



## CARTAS AL EDITOR

## Respuesta a la Editorial «Vitamina D: el traje nuevo del Rey Sol»



## Response to the Editorial «Vitamin D: The new suit of the Sun King»

*Sr. Editor:*

He leído con interés la editorial de Alberto López García-Franco, David Fraile Navarro y Elena Cardona Corrochano, titulado «Vitamina D: el traje nuevo del Rey Sol» publicada recientemente en la revista ATENCIÓN PRIMARIA<sup>1</sup>.

En la fábula que escenifican los autores, que para mí es un cuento, reconozco ser uno de los «plebeyos» que todavía sigue viendo esos magníficos trajes del Rey Sol.

La vitamina D es una hormona cuya principal acción es sobre el metabolismo fosfocálcico, optimizando una adecuada mineralización del esqueleto, de manera que una deficiencia severa de vitamina D favorece el desarrollo de raquitismo en niños y de osteomalacia en adultos, con el consecuente aumento del riesgo de fracturas, e incluso de mortalidad<sup>2</sup>. Deficiencias no tan severas de esta vitamina se han asociado a osteoporosis y fracturas.

Pero el receptor de la vitamina D se encuentra también en más de 50 tejidos de otros órganos como riñón, paratiroides, músculo, páncreas, sistema inmunitario, pulmón... lo que confiere a la vitamina D un efecto extraesquelético con un papel protector sobre enfermedades cardiovasculares, autoinmunes y neoplasias<sup>3</sup>.

Sorprende que los autores de la editorial, basándose en una revisión de Theodoratou et al.<sup>4</sup>, hablen de un efecto nulo de la vitamina D sobre diferentes enfermedades, cuando en esta revisión el autor selecciona 18 metaanálisis libres de sesgos y de heterogeneidad, y concluye que no se puede negar una asociación entre los niveles plasmáticos de vitamina D y el cáncer colorrectal, la enfermedad cardiovascular, la hipertensión, la enfermedad cerebrovascular, la depresión, el síndrome metabólico, la diabetes tipo 2 y la diabetes gestacional, entre otras.

Es cierto que existe más controversia sobre el papel beneficioso que puedan tener los suplementos de vitamina D, pues las revisiones y metaanálisis disponibles incluyen

estudios muy heterogéneos, en los que habitualmente se desconocen los niveles basales de 25-hidroxivitamina D y en los que se incluyen pacientes tratados con metabolitos diferentes y dosis variables de vitamina D, con y sin calcio.

Sin embargo, los autores parecen haber encontrado en el de Bolland et al. el metaanálisis perfecto, el que lo aclara todo y nos dice a gritos que el astro rey está completamente desnudo, que suplementar con vitamina D no reduce el riesgo de fractura ni de caídas<sup>5</sup>. Pero este metaanálisis tiene, como muchos otros, varias limitaciones. Tan solo un 6% de los estudios incluían pacientes con niveles de 25-hidroxivitamina D por debajo de 10 ng/ml (cuando probablemente son los pacientes que más se beneficiarían del tratamiento), se incluyen varios estudios con pocos pacientes (en algunos menos de 100), con dosis muy bajas de vitamina D ( $\leq 800$  UI en un 32%), o con muy corto periodo de seguimiento (en un 68% inferior a un año), limitaciones que difícilmente le dan suficiente validez para evaluar la eficacia en la reducción de fracturas.

Pero, aunque fuera cierto que dar vitamina D no reduce el riesgo de fractura ni de caídas, ¿significa eso que no debemos suplementar al paciente con déficit de la misma?

La suplementación con vitamina D no debe tener por objetivo reducir «per se» el riesgo de fractura, pues ya existen otros fármacos más eficaces y con la indicación aprobada, sino como complemento de estos fármacos, cuya eficacia solo ha sido demostrada con la suplementación con vitamina D o, por lo menos, con niveles óptimos plasmáticos<sup>6</sup>.

El debate no se debe centrar en si la vitamina D es útil o no, sino a quién y cuándo debemos determinar sus niveles y cuál es el valor deseable, porque aunque es obvio que el Rey Sol no está desnudo seguimos sin saber qué traje le queda mejor.

## Bibliografía

- García-Franco AL, Navarro DF, Corrochano EC. Vitamin D: The new suit of the Sun King [Article in Spanish]. *Aten Primaria*. 2019;51:57–8.
- Chowdhury R, Kunutsor S, Vitezova A, Oliver-Williams C, Chowdhury S, Kiefte-de-Jong JC, et al. Vitamin D and risk of cause specific death: Systematic review and meta-analysis of observational cohort and randomised intervention studies. *BMJ*. 2014;348:g1903.

Véase contenido relacionado en DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.01.002>

3. Wang Y, Zhu J, DeLuca HF. Where is the vitamin D receptor? Arch Biochem Biophys. 2012;523:123–33.
4. Theodoratou E, Tzoulaki I, Zgaga L, Ioannidis JP. Vitamin D and multiple health outcomes: Umbrella review of systematic reviews and meta-analyses of observational studies and randomised trials. BMJ. 2014;348:g2035.
5. Bolland MJ, Grey A, Avenell A. Effects of vitamin D supplementation on musculoskeletal health: A systematic review, meta-analysis, and trial sequential analysis. Lancet Diabetes Endocrinol. 2018;6:847–58.
6. Peris P, Martínez-Ferrer A, Monegal A, Martínez de Osaba MJ, Muxi A, Guañabens N. 25 hydroxyvitamin D serum levels influence adequate response to bisphosphonate treatment in postmenopausal osteoporosis. Bone. 2012;51:54–8.

Enrique Casado Burgos\*

*Servicio de Reumatología, Hospital Universitari Parc Taulí (UAB), Sabadell, Barcelona, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ecasado@tauli.cat](mailto:ecasado@tauli.cat)

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.03.009>  
0212-6567/

© 2019 El Autor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Políticas sanitarias, perspectiva de género y diversidad afectivo sexual: ¿una asignatura pendiente?



### Health policies, gender perspective and affective- sexual diversity: An unresolved matter?

Sr. Editor:

Pretendemos identificar la existencia de la inclusión de la perspectiva de género (PG) y diversidad afectivo-sexual (DA-S) en las políticas sanitarias actuales de la Comunidad Autónoma de Aragón. Para ello se procede a la revisión de las Estrategias y Programas de Salud desarrollados por el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón, vigentes en la actualidad y alojados en su página web de libre acceso (de 2008 a 2018)<sup>1</sup>. Criterios de exclusión: Estrategias o Programas no desarrollados por el Departamento de Sanidad. Se han revisado también otros documentos de especial interés: I Plan Estratégico para la Igualdad de Hombres y Mujeres en Aragón (2017-2020), Plan de Salud de Aragón para 2030<sup>2,3</sup>. Se ha elaborado de un cuestionario, valorando unos ítems adaptados de otras investigaciones donde se examina la PG en los proyectos de investigación<sup>4</sup>. Para analizar la DA-S se ha valorado que contuviera las palabras Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales, Intersexuales, Queer (LGTBIQ) o «diversidad afectivo-sexual» (tabla 1).

En total son 20 publicaciones revisadas: I Plan Estratégico para la Igualdad de Hombres y Mujeres en Aragón (2017-2020), Plan de Salud de Aragón para 2030 y 18 Estrategias (tabla 1). En el Plan de Salud, la PG se circunscribe al ámbito de la violencia intrafamiliar y a los ejes de desigualdades como generalidad. Se concluye que se dispone de poca información sobre desigualdades por los ejes conocidos (edad, género, clase social, etnia, territorio). Existe un epígrafe de desarrollo de programas de educación A-S. En el I Plan Estratégico para la Igualdad de Hombres y Mujeres en Aragón (2017-2020), no se aborda ningún

aspecto específico referente a la PG ni a la DA-S. Se excluyen del análisis 5 Estrategias, ya que son las Estrategias Nacionales del SNS. Excluida la Estrategia de Violencia de Género (VG) al ser abordada por el Instituto Aragonés de la Mujer.

De las 12 Estrategias, en el 50% (n=6) se indica alguna referencia sobre la magnitud de los problemas que abordan en las mujeres y los hombres, y estratifica por sexo y por edad en la epidemiología. Son las Estrategias de Cardiopatía Isquémica, Ictus, Diabetes, EPOC, de Salud Mental y de Drogodependencias. En el 25% (n=3) aparecen variables que relacionan el problema de salud con cualquier factor de género. En el 16,6% (n=2) se tiene en cuenta el género como determinante de la salud. El 25% (n=3) sitúa a las mujeres dentro de los colectivos de personas en situación de mayor vulnerabilidad. El 8% (n=1) asocia la mala salud a la discriminación por género. La Estrategia de la Diabetes expresa un interés en promover investigaciones que estudien las diferencias del comienzo y desarrollo de la diabetes en hombres y mujeres. El 16,6% (n=2) hace referencia al colectivo LGTBIQ. La Estrategia de Salud Mental considera a este colectivo como vulnerable. La de Atención Comunitaria, la incluye en el contexto de educación para la salud y en del desarrollo de actividades por parte de los Equipos de Atención Primaria.

Como conclusiones podemos afirmar que la PG y la inclusión de la DA-S en las Políticas de Salud continúan siendo una asignatura pendiente. No existe una preocupación por la morbilidad diferencial entre hombres y mujeres, ni por encontrar otros factores explicativos<sup>5</sup>. Tampoco existe inclusión clara y específica sobre las necesidades de salud o acciones concretas relacionadas la orientación afectivo-sexual y las identidades de género<sup>6</sup>. Queda patente la existencia de dificultades en avanzar en la integración de la PG en las actuaciones sanitarias lo que impide la eliminación de desigualdades entre hombres y mujeres. Sería conveniente revisar los planes directores vigentes para lograr una inclusión efectiva de la PG y de la DA-S que se materialicen en unos instrumentos operativos de abordaje de la salud.