

Revista Española de Nutrición Humana y Dietética

Spanish Journal of Human Nutrition and Dietetics

www.renhyd.org



EDITORIAL

Vitamina D: ¿evidencia o promoción entusiasta? Vitamin D: ¿evidence or enthusiastic promotion?

Eduard Baladia^{a,*}

^a Grupo de Revisión, Estudio y Posicionamiento de la Fundación Española de Dietistas-Nutricionistas (GREP-FEDN), España.

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: info@grep-aedn.es (E. Baladia).

Recibido el 9 de septiembre de 2013; aceptado el 12 de septiembre de 2013.

Vitamina D para una adecuada salud ósea, ha sido durante décadas la principal función de la 25-hidroxivitamina D (25OHD). Su fuente principal, económica, segura y suficiente (como mínimo con las condiciones geográficas y meteorológicas españolas), la exposición solar.

Sin embargo, recientes casos de raquitismo carencial bien documentados en la literatura científica¹⁻³, han puesto de manifiesto que una enfermedad que se consideraba erradicada, es en realidad una afección más frecuente de lo que se podía esperar.

Asimismo, la preocupación y los mensajes de salud pública sobre la relación entre exposición solar sin protección y cáncer de piel, han aumentado notablemente en la última década. "Evite la exposición excesiva al sol"; "Es especialmente importante proteger a niños y adolescentes"; "Las personas que tienen tendencia a sufrir quemaduras deben protegerse del sol durante toda la vida", son algunos de los principales mensajes relacionados con el sol que se derivan del Código Europeo Contra el Cáncer⁴.

Paralelamente han proliferado investigaciones que sugieren que el déficit de vitamina D podría estar asociado a mayores riesgos de padecer ciertas enfermedades. Por ejemplo, se ha sugerido que el calcitriol podría ejercer un efecto inmunomodulador y antiproliferativo⁵ a través de las vías

autocrinas y paracrinas, pudiendo desarrollar una acción preventiva en algunas condiciones como la diabetes tipo 1⁶ y tipo 2⁷, las enfermedades cardiovasculares⁸, hipertensión arterial⁹, enfermedad renal¹⁰, algunos tipos de infecciones¹¹, algunos tipos de cáncer¹², e incluso una disminución del riesgo de mortalidad total¹³.

Finalmente, el Institute Of Medicine (IOM)¹⁴, entidad de referencia a nivel mundial en relación al establecimiento de ingestas de referencia, publicó en 2011 una actualización en la que se recomendaba aumentar la ingesta dietética de vitamina D, estableciendo un Requerimiento Medio Estimado (siglas EAR del inglés Estimated Average Requirement) de 10 µg para todos los grupos de edad.

El avance científico y el conocimiento de que existen mayores recomendaciones de ingesta dietética, mayor riesgo de estados carenciales (especialmente entre niños), más consecuencias para la salud (no sólo raquitismo u osteomalacia, sino también mayor riesgo de sufrir otras enfermedades) y menor exposición solar para disminuir el riesgo de padecer cáncer de piel, conducen casi inevitablemente a pensar que solamente mediante una política de fortificación de ciertos alimentos o bien con suplementación sistemática, podríamos llegar a adquirir de forma segura los niveles adecuados de dicha vitamina. La medicalización sistemática, especialmente de

los más pequeños, no puede sino generar, como mínimo, controversia entre los profesionales sanitarios encargados de su cuidado.

Sin embargo, cuando se ahonda en el conocimiento, se descubre que, por ejemplo, el IOM estableció unas ingestas recomendadas que estadísticamente se asocian a unos niveles de 25OHD (sérica) que minimizan el riesgo de padecer estados deficitarios en cualquier grupo de edad (desde 1 año hasta los más ancianos) y sin tener en cuenta ninguna exposición solar¹⁴. Que España no reúne precisamente las condiciones menos adecuadas para una exposición solar insuficiente: latitud, nubosidad, características de las ciudades, vestimenta (religión)¹⁵. Que los casos de raquitismo detectados en España corresponden a "niños de riesgo": piel oscura, poco expuestos a la luz solar principalmente por su religión, de familias con ingresos bajos¹⁴. Que la carga total de enfermedades o el riesgo atribuible a una exposición insuficiente puede superar, en algunas ocasiones, al riesgo de padecer cáncer de piel por exposición excesiva¹⁶. Y que la evidencia científica que relacionada el déficit de vitamina D con otras enfermedades proviene, en su mayoría de estudios observacionales¹⁷.

Hay dos preguntas de importante relevancia que deberían marcar las futuras recomendaciones: a nivel de salud pública ¿existe suficiente evidencia para justificar una política obligatoria de fortificación de alimentos con vitamina D en España?, y a nivel de asistencia individual ¿existe suficiente evidencia para recomendar suplementación sistemática de vitamina D o es preferible realizar un screening para identificar los "sujetos de riesgo"?

7. Pittas AG, Lau J, Hu FB, Dawson-Hughes B. The role of vitamin D and calcium in type 2 diabetes. A systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007 Jun; 92(6): 2017–29.
8. Sun Q, Pan A, Hu FB, Manson JE, Rexrode KM. 25-Hydroxyvitamin D levels and the risk of stroke: a prospective study and meta-analysis. *Stroke J Cereb Circ.* 2012 Jun; 43(6): 1470–7.
9. Witham MD, Nadir MA, Struthers AD. Effect of vitamin D on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *J Hypertens.* 2009 Oct; 27(10): 1948–54.
10. Pilz S, Iodice S, Zittermann A, Grant WB, Gandini S. Vitamin D status and mortality risk in CKD: a meta-analysis of prospective studies. *Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found.* 2011 Sep; 58(3): 374–82.
11. Nnoaham KE, Clarke A. Low serum vitamin D levels and tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol.* 2008 Feb; 37(1): 113–9.
12. Gissel T, Rejnmark L, Mosekilde L, Vestergaard P. Intake of vitamin D and risk of breast cancer—a meta-analysis. *J Steroid Biochem Mol Biol.* 2008 Sep; 111(3-5): 195–9.
13. Zittermann A, Iodice S, Pilz S, Grant WB, Bagnardi V, Gandini S. Vitamin D deficiency and mortality risk in the general population: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Am J Clin Nutr.* 2012 Jan; 95(1): 91–100.
14. IOM (Institute of Medicine). *Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D.* The National Academies Press. Washington, DC: 2011.
15. Cranney A, Horsley T, O'Donnell S, Weiler H, Puil L, Ooi D, et al. Effectiveness and safety of vitamin D in relation to bone health. *Evid Reporttechnology Assess.* 2007 Aug; (158): 1–235.
16. Lucas RM, McMichael AJ, Armstrong BK, Smith WT. Estimating the global disease burden due to ultraviolet radiation exposure. *Int J Epidemiol.* 2008 Jun; 37(3): 654–67.
17. Harvey NC, Cooper C. Vitamin D: some perspective please. *BMJ.* 2012; 345: e4695.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández DY, Lezcano AC. Raquitismo carencial en la infancia: análisis de 62 casos. *Med Clínica.* 2003; 121(1): 23–7.
2. Ojeda L, Ros MA, Tomás C, Alcón JJ, Ardit J. Raquitismo carencial en un lactante de 5 meses. *Patología poco común en nuestro medio. An Pediatría.* 2010 Mar; 72(3): 225–7.
3. Walter C, Muñoz-Santanach D, Marín del Barrio S, Corrales Magín E, Pou Fernández J. Hipocalcemia sintomática secundaria a raquitismo carencial. Presentación de dos casos clínicos. *Anales de Pediatría.* 2010 May; 72(5): 343–6.
4. Martín Moreno JM. El Código Europeo contra el Cáncer. Tercera revisión (2003): insistiendo y avanzando en la prevención del cáncer. *Rev Española Salud Pública.* 2003 Dec; 77(6): 673–9.
5. Masuda S, Jones G. Promise of vitamin D analogues in the treatment of hyperproliferative conditions. *Mol Cancer Ther.* 2006 Apr; 5(4): 797–808.
6. Zipitis CS, Akobeng AK. Vitamin D supplementation in early childhood and risk of type 1 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child.* 2008 Jun; 93(6): 512–7.