

Características epidemiológicas de los pacientes en tratamiento antiosteoporótico del Centro de Salud de Sarria (Lugo)

Jonatan Miguel-Carrera¹, María Esther Varela-Prado², Manuel Bravo-Pérez³, Carlos García-Porrúa⁴

¹ Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villalba. Atención Primaria. Lugo.

² Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Islas Canarias. Atención Primaria. Lugo.

³ Médico Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Lucus Augusti. Lugo

⁴ Médico Especialista en Reumatología. Hospital Lucus Augusti. Lugo

Cad Aten Primaria
Ano 2011
Volume 18
Páx. 85-89

RESUMEN

Objetivos: Conocer las características epidemiológicas de los pacientes mayores de 45 años, en tratamiento antiosteoporótico durante al menos un año atendidos en el Centro de Salud de Sarria (Lugo).

Diseño: Estudio observacional descriptivo transversal realizado en el Centro de Salud de Sarria. Nuestro centro da cobertura a aproximadamente 26.000 pacientes distribuidos en trece cupos. Hemos escogido al azar dos cupos y se recogieron los datos a partir de la consulta ordinaria.

Participantes: Nuestra población de estudio fue un total de 1497 pacientes.

Mediciones Principales: Elaboramos una base de datos con el fin de recoger las características epidemiológicas, factores de riesgo de osteoporosis, tratamientos, fracturas, densitometría ósea...

Resultados: De los 1497 pacientes, sesenta y ocho (4,5%) cumplían los criterios necesarios para entrar en el estudio. Un paciente era varón. La edad media fue 70 años. Sólo una mujer presentaba hábito tabáquico. Siete pacientes habían recibido tratamiento con corticoides y cinco reconocían ser bebedores habituales de tres o más dosis de alcohol por día. Un paciente estaba diagnosticado de artritis reumatoide. Treinta y dos pacientes habían presentado fractura, la más frecuente de origen vertebral (25%).

El grupo de fármacos más prescrito, a excepción del calcio y la vitamina D, fueron los bifosfonatos. El risedronato fue el bifosfonato más prescrito (16 pacientes).

Conclusiones:

La prevalencia de pacientes en tratamiento para la osteoporosis en nuestra área fue baja.

El perfil de paciente en nuestra área es el de una mujer de edad avanzada, preferentemente sin otros factores de riesgo y con fractura previa.

El risedronato es el fármaco más frecuentemente usado y generalmente se prescribe ante la presencia de factores de riesgo y el antecedente de fractura.

Una actitud vigilante hacia esta enfermedad podría permitir el diagnóstico precoz y evitar fracturas.

Palabras clave: Osteoporosis. Índice FRAX, Fractura

Correspondencia

Dr. Carlos García-Porrúa. Reumatología
Hospital Lucus Augusti - San Cibrao, sn. 27003 Lugo
Email: carlos.garcia.porrua@sergas.es

INTRODUCCIÓN

La osteoporosis (OP) es una enfermedad generalizada del esqueleto consistente en un conjunto de alteraciones cuantitativas y cualitativas que tienen como resultado un aumento de la fragilidad ósea y la consiguiente tendencia a fracturas¹.

Aunque la prevalencia real es desconocida, debido entre otras causas a su carácter asintomático, se sabe que es la enfermedad metabólica ósea más prevalente.

Se define una fractura como osteoporótica aquella que se produce de forma espontánea o ante traumatismos leves, y aunque puede presentarse en cualquier localización las más típicas son la vertebral, antebrazo distal (fractura de Colles) y cadera²⁻⁵.

La importancia de la osteoporosis en la práctica clínica por tanto vendrá dada por su alta prevalencia y la morbimortalidad consecuente a las fracturas, además del coste sanitario subsiguiente⁶⁻⁸.

Es imprescindible conocer los factores de riesgo clínico de osteoporosis de nuestros pacientes ya que ello nos permitirá determinar mejor la probabilidad de fractura de los mismos y así poder comenzar el tratamiento de forma precoz y evitar la consecuencia final fractura.

En el momento actual existen diversas herramientas que nos permiten estimar el riesgo de fractura en función de factores de riesgo clínico (herramienta FRAX®⁹ y el índice FRACTURE).

Los algoritmos de FRAX® calculan la probabilidad de fractura a 10 años, proporcionando la probabilidad de fractura de cadera y de las fracturas osteoporóticas más importantes a 10 años (fractura clínica vertebral, antebrazo, cadera u hombro).

El objetivo de este trabajo es conocer las características epidemiológicas de los pacientes mayores de 45 años, en tratamiento antiosteoporótico durante al menos un año, atendidos en el Centro de Salud de Sarria (Lugo).

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un estudio observacional descriptivo transversal en el Centro de Salud de Sarria.

Los pacientes a los que da cobertura nuestro centro se dividen en trece cupos, para la realización de nuestro estudio hemos seleccionado al azar la muestra de los pacientes atendidos por dos médicos (dos cupos) de atención primaria del citado centro de salud. Estos dos cupos dan asistencia a una población de 2.633 pacientes (1497 mayores de 45 años), de un total de unos 26.000 que atiende el centro y que da asistencia a una población de predominio rural y envejecida (Tabla 1).

TABLA 1: Distribución etaria y por sexos de los cupos.

Grupos de Edad	Hombres	Mujeres
45-49	87	94
50-54	80	98
55-59	66	83
60-64	71	91
65-69	71	88
70-74	70	96
75-79	77	111
80-84	61	82
Mayor de 85	79	92
Total	662	835
Total Hombres y Mujeres	1497	

Los criterios de inclusión en el estudio fueron tener una edad mayor de 45 años, recibir tratamiento farmacológico para la OP y aceptar la inclusión en el estudio.

Los pacientes fueron elegidos de la consulta habitual, dicho proceso se realizó entre los meses de febrero y julio de 2009 ambos inclusive. La duración de seis meses nos permitió incluir a la mayoría de pacientes en tratamiento osteoporótico ya que los controles necesarios son inferiores a este periodo de tiempo.

Se ha elaborado una Hoja de Recogida de Datos que incluye: edad, estatura, peso, consumo de alcohol, tabaco, fractura previa, localización de la fractura, tratamiento antiosteoporótico, el servicio prescriptor, presencia de fractura en sus padres, artritis reumatoide, osteoporosis secundaria, y el valor de la densitometría ósea si la hubiese realizado. La Hoja de Recogida de Datos se cubre mediante una entrevista y en caso de que no se obtuviesen todos los ítems, se solicita permiso al paciente para revisar su historia clínica. Así elaboramos una base de datos con las características epidemiológicas de los enfermos, tratamientos....

Hemos considerado osteoporosis secundaria como aquella osteoporosis que incluye: Diabetes Mellitus tipo 1, osteogénesis imperfecta en adultos, hipertiroidismo crónico no tratado, hipogonadismo, menopausia prematura (<45 años), malnutrición crónica o malabsorción y enfermedad crónica del hígado.

Como variable secundaria del estudio, utilizamos estos datos del estudio para calcular el índice FRAX® de nuestros pacientes.

El estudio ha sido presentado y aprobado por el comité ético de investigación clínica de Galicia.

RESULTADOS

De un total de 1497 pacientes, sesenta y ocho (4,5%) cumplían los criterios necesarios para entrar en el estudio. Un paciente era varón. La edad media fue de 70 años con una mediana de 73 años y una desviación estándar de 11,2. El paciente más joven que entró en el estudio tenía 48 años y el de mayor edad 89 años (Tabla 2).

TABLA 2: Características epidemiológicas de la población de estudio.

	Media	Desviación Std	Mediana
Edad	70 años	11	73
Peso	69 kg	10	68 kg
Estatura	156 cm	67 cm	156 cm
Tiempo en tratamiento	8 años	5 años	7 años
Sexo	Mujeres 67	Hombres 1	
Fractura Previa*	32%	47%	
AF Fractura*	6%	8%	
Corticoterapia*	7%	10%	
Alcohol	5%	7%	
Tabaco	1%	1%	
OP Secundaria*	8%	12%	
Artritis Reumatoide	1%	1%	

- * **Fractura Previa:** Aquella ocurrida en la vida adulta de manera espontánea o ante mínimos traumatismos.
- * **AF Fractura:** Antecedentes familiares de fractura en la vida adulta espontánea o ante mínimos traumatismos.
- * **Corticoterapia pía:** Tratamiento con corticoides orales más de 3 meses a dosis de por lo menos 5 mg prednisona.
- * **Alcohol:** Se considerará si consume tres o más dosis de alcohol al día.
- * **OP Secundaria:** Osteoporosis secundaria en la que se incluye; Diabetes Mellitus tipo 1, osteogénesis imperfecta en adultos, hipertiroidismo crónico no tratado, hipogonadismo, menopausia prematura (<45 años), malnutrición crónica o malabsorción y enfermedad crónica del hígado.

El tiempo medio que los pacientes llevaban con tratamiento fue de 8 años, siendo la mediana de 7 años. Sólo 9 enfermos habían realizado densitometría ósea.

El tabaquismo, alcohol y los glucocorticoides son factores de riesgo dosis dependiente para osteoporosis. En nuestro estudio sólo hemos encontrado una mujer con hábito tabáquico. Siete pacientes recibieron corticoides durante tres meses con una dosis diaria de más de cinco miligramos y cinco casos reconocían ser bebedores habituales de tres o más dosis de alcohol por día. Sólo un paciente estaba diagnosticado de artritis reumatoide (AR).

Treinta y dos pacientes presentaban fractura (la más frecuente de origen vertebral en 8 pacientes (25%) seguida de la fractura de cadera y fractura de colles en 4 y 3 pacientes respectivamente). Ocho pacientes (12%) cumplían criterios para osteoporosis secundaria.

En la Tabla 3 comparamos los factores de riesgo fumador, corticoides y alcohol con la presencia de fractura previa, no encontrando significación estadística.

TABLA 3: Correlación entre factores de riesgo fumador, corticoides, alcohol y AR con fractura.

		Fumador		Corticoterapia		Alcohol		AR*	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Fractura Previa	SI	1	31	3	29	1	30	0	32
	NO	0	36	4	32	4	32	1	35

*AR: Diagnóstico de Artritis Reumatoide

El grupo de fármacos más prescrito, a excepción del calcio y la vitamina D, fueron los bifosfonatos con 45 pacientes lo que representaron un 63 % (Figura 1).

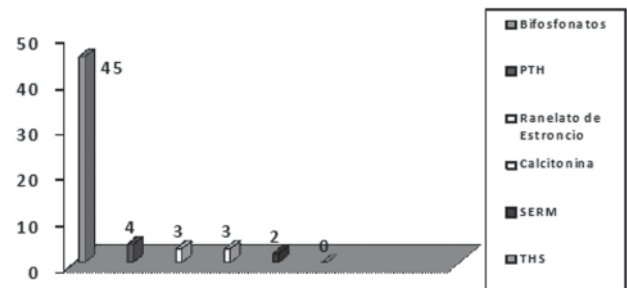


FIGURA 1: Frecuencia absoluta de tratamientos por grupo.

El Risedronato fue el bifosfonato más frecuentemente prescrito (17 pacientes) representando el 37%, seguido de alendronato (33%) y ibandronato (30%) (Figura 2). La prescripción de péptidos de hormona paratiroidea (4 pacientes) siempre se ha realizado existiendo previamente fractura.

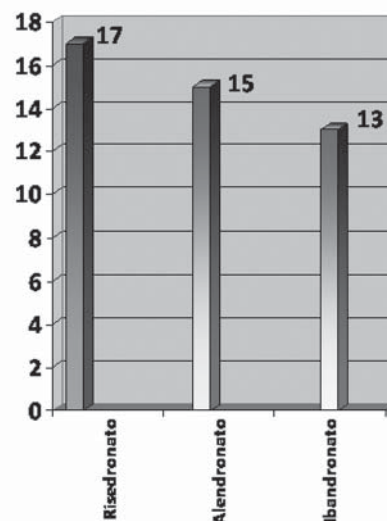


FIGURA 2: Frecuencia absoluta según el tipo de bifosfonato.

El 88% de los primeros tratamientos fueron prescritos por atención especializada: Traumatología (31%), Reumatología (19%) y Ginecología (12%).

La probabilidad media de osteoporosis mayor y fractura de cadera según la herramienta FRAX® fue del 10% y 4,2% respectivamente. El valor medio de FRAX® para osteoporosis mayor y fractura de cadera que se ha correlacionado con fractura fue de 14,96 y 6,49 ($p < 0,05$) (Ver Tabla 4).

TABLA 4: Índice de FRAX® en presencia de Fractura

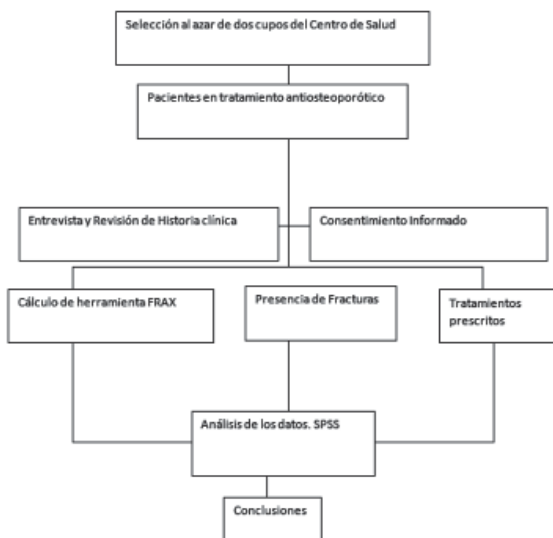
	Presencia Fractura	p**
FRAX Osteoporosis Mayor *	14,96	< 0,05
FRAX Fractura Cadera	6,49	< 0,05

* Osteoporosis Mayor según FRAX® riesgo a 10 años de fractura clínica vertebral, antebrazo, cadera u hombro.**p: Probabilidad de que la asociación se deba al azar.

PUNTOS CLAVE

Puntos Clave
<p>¿Qué sabemos del tema?</p> <ul style="list-style-type: none"> -La osteoporosis es una enfermedad muy prevalente. -Las características epidemiológicas, los factores de riesgo y la densitometría ósea pueden predecir el riesgo de fractura. -Existen tratamientos eficaces que disminuyen el riesgo de fractura.
<p>¿Qué aporta nuestro estudio?</p> <ul style="list-style-type: none"> -Encontramos una baja prevalencia de pacientes en tratamiento antiosteoporótico. -La población en tratamiento son mujeres con una media de edad avanzada y mayoritariamente sin otros factores de riesgo. -La osteoporosis del varón está infradiagnosticada. -Gran parte de nuestros pacientes presenta antecedente de fractura, principalmente vertebral -Los tratamientos utilizados para la osteoporosis se prescriben fundamentalmente desde Atención especializada.

ESQUEMA GENERAL DEL ESTUDIO



"Características epidemiológicas de los pacientes en tratamiento antiosteoporótico del Centro de Salud de Sarria (Lugo)"

DISCUSIÓN

Diferentes estudios cifran que en torno al 10-30 % de las mujeres de raza blanca presentan osteoporosis siendo la prevalencia en el varón cercana al tercio de la femenina³⁻⁵. En nuestra área, la prevalencia de pacientes mayores de 45 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis fue del 4,5%, lo que supone una baja prevalencia. Además todos los pacientes en tratamiento excepto uno eran mujeres, lo que muestra una prácticamente inexistente osteoporosis en el varón. Nuestros pacientes presentan una edad media elevada (70 años) y mayoritariamente con pocos factores de riesgo.

La OP es una enfermedad muy prevalente y por tanto su manejo atañe directamente a la atención primaria. La National Osteoporosis Foundation recomienda el tratamiento coste-efectivo en osteopenia cuando la probabilidad de fractura mayor osteoporótica a 10 años es mayor o igual al 20% o cuando el riesgo de la fractura de cadera es más del 3%¹⁰. En el Reino Unido el riesgo se sitúa globalmente en el 7%¹¹, y en Japón es del 10%¹².

En nuestro estudio, la mayoría de los tratamientos prescritos para esta enfermedad vienen determinados desde el segundo nivel asistencial. El Risedronato y el Alendronato son los fármacos más utilizados.

Al igual que se describe en la literatura, y aunque nuestros enfermos se encontraban en tratamiento con fármacos antirresortivos, existe una correlación directa entre el valor del FRAX® y la presencia de fractura^{13,14}. El cálculo del FRAX® en nuestros pacientes muestra un resultado similar al publicado para pacientes ya tratados¹⁴. En nuestra área valores de 14,96 para osteoporosis mayor y de 6,49 para fractura de cadera presenta una correlación significativamente estadística con fractura.

Traumatología es la especialidad con mayor índice de prescripciones. En nuestra serie de pacientes, treinta y dos pacientes presentaban fractura previa lo que refleja una gran prevalencia de fractura y por tanto la mayor prescripción por parte de Traumatología.

Las fracturas causadas por osteoporosis afectan a una de cada dos mujeres y a uno de cada cinco hombres de más de 50 años, lo que representa un coste sanitario anual de aproximadamente 2.700 millones de euros en el Reino Unido y 30.000 millones en el resto de Europa^{6,7}. En España el riesgo de fractura de cadera al año en población mayor de 65 años es de 511 casos por cada 100.000⁸. Una actitud más vigilante en los factores de riesgos y en especial el ser mujer, la menopausia y el envejecimiento de nuestra población nos permitiría llegar a un diagnóstico de forma más precoz y evitar la fractura osteoporótica con su consiguiente morbimortalidad y gasto sanitario.

BIBLIOGRAFIA

1. NIH consensus panel: Consensus development conference: diagnosis, prophylaxis and treatment of osteoporosis. *American Journal of Medicine* 1993; 94:646-50.
2. World Health Organization (WHO). Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Ginebra. Suiza 1994.
3. Emaus N, Omsland TK, Ahmed LA, Grimnes G, Sneve M, Berntsen GK. Bone mineral density at the hip in Norwegian women and men--prevalence of osteoporosis depends on chosen references: the Tromso Study. *Eur J Epidemiol* 2009; 24:321-8.
4. Diaz Curiel M, Moro MJ. Prevalencia de osteoporosis densitométrica en la población española. *Actualización en osteoporosis* 2001; 3-11.
5. Jordan KM, Cooper C. Epidemiology of osteoporosis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2002; 16:795-806.
6. Cummings SR, Melton LJ, III. Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. *Lancet* 2002; 359:1761-7.
7. Dolan P, Torgerson DJ. The cost of treating osteoporotic fractures in the United Kingdom female population. *Osteoporos Int* 2000; 11:551-2.
8. Alvarez-Nebreda ML, Jimenez AB, Rodriguez P, Serra JA. Epidemiology of hip fracture in the elderly in Spain. *Bone* 2008; 42:278-85.
9. World Health Organization (WHO). Herramienta FRAX. Herramienta de evaluación del riesgo de fractura. World Health Organization 2010 [cited 2010 May]; Available from: URL: http://www.shef.ac.uk/FRAX/index_SP.htm
10. Hashimoto K, Ishitani K, Ohta H. [Usefulness of FRAX and future issues in women's health]. *Clin Calcium* 2009; 19:1742-8.
11. Kanis JA, McCloskey EV, Johansson H, Strom O, Borgstrom F, Oden A. National Osteoporosis Guidelin Group. *Osteoporos Int* 2008; 19:1395-408.
12. Fujiwara S, Nakamura T, Orimo H, Hosoi T, Gorai I, Oden A, et al. Development and application of a Japanese model of the WHO fracture risk assessment tool (FRAXTM). *Osteoporos Int* 2008; 19:429-35.
13. Neuprez A, Johansson H, Kanis JA, McCloskey EV, Oden A, Bruyere O, et al. A FRAX model for the assessment of fracture probability in Belgium. *Rev Med Liege* 2009; 64:612-9.
14. Roig VD, Gomez VC, Hoces OC, Nolla JM. Fracture risk calculated with the FRAX index in patients with osteoporosis treated and untreated. *Med Clin (Barc)* 2010; 134:189-93.