Publicado el 3 de agosto de 2026 **https://www.intramed.net/**

¿Suplementar con vitamina D a la mitad de la población mundial?

La Guía de Práctica Clínica de la Endocrine Society recomienda la suplementación empírica para cuatro grupos de alto riesgo, eliminando la necesidad de medir los niveles de 25(OH)D en sangre.



Autor/a: Demay MB, Pittas AG, Bikle DD, Diab DL, Kiely ME, Lazaretti-Castro M, et al.

Fuente: J Clin Endocrinol Metab. 2024;109:1907-1947. Vitamin D for the Prevention of Disease: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline

La Guía de Práctica Clínica de la Endocrine Society de 2024 propone abandonar el modelo de 2011, centrado en el monitoreo de laboratorio, para adoptar una estrategia de prevención proactiva. Este protocolo establece que el umbral objetivo de 30 ng/mL (75 nmol/L) de 25(OH)D es ahora obsoleto y ya no es el estándar para la toma de decisiones en la población general.

El sistema de salud debería desaprender la dependencia de las pruebas de 25(OH)D para enfocarse en la intervención directa en grupos poblacionales donde la evidencia de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) demuestra beneficios claros.

Es así que la Guía establece la definición operativa de la suplementación empírica como la prescripción de vitamina D en dosis que superan los requerimientos nutricionales diarios (DRI, por sus siglas en inglés) —establecidos en 600-800 UI/día— e implementada sin la necesidad de medir niveles séricos de 25(OH)D.

Parámetro	Guía 2011	Guía 2024
Meta Sérica	Apuntaba a >30 ng/mL (75 nmol/L)	Meta de 30 ng/mL formalmente abandonada
Pruebas 25(OH)D	Recomendadas para poblaciones de riesgo	Desaconsejadas como tamizaje de rutina (incluso en obesidad/tez oscura)
Clasificación	Definió Suficiencia, Insuficiencia y Deficiencia	Abandona estas clasificaciones categóricas
Suplementación	Basada en déficit comprobado	Suplementación empírica sin medición previa

Intervención por grupos prioritarios

Según la Guía, se debería suplementar de manera empíria a estos grupos (basándose evidencia de marco GRADE):

Niños y adolescentes (1-18 años): Intervención obligatoria para la prevención del raquitismo nutricional y la reducción del riesgo de infecciones respiratorias agudas. Datos demuestran que la suplementación en este rango etario protege la integridad ósea y refuerza la respuesta inmunitaria.

Mujeres embarazadas: Reducción de las complicaciones gestacionales críticas como preeclampsia, mortalidad intrauterina, parto prematuro y neonatos pequeños para la edad gestacional. La suplementación impacta directamente en la reducción de la mortalidad neonatal.

Adultos mayores (≥75 años): El objetivo primario es la reducción de la mortalidad por todas las causas. La suplementación en este grupo específico presenta una alta certeza de beneficio en la supervivencia general.

Personas con prediabetes de alto riesgo: Prevención de la progresión a diabetes mellitus tipo 2. Se define "alto riesgo" a los individuos que cumplen 2 o 3 criterios de la ADA (HbA1c 5,7–6,4 %, glucosa en ayunas 100-125 mg/dL) o presentan intolerancia a la glucosa). El Número Necesario a Tratar (NNT) es de aproximadamente 30, lo que representa una de las intervenciones preventivas más costo-efectivas en salud metabólica.

Dosis

La prescripción debe ajustarse a los rangos observados en los ensayos clínicos, manteniendo siempre los márgenes de seguridad farmacológica.

Grupo poblacional	Promedio ponderado estimado (UI/día)	Rango de dosis en ensayos (UI/día)
Niños y adolescentes (1-18 años)	1200 UI	300 a 2000 UI
Mujeres embarazadas	2500 UI	600 a 5000 UI
Adultos ≥75 años	~900 UI	400 a 3333 UI
Prediabetes de alto riesgo	~3500 UI	842 a 7543 UI

Se prohíbe la administración de dosis intermitentes en bolo superiores a 100 000 UI. La evidencia asocia estas megadosis con un incremento significativo en el riesgo de caídas y fracturas, especialmente en la población ≥75 años.

Los límites de ingesta tolerable son:

1-3 años: 2500 UI/día.

4-8 años: 3000 UI/día.

≥9 años y adultos: 4000 UI/día.

Para la mayoría de los adultos, una dosis diaria de 2000 UI es una opción efectiva y segura, manteniéndose por debajo de los niveles de preocupación por toxicidad sérica (>125 nmol/L).



Cribado por laboratorio

Se instruye explícitamente no realizar pruebas de 25(OH)D en las siguientes poblaciones, dado que no existe evidencia de beneficio clínico derivado del monitoreo:

Adultos sanos (50-74 años).

Individuos con obesidad.

Personas de tez oscura.

Este protocolo de suplementación empírica no aplica a pacientes con patologías que alteran la fisiología de la vitamina D. Para casos de malabsorción (bypass gástrico, enfermedad inflamatoria intestinal), insuficiencia renal crónica, hipercalcemia o alto riesgo de fracturas, el médico debe referirse a protocolos especializados de las enfermedades metabólicas óseas o guías como EVIDAS, ya que estos grupos requieren monitoreo bioquímico estricto, no contemplado en este modelo.

Conclusiones y aplicaciones

La identificación proactiva se vuelve necesaria. Deberían implementarse algoritmos en atención primaria para identificar pacientes ≥75 años y realizar tamizaje metabólico (HbA1c o glucosa) para captar prediabetes de alto riesgo de forma inmediata.

Hay que capacitar a los profesionales de la salud para que abandonen la meta de los umbrales de 30 ng/mL. A la par, deberían conocer los beneficios extra-óseos (metabólicos e inmunitarios) de la vitamina D.

En cuanto a los pacientes, hay que informarles sobre la seguridad de la suplementación empírica y la innecesariedad de los análisis de sangre recurrentes.

Para tener un enfoque holístico de salud pública, las recomendaciones son la exposición solar segura de 5 a 25 minutos diarios, durante los meses cálidos, para síntesis cutánea natural. E integrar la suplementación con el fomento de la actividad física y el consumo de alimentos fortificados.