

La conducta del ortopedista en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas con fractura de cadera en cuatro hospitales de Bogotá - Colombia. 2001 - 2003.

Dr. Ricardo Londoño G.*, Dr. Camilo Soto Montoya**, Dr. Guillermo Rueda Escallón***, Dr. José Hernán Forero****

* Cirujano de columna. Epidemiología. Clínica Palermo. Bogotá.

** Departamento de Ortopedia, Bogotá. Jefe del área tumores óseos. Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

*** Departamento de Ortopedia Ortopedia y Traumatología. Cirujano de cadera Clínica San Pedro Claver. Bogotá..

**** Cirujano de cadera .Servicio de Ortopedia. Hospital San Blas. Bogotá

ricalond@aolpremium.com

Resumen

Las publicaciones internacionales han mostrado que el ortopedista juega un papel de “reparador” de las fracturas y muy poco en la prevención de las mismas. Se realizó un estudio observacional descriptivo tipo serie de casos para estudiar el comportamiento del ortopedista en las mujeres posmenopáusicas con fractura de cadera por osteoporosis en cuatro centros hospitalarios de Bogotá. Resultados: No había información en el 82% de las historias clínicas sobre los antecedentes médicos, familiares y factores de riesgo para osteoporosis.

Se reportaban medidas de prevención en el 35% de los casos. Estudios con DEXA o Ultrasonido: 1% Tratamiento y Prevención: El 1% con Estrógenos, Bifosfonatos o Calcitonina. El 31% con Calcio. Conclusiones: Los resultados hablan del bajo interés y el escaso conocimiento que tenemos de la osteoporosis y del papel que tenemos como “reparadores” de las fracturas y muy poco en su prevención.

Palabras clave: Osteoporosis, Fracturas de cadera, Conducta del ortopedista.

Abstract

The international publications have shown that the orthopedics surgeons place and important role of “fixer fractures” and a little bit in the prevention of this ones. We did a series cases study to revise the behavior of the orthopedic surgeons in postmenopausal women with hip fractures produce by osteoporosis in four hospitals in Bogotá. Results: There wasn't information of the 82% of the clinic histories of the medic, familiar backgrounds and osteoporosis risk factors. There were found prevention reports in 35% of the cases Dexa and ultrasounds studies : 1% Prevention and treatment: Estrogens, Biphosfonates and Calcitonin : 1%. Calcium in 31%. Conclusions: The results talk about the the low interest and the litle knowledge that we have about the osteoporosis and the role that we have as “fixers” of fractures and a little bit in prevention.

Key Words: Osteoporosis, Hip Fractures, Orthopedic surgeon behavior.

Introducción

La Osteoporosis es definida como “una enfermedad caracterizada por baja masa ósea y deterioro de la microarquitectura, con el consiguiente incremento en la fragilidad ósea con susceptibilidad de fractura”¹.

Es el ortopedista quién conoce de primera mano sus consecuencias, y sin embargo el papel que juega en la actualidad está únicamente orientado al tratamiento de las fracturas y no a la prevención de las mismas²³.

Las causas de esta conducta tienen su origen en el hecho de que durante el programa de entrenamiento en ortopedia, como en las otras especialidades, no se recibe información suficiente acerca de esta patología; la información existente

en la literatura mundial es muchas veces contradictoria y los costos para el diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis son elevados. En cambio, se hace mucho énfasis en el tratamiento quirúrgico de las fracturas, facilitado a su vez por el progreso en los implantes y en el instrumental quirúrgico²³.

Esto ha llevado a que el tratamiento operatorio sea un procedimiento relativamente rutinario y a que en algunos casos nos convirtamos únicamente en “reparadores de fracturas”²³.

Los estudios publicados en los países desarrollados, en los cuales hay mayor educación e información sobre la osteoporosis, han mostrado que el ortopedista no juega un papel adecuado en la prevención de las fracturas^{2,4,5,7,8,13,21,23}. Como ejemplo de este comportamiento, tan sólo la quinta parte de

las mujeres mayores de 45 años tratadas por fracturas de tercio distal de radio por trauma de baja energía, son encaminadas para estudio de la osteoporosis⁸.

Marco teórico

La osteoporosis es una enfermedad metabólica ósea crónica y progresiva, que en la sociedad occidental afecta aproximadamente a 25 % de las mujeres mayores de 45 años y a 50% de las mayores de 60 años; los hombres afectados están entre 5 y 10%.¹.

Es una patología que se puede prevenir y tratar; sin embargo, como en la mayoría de los casos es asintomática hasta que se presenta una fractura, pocas personas son diagnosticadas en forma temprana, y por consiguiente, no reciben tratamiento adecuado en su fase inicial¹.

En el mundo, así como en Colombia, hay dos problemas que hacen de la osteoporosis un problema de salud pública. Primero, el envejecimiento progresivo de la población por el aumento en la expectativa de vida, que de acuerdo al los dos últimos censos de población¹, en nuestro país, aumentó de 66,3 años de 1975–1980 a 71,1 años de 1985–1990. El segundo, se deriva directamente del anterior: las fracturas por osteoporosis aumentan con la edad¹. Las del tercio distal del antebrazo muestran una incidencia creciente a partir de los 60 años, las fracturas de columna vertebral a partir de los 70 años y las de cadera a partir de los 80 años¹.

El impacto social que ocasionan estas fracturas sobre la población es de una magnitud importante: aproximadamente el 10% de las mujeres posmenopáusicas mayores de 50 años que presentan fractura de cadera quedan dependientes para la realización de sus actividades de la vida diaria²³. El 19% requirieron cuidados de enfermería por períodos largos²³. La mortalidad es 29%¹⁸ y tan sólo 30% regresó a sus actividades normales¹⁸.

Para evitar estas fracturas y sus consecuencias, el tratamiento de la osteoporosis debe tener en cuenta el estado general del paciente, la calidad y la densidad del hueso.

El paciente con posibilidades de presentar la enfermedad puede ser detectado mediante una historia clínica adecuada para identificar los factores de riesgo, siendo el más importante la presencia de una fractura previa de baja energía después de los 45 años^{1,8,22}.

Igualmente, la edad avanzada (mayor de 65 años), la estructura corporal pequeña, o el bajo índice de masa corporal (inferior a 20), fractura de cadera en algún familiar de primer grado, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, corticoterapia durante tres o más meses, sexo femenino, raza blanca o asiática, deficiencia de estrógenos y la baja ingesta de calcio de larga data, son factores de riesgo que pueden ser identificados durante el interrogatorio para la elaboración de la historia clínica¹⁷.

Aquellos pacientes en quienes se sospecha osteoporosis pueden ser estudiados con diferentes exámenes paraclínicos, siendo en la actualidad la prueba de oro la densitometría ósea (DEXA)^{1,2,17,22,23}.

Si la historia clínica y los resultados paraclínicos lo indican se debe iniciar la prevención y tratamiento con medidas para evitar caídas del paciente y mejorar su calidad ósea.

El tratamiento farmacológico puede disminuir hasta en 50% el riesgo de fracturas de columna vertebral, cadera y antebrazo.

El problema de las fracturas por osteoporosis y sus consecuencias es de una magnitud enorme que puede ser identificado, prevenido y manejado. Sin embargo, cuando el médico recibe un paciente con una fractura que por sus características tiene muy alta probabilidad de ser secundaria a osteoporosis, se limita en la mayoría de los casos al tratamiento de la fractura únicamente²³.

Un estudio realizado por Freedman y col, en una cohorte de mujeres posmenopáusicas que sufrieron fracturas del extremo distal del radio de baja energía, mostró que únicamente en el 2.8% se le realizó densitometría y tan sólo en el 22.9% se le inició tratamiento farmacológico para la osteoporosis⁸.

En otro estudio realizado en Dinamarca, en mujeres posmenopáusicas que presentaron fracturas de baja energía, se reveló que tan sólo 13% de los ortopedistas solicitaron densitometría ósea y tan sólo 11% iniciaban tratamiento farmacológico para la osteoporosis⁸.

Iborra y Cols, en 741 pacientes mayores de 65 años ingresados en un hospital público de Barcelona, España con fractura de cadera, reportaron que 8% de los pacientes con fractura osteoporótica estaba recibiendo tratamiento para la

osteoporosis. Concluyeron que los médicos no inician de forma constante el tratamiento para la osteoporosis después de la aparición de una fractura¹³.

Pensamos que en Colombia, esta situación debe ser igual o aún peor, ya que la osteoporosis no es tema de interés en un porcentaje muy alto de nuestros traumatólogos, haciendo que el tratamiento de las fracturas no se acompañe de estrategias preventivas para evitar la aparición de nuevos episodios.

Objetivos

El objetivo de este estudio es describir el comportamiento de los ortopedistas en cuatro centros hospitalarios universitarios de Bogotá, en la atención de pacientes que por edad, sexo, y por presentar fractura de cadera, tienen una alta probabilidad de tener osteoporosis.

Con los resultados obtenidos plantear estrategias de educación y concientización sobre la importancia de la prevención de las fracturas por osteoporosis, ya que es la única manera de disminuir la morbilidad, mortalidad y los altos costos que se derivan de ellas.

Propósito

La osteoporosis es un problema de salud pública que viene en aumento progresivo por el envejecimiento de la población y que es el ortopedista quién maneja de primera mano las consecuencias de la enfermedad, se busca con los resultados obtenidos, plantear estrategias de educación y concientización para la prevención de las fracturas, disminuir la morbimortalidad y bajar los costos que se derivan de ellas.

Diseño metodológico

Estudio observacional descriptivo tipo serie de casos para describir la conducta del ortopedista en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas con fractura de cadera en cuatro hospitales de Bogotá - Colombia. 2000 -2001.

Población y muestra

Se estudiaron 174 pacientes de sexo femenino que consultaron a los hospitales centro de la investigación que cumplían con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

Pacientes de sexo femenino, mayores de 55 años, que hayan consultado al Hospital de San José, Fundación Santa Fe de

Bogotá, Hospital de San Blas y Clínica San Pedro Claver de Bogotá con fractura de cadera desde 1 de Enero de 2001 al 31 de Diciembre de 2003.

Criterios de exclusión

Pacientes con historia clínica de osteoporosis primaria (posmenopáusica y senil) ya diagnosticada y en tratamiento. Pacientes con historia clínica de osteoporosis secundaria.

Variables

Institución, Edad, Raza, Diagnóstico, Antecedentes de fractura de cadera en un familiar de primer grado, Antecedentes de fractura previa de baja energía después de los 45 años, Tratamiento con glucocorticoides, Consumo excesivo de alcohol, Tabaquismo, Medidas de prevención para osteoporosis, Medidas para diagnóstico de osteoporosis, Medidas para tratamiento de osteoporosis

Resultados

La recolección de los datos mostró que 2% de las historias estudiadas con diagnóstico de fractura de cadera en mujeres mayores de 55 años no cumplían con los criterios de inclusión.

Edad

En el grupo de mujeres mayores de 55 años encontramos que 20 % estaba entre los 55 y 65 años de edad, 38% entre los 66 y los 75 años de edad, 31 % entre los 76 y 85 años y 10% mayor de 86 años de edad.

Raza

El 88% del grupo estudiado era de raza blanca, 2% de raza negra y 2% de raza amarilla. No había información en 8% de los casos.

Diagnóstico

Las fracturas más frecuentes en esta serie fueron las intertrocantericas con 41%. Un porcentaje muy similar presentaron las de cuello femoral con 38%. Las de cabeza de fémur 9% y las subtrocantéricas fueron las menos frecuentes con 7%. No se encontraron datos acerca del diagnóstico en 3% de las historias clínicas

Antecedentes de fractura en un familiar

20 % de las historias clínicas reportaban la presencia de fracturas en familiares.

Antecedentes de fractura previa de baja energía

22% de las historias clínicas mencionaban el antecedente de fracturas previas de baja energía.

Consumo de alcohol

Se reportó el consumo de alcohol en 4% de las historias clínicas. Sin embargo no hay datos acerca de la cantidad y la frecuencia de consumo.

Tabaquismo

En 18 % de las historias clínicas estudiadas se encontró información acerca del consumo de tabaco.

Tratamiento con glucocorticoides

Del total de fracturas presentadas se encontró reportado que 22% tenía antecedentes de manejo con corticoides.

Medidas de prevención para osteoporosis

De acuerdo a las variables anteriores en 65% de las historias no se encontró ninguna información acerca de las indicaciones generales para la prevención de la osteoporosis.

Había tan sólo 0,5% a quienes se indicó disminuir la ingesta de alcohol y 4% dejar de fumar.

14% tenían reportadas indicaciones sobre la ingesta de alimentos ricos en calcio, en 8% se les recomendaba tomar el sol y en 19% de las historias clínicas se hablaba sobre las indicaciones de hacer ejercicio.

Medidas para el diagnóstico de la osteoporosis

En 90% del grupo estudiado no se encontró ninguna información que hablara acerca de la solicitud de exámenes diagnósticos para la osteoporosis. Tan sólo en 1% se hablaba de solicitud del DEXA y en 1% del ultrasonido. El QCT fue del 0%.

En 7% se informaba acerca de solicitud de otros medios diagnósticos como calcio y fósforo en sangre, Rx simple de columna, etc.

Tratamiento de la osteoporosis

64% de las historias clínicas no hablaban de ningún tratamiento de la enfermedad. La medida más frecuentemente reportada fue la formulación de calcio oral en 31% de la muestra.

Los Estrógenos, los Bifosfonatos y la Calcitonina se encontraron con una frecuencia del 1% en cada uno de ellos. Los SERMS en ningún caso.

Análisis

La identificación de los factores de riesgo mediante el interrogatorio y consignación de ellos en la historia clínica inicial se dio únicamente en 18% de las historias estudiadas. En 82% no había ningún dato que hablara al respecto. Cifra muy alta si consideramos que el grupo de pacientes estudiados estaba en alto riesgo de sufrir osteoporosis y como consecuencia, el de presentar nuevamente fracturas.

La solicitud de estudios diagnósticos para osteoporosis por parte de los ortopedistas en las pacientes menopáusicas mayores de 55 años con fractura de cadera se encontró reportada únicamente en 1% con DEXA, 1% con Ultrasonido. En contraste con las de los países en donde hay mayor preocupación por esta patología que llegan al 10% y aún así, refieren que es muy baja para la magnitud del problema.

La medida de prevención más frecuentemente reportada fue la de hacer ejercicio (19%). Sin embargo pensamos que está más relacionada con la rehabilitación postoperatoria que como medida de prevención para la osteoporosis.

En 8% estaba reportada la necesidad de tomar el sol y en 14% había recomendaciones para tomar alimentos ricos en calcio.

El porcentaje bajo de recomendaciones para dejar de fumar, disminuir el consumo de alcohol, tomar el sol e ingerir alimentos ricos en calcio, nos habla del poco interés y el poco conocimiento que tenemos acerca de la osteoporosis, ya que estas son medidas fácilmente aplicables, económicas en su mayoría y de gran beneficio para el paciente.

Acercas del número de pacientes a quienes se les inició manejo farmacológico reportados en nuestras historias clínicas encontramos que tan sólo habían iniciado tratamiento con Estrógenos 1%, con Bifosfonatos 1% y con Calcitonina 1%,. En la literatura mundial los pacientes con fracturas de baja energía que son encaminados para tratamiento y prevención farmacológica de la osteoporosis por los ortopedistas son del orden del 20%.

Los resultados encontrados en este trabajo nos muestran como hasta el momento, el papel que jugamos como ortopedistas en el manejo de las fracturas de cadera en pacientes en riesgo de presentar Osteoporosis, es el de reparadores de fracturas y muy poco en la prevención de las mismas.

Conclusiones y recomendaciones

Una vez más vemos el grave problema en la elaboración de las historias clínicas, en donde hay un gran déficit en la información básica que se debería consignar. Prueba de ello, está en la falta de consignación inclusive de la edad del paciente en algunas historias clínicas.

Esto nos enfrenta a la gran dificultad para la realización de trabajos de investigación en los diferentes hospitales en donde trabajamos. En los últimos años estamos haciendo esfuerzos para mejorar la calidad de las historias clínicas, pero aún nos falta mucho camino por recorrer.

Es evidente el poco conocimiento y la falta de interés que tenemos por la Osteoporosis. Una parte del problema, se origina en los programas de entrenamiento de nuestros residentes en donde se trata el tema de una manera muy rápida y superficial, haciendo gran énfasis, en las mejores técnicas quirúrgicas para el manejo de las fracturas sin reforzar la prevención de las mismas. Esa es la razón por la cual debemos trabajar en conjunto para la educación en osteoporosis, su prevención y su manejo.

La realización de programas de prevención de las fracturas de cadera en este grupo de pacientes, incluyendo la osteoporosis, disminuye la mortalidad y los grandes costos sociales que implica el manejo de las mismas. Es más económico desde todo punto de vista prevenir que curar.

Bibliografía

1. Ardila E, Mautalen C. Osteoporosis en Iberoamérica. Ed. Vesalius. Bogotá, Colombia. 2000.
2. Chesnut III CH. Osteoporosis, an Undiagnosed Disease. JAMA, Dec 12, 2001 – Vol 286, No. 22 . pp 2865 – 2866.
3. Christiansen C, Riis B J, Ridbro P. Prediction of rapid bone loss in postmenopausal women. Lancet 1987.;1:1105-1108.
4. Cuddihy MT, Gabriel Se; Crowson CS; O'fallon WM; Melton LJ. Forearm fractures as predictors of subsequent osteoporotic fractures. Osteoporos Int 1999; 9(6):469-75.
5. Cuddihy MT, Gabriel SE, Crowson CS et al. Osteoporosis Intervention Following distal forearm fracture: a missed opportunity? Arch Intern Med 2002 Feb 25;162(4):421-6
6. Cummings SR, Kelsey JL, Nevitt C, et al. Epidemiology of osteoporosis and osteoporotic fractures. Epidemiol Rev 1985;7:178-208.1985
7. European League Against Rheumatism (EULAR) . Ann Rheum Dis 2001;60 (supl.1)
8. Freedman K. Kaplan F. Bilker W. Et al. Treatment of Osteoporosis: Are Physicians missing an opportunity? JBJS. 82 A, No 8. 1063-1070. August 2000.
9. González JG, Hernández AG, Peláez I, Viramontes JL. Tratamiento de la Osteoporosis Posmenopáusica: Medicina Basada en Evidencias en la Práctica Clínica. Medicina Universitaria Vol 3, No. 12, Jul – Sep , 2001. pp: 163 – 172.
10. Hochberg MC, Preventing Fractures in Postmenopausal Women With Osteoporosis. A Review of Recent Controlled Trials of Antiresortive Agents.. Drugs and Aging 2000. Oct 17 (4) 317 – 330.
11. Hochberg MC, et Al. Changes in Bone density and Turnover Explain the Reductions in Incidence of Nonvertebral Fractures that Occur During Treatment with Antiresortive Agents J Clin Endocrinol Meta 87: 1586 – 1592, 2002.
12. Iborra et al. Ann Rheum Dis 2001;60 (supl.1)
13. Jubly Ag. De Geus, Wenceslau CM. Evaluation of osteoporosis treatment in seniors after hip fracture. Osteoporos Int 2002 Mar;13(3): 205-10.
14. Lindsay R. Silverman SL. Cooper C et al. Risk of new vertebral fracture in the year following a fracture. JAMA 2001;285: 320-23
15. Melton III LJ. Cost – Effective Strategies for Osteoporosis. Osteoporos Int. 1999, Suppl 2: S111 – S 116.
16. Melton III L et al. : Perspective. How many Women have osteoporosis? J. Bone and Min Res.7:1005-1010,1992.
17. Papapoulos S, Hosking D, Simon J, Cannata-Andi JB, Morales J. Reunión de Expertos Iberoamericanos: Recomendaciones para el Manejo de La Osteoporosis. JCR. Suplemento Especial en Español. Cancún , Méjico – Marzo 19 – 20, 2001.
18. Parker MJ, Palmer CR. A New Mobility Score For Predicting Mortality After Hip Fracture. JBJS . Vol 75 – B. No 5, Sep 1993, pp 797 –798.
19. Riigs BL. Melton LJIII Epidemiology of fractures In Osteoporosis: etiology, diagnosis and managment. New York:raven press,1988.
20. Screening for postmenopausal osteoporosis. Musculoskeletal disorders. Guide cps.pdf.ch 46.509
21. Sheehan J; Mohamed F; Reilly M; Perry J. Secondary Prevention Following fractured Neck of fémur: a survey of orthopaedic surgenos practice. Ir Med J . 2000.Jun;93(4):105-7.
22. Siris ES, Miller PD, Barre-Connor, Faulkner KG, Wehren . LE, Abbott TA, Berger ML et al. Identification an Fracture Outcomes of Undiagnosed Low Bone Mineral Density in Postmenopausal Women Results From the National Osteoporosis Risk Assessment. Jama, Dec 12, 2001-Vol 286,No.22. pp 2815 – 2822.
23. Tosi L, Lane JM. Osteoporosis Prevention and the Orthopaedic Surgeon: When Fracture Care is Not Enough. JBJS. Vol. 80-A, No. 11. Nov 1998. pp: 1567 – 1569.
24. U.S. Department of Health and Human Services (DHHS). National Center for Health Statistics(NCHS). Data From NHANES III, centres for disease Control and prevention. Hyatsville, md:NCHS;1996.