

## **SUPLEMENTACION DE CALCIO Y VITAMINA D**

David Vasquez Awad, MD CCD FACOG . Epidemiólogo, Ginecólogo. Bogotá, Colombia.

[vasconia12008@gmail.com](mailto:vasconia12008@gmail.com)

Tema de controversia en la literatura y las opiniones médicas actuales es la suplementación de calcio y vitamina D, específicamente en la mujer post-menopáusica, que es el grupo poblacional al cual me referiré en este breve texto.

No cabe duda de que prácticamente “caminamos sobre nuestros depósitos de calcio” (99% del mineral óseo), y su déficit conlleva una serie de riesgos y patologías que hace que nuestra atención se enfoque hacia esta molécula fascinante y tan comprometida en múltiples órganos y sistemas de la economía corporal.

Por la limitante de la extensión de este texto, omitiré lo relacionado con la importancia, la absorción y la fisiopatología del calcio y su déficit. Me centraré en la suplementación.

Se sabe que la absorción intestinal y la reabsorción tubular de calcio declinan después de la menopausia<sup>1</sup>. Hay evidencia de que dosis por debajo de 400 mg al día son ineficaces<sup>1</sup>. La mayoría de autores sitúan entre 700 y 1.200 mg al día la dosis adecuada para suplementación<sup>1</sup>. Lo ideal es obtener estas dosis en la dieta, esencialmente en el consumo de lácteos, lo cual casi nunca es posible; por esta razón, la suplementación con productos farmacéuticos es práctica común. También hay controversia en cuál sería la sal ideal para suplementar aunque la mayoría de los expertos se inclina por el citrato<sup>1,2</sup>. Ha sido cuestionado el uso del calcio en la última década en razón de un eventual aumento del riesgo cardiovascular; sin embargo, la evidencia que sustenta este eventual riesgo ha sido cuestionada por aspectos metodológicos de los estudios que sustentan esta teoría<sup>2</sup>.

El tema de la vitamina D es aún más controvertido. El déficit de esta molécula se ha relacionado en años recientes con riesgo no solo en el sistema osteomuscular sino en otros<sup>3</sup>. Acaba de terminarse el “Consenso colombiano de vitamina D” por parte de un equipo que tuvo la oportunidad de liderar y conformado por siete especialistas de diferentes disciplinas médicas, el cual utilizó para su elaboración la metodología Delphi panel modificada<sup>4</sup>. Por supuesto, como en todo consenso y más en tan controvertido tema, las discusiones fueron muy abundantes y enriquecedoras, y las revisiones de la literatura exhaustivas. Las conclusiones del consenso podrían resumirse así:

1- La vitamina D es muy importante en la salud humana.

2- Su déficit se asocia a múltiples patologías.

3- Los niveles séricos deben estar por encima de 30 ng/ml, entre 20 y 30 ng/ml se habla de insuficiencia y por debajo de 20 de déficit; lo deseable sería tener niveles por encima de 40 ng/ml y niveles por encima de 150 ng/ml se considerarían tóxicos

4- No deben medirse **rutinariamente** los niveles de 25 hidroxil vitamina D en la postmenopausia, en el embarazo, ni como parte de los exámenes preconceptionales; sin embargo, sí deben medirse en población de riesgo como serían quienes tienen pérdida documentada de masa ósea, ancianos con historia de caídas frecuentes, uso crónico de medicamentos que conlleven pérdida de masa ósea, síndrome metabólico, obesidad, diabetes mellitus, fibromialgia, enfermedades granulomatosas, enfermedad inflamatoria intestinal, post-cirugía de obesidad o falla hepática o renal, entre otras indicaciones debe suplementarse siempre en casos de osteoporosis, osteopenia con factores de riesgo asociados, caídas frecuentes, antecedentes de fracturas por fragilidad, síndromes de mala absorción, consumo crónico (mayor a 3 meses) de medicamentos que conlleven pérdida de masa ósea, sarcopenia, y consumo de estatinas (prevención de miopatía asociada), entre otras indicaciones.

5- El sencillo esquema de dosificación sería con colecalciferol:

suplementación: 1.000 UI al día

insuficiencia: 1.000 – 2.000 UI al día

déficit: 2.000 – 6.000 UI al día

Cualquier esquema de dosificación, vale decir, diario, semanal o mensual es adecuado no se recomienda el uso de dosis de 300.00 UI o mayores.

6- No se debe suplementar **de rutina** a embarazadas, mujeres lactando, adolescentes o postmenopáusicas; tampoco a niños, pacientes con cáncer, síndrome metabólico, diabetes mellitus, tuberculosis o esclerosis múltiple.

7- El calcitriol no debe usarse como suplemento de vitamina D y su uso debe dejarse para casos especiales como enfermedad renal crónica o déficit de calcio en hiperparatiroidismo.

## REFERENCIAS

1-Guzmán R en “Osteoporosis: enfoque clínico y tratamiento”. Vásquez-Awad D, Guzmán R. Ed. Kimpres, Bogotá DC, Colombia, 2012, pp. 466-95.

2- Vásquez- Awad D, Vásquez A en “Menopausia: una visión clínica”. Vásquez-Awad D, Palacios S. Ed. Kimpres, Bogotá DC, Colombia, 2016, pp 645-96.

3- Vásquez-Awad D. Vitamina D y su importancia en salud humana. Medicina 2013;35(102):214-26.

4- Vásquez-Awad D, Cano A, Gómez A, González M, Guzmán R, Martínez J, Rosero O, Rueda C, Acosta J. Consenso colombiano de vitamina D. 2017. In press