 mg infundidos, se recomienda reducir el ritmo de infusión para alcanzar la dosis total diaria de 80 mg/kg/día (ficha técnica) y con un máximo de 6 g/día. En pacientes obesos la dosis máxima por hora es de 1 g.

El tratamiento con altas dosis de deferoxaminaprolongado (> 24 horas) se ha relacionado con la aparición de daño pulmonar agudo, por lo que, habitualmente, la duración del tratamiento no ha de sobrepasarlas 24 horas. El tratamiento se interrumpirá definitivamente cuando el paciente esté sin manifestaciones de intoxicación sistémica (buen nivel de conciencia, estabilidad hemodinámica, no acidosis metabólica), sin presencia significativa de opacidades radiográficas en el abdomen (marcador para la absorción continuada de hierro, en el caso de exista evidencia de numerosos comprimidos en una radiografía previa) y ausencia de coloración rosada de la orina (el complejo deferoxamina-hierro tiñe la orina de color rosado).

La deferoxamina puede interferir con las técnicas de determinación de la concentración plasmática de hierro, por lo que la sideremia no es, de forma aislada, un buen indicador para suspender el tratamiento.

Si a las 24 h de iniciado el tratamiento la sideremia es > 350 µg/dl o la orina sigue rosada, se podría evaluar continuar el tratamiento 6 h más.

En caso de insuficiencia renal, si el aclaramiento de creatinina es > 50 ml/min no se modifica la dosis de deferoxamina. Si el aclaramiento es de 30-50 ml/min administrar el 50% de la dosis. Si es de 10-25 ml/min administrar el 25% de la dosis. En aclaramientos < 10 ml/min no se recomienda este antídoto o combinarlo con hemodiálisis o hemodiafiltración.

POSOLOGÍA NIÑOS

Misma pauta que en adultos.

REACCIONES ADVERSAS

Hipotensión arterial, taquicardia sinusaly/o urticaria si la administración es muy rápida. Síndrome de distrés respiratorio agudo si la dosis es excesivamente alta ola infusión se prolonga más de 24 horas.

EMBARAZO Y LACTANCIA

No existe evidencia de que la deferoxamina sea teratogénica. Dada gravedad de la intoxicación por hierro, la gestante debeser tratada con los mismos criterios que cualquier adulto.

No se conoce si deferoxamina pasa a leche materna por lo que se debería decidir si abstenerse de la lactancia o del medicamento, teniendo en cuenta la necesidad de administración del medicamento a la madre.

OBSERVACIONES

Reconstituir con 5 mL de API y diluir con SF o SG5%. Para disminuir el riesgo de hipotensión empezar con 5mg/kg/h y a los 15 min aumentar a 15mg/kg/h si tolera.

No existe evidencia científica de la utilización oral de deferoxamina y bicarbonato sódico para realizar el lavado gástrico. Tampoco la hay, para recomendar la alcalinización de la orina mediante la infusión simultánea de bicarbonato sódico cuando se administre deferoxamina a no ser que el paciente esté acidótico.

DEFEROXAMINA

TRATAMIENTO PACIENTE DÍA (TPD)

6 g = 12 ampollas

DISPONIBILIDAD HOSPITALES

- **Nivel A:** No se recomienda indispensable su disponibilidad
- **Nivel B:** 36 ampollas

BIBLIOGRAFÍA

1. Desferin®. Ficha técnica del medicamento. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Disponible en: http://www.aemps.gob.es. Consultado el 18 febrero 2025.
2. Howland MA. Deferoxamine. En: Nelson LS, Howland MA, Lewin NA, Smith SW, Goldfrank LR, Hoffman RS. Goldfrank'sToxicologicEmergencies. 11th ed. McGraw Hill, New York 2019; 676-80.
3. Liebelt EL. Acuteironpoisoning[última actualización: enero 2025]. Base de datos UpToDate. Disponible en: https://www.uptodate.com. Consultado el 18 febrero 2025.
4. Perrone J. Iron. En: Nelson LS, Howland MA, Lewin NA, Smith SW, Goldfrank LR, Hoffman RS. Goldfrank'sToxicologicEmergencies. 11th ed. McGraw Hill, New York 2019; 669-75.
5. Monclús E, Domingo A. Hierro. En: Nogué S, Salgado E, Martínez L. Nogué. Toxicología clínica: Bases para el diagnóstico y el tratamiento de las intoxicaciones en servicios de urgencias, áreas de vigilancia intensiva y unidades de toxicología. 2ª edición. Elsevier. Barcelona. 2025:586-8.
6. García MM, Martínez L. Guía de utilización de antídotos en indicaciones toxicológicas. En: Nogué S. Toxicología clínica. Bases para el diagnóstico y el tratamiento de las intoxicaciones en servicios de urgencias, áreas de vigilancia intensiva y unidades de toxicología. Elsevier, Barcelona, 2025; 256.