



REGÍMENES TERAPÉUTICOS PARA LA DEFICIENCIA DE VITAMINA D EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS

Tayem Y, Alotaibi R, Hozayen R, Hassan A. Prz Menopausalny 2019;18(1):57-62.

COMENTARIOS FLASCYM

Nº 3. Julio 2019

CUAUHTÉMOC CELIS GONZÁLEZ

Ginecólogo y Obstetra

Ex presidente del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia y Vicepresidente de la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología

Miembro del Board Editorial de la Revista Menopause de la North American Menopause Society

Miembro del Board de la Sociedad Internacional de Ginecología Endocrinológica (ISGE)



RESUMEN

Objetivo. Evaluar el régimen de vitamina D3 más eficaz para la deficiencia de vitamina D en mujeres posmenopáusicas.

Justificación. Existe discusión sobre el régimen terapéutico más adecuado para corregir la deficiencia de vitamina D en la posmenopausia.

Metodología. Se buscaron estudios clínicos realizados en mujeres postmenopáusicas sanas publicados en PubMed desde 2000 al 2018, utilizando el término "deficiencia de vitamina D" combinado con los términos: "dosis", "suplemento", "suplementación", "colecalfiferol" o "dosis de colecalfiferol". Se identificaron 1.376 artículos que coincidían con los criterios de búsqueda. Sin embargo, después de la revisión del Título y del Resumen, sólo 17 artículos fueron elegibles para una revisión del texto completo y de ellos, 12 fueron finalmente incluidos.

Antecedentes. Vitamina D es una vitamina esencial y soluble en grasa que se obtiene de la dieta y con la exposición a la luz solar, la cual estimula la síntesis cutánea de la vitamina. La medición de la 25-hidroxivitamina D [25 (OH) D] en circulación se considera la prueba estándar para evaluar la vitamina D. La insuficiencia, como la deficiencia de vitamina D, se diagnostica si se encuentra que los niveles en suero de 25 (OH) D son inferiores a 30 ng/mL y 20 ng/mL, respectivamente. La falta de vitamina D afecta negativamente a la salud ósea, estimula excesivamente la remodelación y fragilidad ósea; como resultado, causa complicaciones óseas como la osteoporosis y fracturas. La deficiencia de vitamina D es común en las mujeres después de la menopausia, posiblemente debido a una ingesta insuficiente y una exposición deficiente a la luz solar. Las mujeres en

postmenopausia que tienen deficiencia de vitamina D son propensas a desarrollar complicaciones graves como la osteoporosis y las consecuentes fracturas del cuello femoral y la columna vertebral. La prevalencia de la deficiencia de vitamina D en mujeres en posmenopausia varía ampliamente en los diferentes países, fluctuando entre 32% y 72%.

Resultados. En la revisión se encontró que la mayoría de los estudios (75%) informaron el uso de dosis diarias de mantenimiento que se administraron predominantemente por vía oral (83%). Dos estudios informaron resultados favorables después del tratamiento con una dosis oral única de 300.000 UI. Después de un mes, los niveles de 25-hidroxi vitamina D [25 (OH) D] fueron satisfactoria; en ambos estudios no se mantuvo un nivel adecuado después de 60 y 90 días. Otro estudio encontró que las dosis orales de 50.000 UI/día durante dos semanas seguidas de la misma dosis cada dos semanas durante un año fueron efectivas. Cinco estudios emplearon dosis orales de 800 UI/día, pero ninguno de ellos informó que esa dosis fuera adecuada. Tres estudios utilizaron dosis de 1.000 UI/día, pero solo dos de ellos informaron resultados positivos. Tres estudios evaluaron dosis orales de 2.000 UI/día y otros tres estudios probaron dosis orales de 4.000-4.800 UI/día. Todos ellos informaron respuestas aceptables durante el tratamiento.

Conclusión. Las dosis de mantenimiento oral de 2.000-4.800 UI/día corrigieron satisfactoriamente la deficiencia de vitamina D y mantuvieron los niveles de 25 (OH) D en mujeres en postmenopausia con tratamiento continuo. Estas recomendaciones están de acuerdo con las de otra revisión, donde se encontró que el remplazo de vitamina D con dosis mayores de 2.000 UI/día era la dosis mínima efectiva para aumentar 25 (OH) D a 20 ng/mL.



Comentario.

Existe controversia sobre los esquemas de tratamiento de la vitamina D administradas en dosis altas de manera intermitente en comparación con dosis diaria. En algunos estudios, cuando se compararon ambos esquemas, se encontró que la dosis intermitente fue más difícil de entregar por el personal de enfermería en casa de cuidados para ancianos, pero cuando se entregaron adecuadamente demuestran la misma eficacia bioquímica (1)

Esta es una revisión sistemática interesante sobre un trastorno de deficiencia vitamínica en el que no se ha logrado un consenso sobre el tratamiento. Es importante sobre todo porque la deficiencia de vitamina D se detecta con frecuencia creciente con la edad en las mujeres después de la menopausia. Sin embargo, se debe tener en cuenta que lo que se está evaluando como resultado adecuado del tratamiento es la medición en suero de la vitamina D y no el impacto clínico de su deficiencia, por ejemplo, en la densitometría ósea (2).

Vale la pena destacar que en otro estudio las dosis administradas de vitamina D3 fueron de 400, 800, 1.600, 2.400, 3.200, 4.000 ó 4.800 UI una vez al día y se siguió a las pacientes por un año. Los niveles basales fueron de 39 nmol/L (15.6 ng/mL), cuando la dosis usada fue de 3.200 UI/día se logró un nivel de

112nmol/L (44.8 ng/mL) (3). La dosis diaria de 800 UI día logró niveles 50 nmol/L (20 ng/mL), por debajo de los niveles deseables de > 30 ng/ml.

Debemos diferenciar las necesidades de las mujeres posmenopáusicas de la población geriátrica en la cual dosis mayores cubren las necesidades incrementadas por la edad; así como, supervisar el apego al tratamiento en esta población en particular. Una vez alcanzado los niveles de suficiencia se deberán ajustar la dosis de mantenimiento de acuerdo a cada caso en particular.

El exceso de vitamina D provoca hipercalcemia, que puede afectar gravemente a los tejidos blandos y a los riñones. Según la Sociedad de Endocrinología de Estados Unidos la intoxicación se define por concentraciones séricas mayores a 150 ng/mL (375 nmol/L). Debido a que el colecalciferol es un profármaco, la susceptibilidad de intoxicación puede variar de acuerdo a la dotación genética que define el grado de hidroxilación de cada individuo (4).

Resumiendo, las dosis convencionales de vitamina D (800 UI) no cumplen los requerimientos metabólicos de la mujer postmenopáusica. Dosis de 2.000 UI parecen más adecuadas, pero debe monitorizarse los niveles de vitamina D en cada mujer en particular, ya que la respuesta alcanzada puede ser variable.

Dr. Cuauhtémoc Celis González

Bibliografía.

1. National Osteoporosis Society. Vitamin D and Bone Health: A practical clinical Guideline for patient management December 2018.
2. Chakhtoura M et al. Impact of vitamin D replacement in adults and elderly in the Middle East and North Africa: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Osteoporos Int.* 2017; 28: 35-46.
3. Gallagher JC, Sai A, Templin II T, Smith L. Dose response to Vitamin D supplementation in postmenopausal woman. *Ann Intern Med* 2012; 156: 425-437 35-46.
4. Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, et al. Evaluation, Treatment, and Prevention of Vitamin D Deficiency: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97 (4) : 1153-58