

Montserrat Romera Baurés [Buscar autor en Medline]



### Aspectos epidemiológicos de la artrosis y la osteoporosis

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

#### Texto completo

##### Artrosis

La artrosis es la patología musculoesquelética más frecuente en las poblaciones occidentales y es la causa más común de incapacidad en personas de edad avanzada. No es una consecuencia inevitable de la edad, pero los cambios que se producen en el sistema musculoesquelético, junto con otros factores de riesgo acompañantes (obesidad, inestabilidad articular, anormalidades anatómicas, disminución de la actividad física, alteraciones del equilibrio y de la propiocepción, y aumento de la laxitud articular, entre otras) hacen que el riesgo de artrosis aumente con la edad.

La artrosis es la resultante de los fenómenos mecánicos y biológicos que desestabilizan el equilibrio entre la síntesis y la degradación del cartílago y del hueso subcondral. Este desequilibrio puede ser iniciado por múltiples factores: genéticos, mecánicos, metabólicos y traumáticos. Desde el punto de vista anatomo-patológico la artrosis se caracteriza por una pérdida focal de cartílago articular y una neoformación ósea marginal. Las alteraciones radiológicas más características de la artrosis son la pérdida del espacio articular, esclerosis subcondral, proliferación osteofítica y quistes subcondrales, en fases más avanzadas es posible observar una deformidad de la articulación, colapso óseo y cuerpos libres intrarticulares.

Se ha sugerido, que la artrosis generalizada que presentan algunos pacientes puede ser una enfermedad distinta de la artrosis localizada. En la artrosis generalizada, sería más importante una predisposición sistémica (genética), que los factores locales (mecánicos). En algunos estudios se ha observado que la presencia de artrosis de mano, puede predecir la artrosis de cadera o de rodilla, en épocas posteriores de la vida. Así, la artrosis de mano, cadera y rodilla tendrían una predisposición sistémica.

Es necesario distinguir entre lesión artrósica radiológica y artrosis con manifestaciones clínicas o enfermedad artrósica. Hay quien afirma que antes de iniciarse el cuadro clínico, evoluciona durante cierto tiempo de forma asintomática. La prevalencia de la artrosis varía mucho según se trate de artrosis radiográfica o de artrosis clínica. Más del 70% de los mayores de 50 años tienen signos radiológicos de artrosis en alguna localización pero menos del 50% de la población con cambios radiológicos presenta sintomatología. La disociación clínico-radiológica hace que no se conozca con exactitud su prevalencia e incidencia, ya que los estudios que parten de criterios radiológicos no son comparables con los estudios basados en criterios clínicos.

La prevalencia de la artrosis también varía según las poblaciones estudiadas y según la edad de la población. En una encuesta de Salud realizada en Barcelona en el año 1996, de 1.287 encuestados mayores de 65 años, el 51% declaró padecer enfermedades reumáticas crónicas o artrosis<sup>1</sup>. En otro estudio epidemiológico realizado en Asturias en sujetos mayores de 18 años la prevalencia de artrosis en cualquier localización fue del 23,8%. Se observó una mayor proporción de mujeres afectadas y que la prevalencia aumentaba con la edad<sup>2</sup>.

En el estudio EPISER realizado por la sociedad española de reumatología se observó una prevalencia de artrosis sintomática de rodilla del 10,2% y una prevalencia de artrosis de mano de un 6,2% (3). También se observó que era más frecuente en las mujeres que en los hombres. La prevalencia de artrosis sintomática de rodilla en la población general española es mayor a la esperada, debiéndose sobre todo a la elevada frecuencia de casos entre mujeres mayores de 55 años (Figura 1). Los determinantes más importantes de

#### bibliografía

1. Espallargues M, Alonso J, Ruigómez A, Anto JM. Transtornos osteoarticulares en el anciano: aproximación a su impacto poblacional. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 601-6.
2. Ballina FJ, Martín P, Hernández R, Cueto A. Epidemiología de las enfermedades reumáticas en el principado de Asturias. *Atención Primaria* 1993; 31: 11(5): 219-21, 223-4.
3. Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A, and EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis.* 2001; 60(11):1040-5.
4. Guiu M, Aranda F, Romera M, Sole J, Fernández N, Badía X. Calidad de vida en pacientes con artrosis de rodilla en Atención Primaria. *Atención Primaria* 1998. 22 (S1): 323.
5. Peat G, McCarney R, Craft P. Knee pain and osteoarthritis in older adults: a review of community burden and current use of health care. *Ann Rheum Dis* 2001; 60: 91-7.

[Ver más](#)

#### enlaces

No hay enlaces de interés



artrosis en la población adulta española, son la edad, el sexo femenino y la obesidad.

Otro punto importante es la afectación de la calidad de vida en la artrosis. Una proporción significativa de personas presentan incapacidad funcional y menoscabo de su calidad de vida. En la encuesta realizada en Barcelona<sup>1</sup> el 20% de los entrevistados refería incapacidad o dependencia para realizar las actividades de la vida diaria. En el estudio EPISER el 67% de los afectados por artrosis de rodilla referían un estado de salud malo o regular. En un estudio que realizamos en una consulta de atención primaria para valorar la calidad de vida de los pacientes con gonartrosis, en el que utilizamos dos cuestionarios de calidad de vida: uno genérico (Euro-Qol 5-D) y otro específico para gonartrosis (WOMAC, versión LK 3.0) los pacientes referían una regular calidad de vida.

Las dimensiones mayormente afectadas fueron las del dolor, la ansiedad/depresión y la movilidad. En la tabla 4 podemos observar los resultados de la población a estudio y la comparación con la población general catalana<sup>4</sup>.

La artrosis de rodilla causa invalidez en un 10% de las personas de más de 50 años, una cuarta parte de las cuales sufren una discapacidad grave<sup>5</sup>.

En estudios realizados en nuestro país, la artrosis ha sido la enfermedad reumática que mayor número de bajas laborales ha provocado y la causa más frecuente de invalidez permanente. El impacto social y económico de la discapacidad laboral por artrosis es también elevado, representando según algunos estudios el 52,8 % del gasto total en subsidios<sup>6</sup>.

### **Osteoporosis**

La osteoporosis es la enfermedad ósea metabólica más frecuente. Se considera un problema de salud pública que genera una importante demanda de atención sanitaria con un importante coste económico. Con el aumento de la esperanza de vida de la población, se espera que la incidencia de la enfermedad aumente progresivamente en las próximas décadas.

Se estima que sufren osteoporosis 75 millones de personas en los Estados Unidos, Europa y Japón, incluyendo una de cada tres mujeres posmenopáusicas, uno de cada ocho hombres mayores de 50 años y la mayoría de las personas ancianas. En el estudio NHANES III (III Estudio Nacional de Salud y Nutrición)<sup>7</sup>, realizado en Estados Unidos entre 1988-1994, se cifra la prevalencia de osteoporosis femoral en la población blanca americana mayor de 50 años en un 13-18% (4-6 millones) en las mujeres y en un 3-6% (1-2 millones) en los hombres.

En el Estudio de la Masa Ósea de la Población Española (8) se observó que en la población femenina la prevalencia de osteoporosis lumbar era de un 11,1%, alcanzando el 40 % en el grupo de 70 a 79 años; la prevalencia de osteoporosis femoral fue de un 4,3 %, incrementándose al 24,2% en el grupo de 70 a 79 años.

La importancia clínica de la osteoporosis radica en las fracturas. Las fracturas osteoporóticas por excelencia son la fractura vertebral, la fractura de cadera y la fractura de antebrazo distal. Se ha estimado que el riesgo de presentar al menos una fractura osteoporótica a partir de los 50 años es el 40% en las mujeres y del 13% en los hombres<sup>9</sup>. La incidencia de fracturas en el tercio proximal del húmero, en pelvis, costillas, clavícula y escápula también aumentan con la edad y son más frecuentes en el sexo femenino que en los varones.

### **Fractura de muñeca (Figura 2)**

Este tipo de fracturas casi siempre se producen después de una caída sobre la mano en hiperextensión. La mayoría son fracturas de Colles con desplazamiento del segmento distal del radio. La incidencia de la fractura distal del antebrazo varía con la localización geográfica y con el grupo étnico pero aproximadamente una de cada seis mujeres de raza blanca sufrirá una fractura de muñeca<sup>10</sup>. Su incidencia está alrededor de 280 fracturas por 100.000 personas al año y es de cuatro a cinco veces más frecuente en mujeres que en varones. En un estudio realizado en Oviedo<sup>11</sup> se encontró una incidencia de 477 fracturas por 100.000 personas al año y una frecuencia de 5,7 veces mayor en mujeres que en varones.

La incidencia de estas fracturas aumenta de forma lineal en las mujeres de los 40 a los 65 años y después la incidencia se estabiliza. Aunque se desconoce la causa por la que se produce este plató en edades avanzadas, se ha relacionado con un cambio en la forma de caerse, quizás por una menor estabilidad o una pérdida de reflejos al aumentar la edad.

### **Fracturas vertebrales (Figura 3)**

La verdadera incidencia de las fracturas vertebrales es difícil de constatar. En primer lugar, una proporción importante de fracturas son asintomáticas y son necesarios estudios radiológicos en la población general para valorar la verdadera prevalencia. En segundo

lugar, no existe un claro consenso en la definición de deformidad vertebral. Últimamente se han desarrollado técnicas morfométricas y semicuantitativas para los grandes estudios epidemiológicos. La utilización de estas técnicas ha mejorado el conocimiento epidemiológico en la incidencia y prevalencia de las deformidades vertebrales en Europa.

En un estudio prospectivo de la Osteoporosis realizado en Europa<sup>12</sup> se constató una incidencia de fracturas vertebrales morfométricas de 10,7 por 1000 mujeres al año y de 5,7 por 1000 hombres al año. La incidencia aumentaba de forma importante con la edad en ambos sexos y existieron variaciones geográficas, con una mayor tasa de fracturas en Suecia. La prevalencia de la fractura vertebral en la población española es del 15 al 25% en las mujeres y del 20-21% en los varones, variando su prevalencia según la zona geográfica y los criterios utilizados para definir la fractura<sup>11</sup>.

#### **Fracturas de cadera (Figura 4)**

Existen sustanciales variaciones en la incidencia de las fracturas de cadera entre diferentes poblaciones y razas; la observada en España (215 por 100.000 habitantes al año) es similar a la hallada en otros países del área mediterránea y claramente inferior a la de los países del norte de Europa. La incidencia varía hasta más de siete veces entre diferentes países europeos y entre poblaciones urbanas y rurales de un mismo país<sup>13,14</sup>. El riesgo estimado de sufrir una fractura de cadera en el transcurso de la vida para las mujeres de raza blanca es del 17% y para los hombres del 6%<sup>9</sup>.

Tanto la esperanza de vida como la incidencia de fracturas de cadera está aumentando, año tras año, en muchas áreas del mundo. Se esperan para el año 2050 más de 21 millones de fracturas, de los cuales un porcentaje importante corresponderán al continente asiático<sup>15,16</sup>.

#### **Morbilidad y Mortalidad**

La osteoporosis es comparable en morbilidad, mortalidad, calidad de vida e impacto económico a otras enfermedades crónicas.

La fractura de muñeca tiene una baja morbilidad y no está asociada a un aumento de la mortalidad, aunque puede presentar complicaciones, como la distrofia simpáticorefleja o las neuropatías, que pueden alterar la calidad de vida. La fractura de muñeca tiene un importante factor pronóstico ya que ha demostrado ser indicador de nuevas fracturas osteoporóticas. La fractura de Colles aumenta de 2,5 a 3 el riesgo de fracturas vertebrales y aumenta por 2 el riesgo de fracturas de cadera en mujeres mayores de 70 años<sup>17</sup>.

El impacto clínico de una simple fractura vertebral puede ser mínimo, pero la acumulación de múltiples fracturas puede producir dolor de espalda agudo o crónico, limitación de la actividad física, cifosis progresiva y pérdida de altura.

Las mujeres con fracturas vertebrales tienen por término medio entre dos y once veces más probabilidades de presentar dificultades en las actividades de la vida diaria. Las fracturas vertebrales son responsables de la mayor parte de la reducción de estatura de las mujeres ancianas. La pérdida de estatura aumenta en proporción al número de fracturas, con un promedio de 1cm por cada vértebra fracturada.

La fractura vertebral es también predictor de nuevas fracturas. Así, una de cada cinco mujeres posmenopáusicas con una fractura vertebral, sufrirá una nueva fractura vertebral durante el primer año y una de cada cuatro mujeres una nueva fractura osteoporótica (cadera, vertebral, fémur, húmero, muñeca)<sup>18</sup>. En otros estudios epidemiológicos<sup>19</sup>, se ha observado que pacientes con fracturas previas tenían un incremento de hasta 7 veces en el riesgo relativo de presentar nuevas fracturas vertebrales. La probabilidad de fracturarse nuevamente en el primer año después de una fractura aumenta todavía más en pacientes con múltiples fracturas previas, siendo el riesgo 12 veces superior para los pacientes con dos o más fracturas, que en aquéllos sin fracturas<sup>20</sup>. La mortalidad también se ha visto incrementada en mujeres mayores de 65 años con mayor número de fracturas vertebrales prevalentes<sup>20</sup>. La mortalidad aumenta de 19 muertes por 1000 personas-años en mujeres sin fracturas vertebrales a 44 por 1000 personas-años en mujeres con cinco o más fracturas.

De todas las fracturas osteoporóticas, las de cadera son las que tienen una repercusión funcional más importante. En el primer año de la fractura hasta un tercio de los pacientes son totalmente dependientes. También se han observado tasas de mortalidad superiores a la población general en el primer año después de la fractura. Aunque el riesgo que presentan los hombres de sufrir una fractura osteoporótica es un tercio del que presentan las mujeres, su mortalidad es superior al de las mujeres (30% frente al 15%) y se ha relacionado con una mayor comorbilidad<sup>21</sup>. En un estudio realizado en nuestro país, de una cohorte de 218 pacientes que ingresaron por fractura de cadera, al año de la fractura habían fallecido el 22,5% de los que fueron dados de alta, y el 65% de las defunciones, ocurrieron durante los tres primeros meses. Los factores asociados al aumento de mortalidad fueron: estado mental disminuido, capacidad funcional disminuida previa a la

fractura, traslado al alta a una institución o residencia y ser varón<sup>22</sup>.

Las complicaciones más frecuentes que se producen después de una fractura de cadera son las infecciones, cuadros confusionales, descompensaciones cardio-respiratorias, hemorragias digestivas y tromboembolismos pulmonares o trombosis venosas.

Al igual que lo que ocurre en otras fracturas, los pacientes que han sufrido una fractura de cadera tienen mayor riesgo de nuevas fracturas osteoporóticas (17-21% de riesgo entre los 16-21 meses siguientes). El riesgo de otra fractura de cadera en el primer año es del 5%, y del 29% en los 20 años siguientes<sup>23</sup>.

### **Coste de las fracturas osteoporóticas**

A parte del coste individual en términos de reducción de la calidad de vida y mortalidad, las fracturas osteoporóticas suponen un coste significativo para los servicios sanitarios. Existen costes asistenciales directos a corto plazo y costes directos e indirectos a largo plazo. Entre ellos estarían el coste del tratamiento, los costes de las bajas laborales por causa de la enfermedad, la reducción de salarios, y la necesidad de subsidios o pensiones. Los individuos que precisen cuidados continuados necesitarán de los servicios sanitarios de la atención primaria o de la atención especializada, utilizarán los servicios sociales o a los miembros de la familia que ejercerán de cuidadores.

En el año 2002, los costes directos anuales de los pacientes en situación laboral activa con fracturas osteoporóticas en la Unión Europea, Estados Unidos y Canadá se calcularon en aproximadamente 48 billones de euros<sup>24</sup>. En Europa, el coste directo de las fracturas osteoporóticas en el primer año de la fractura se ha calculado en 25 billones de euros. El mayor gasto se produce por los servicios de hospitalización. En el año 1998, en Europa, se estimaron los costes sólo por hospitalizaciones de las fracturas osteoporóticas en más de 4,8 billones de euros<sup>4</sup>. En la actualidad, los pacientes con osteoporosis son responsables de 500.000 hospitalizaciones, ocupan más de 4 millones de camas hospitalarias por año en la comunidad Europea y se espera que estas cifras aumenten en los próximos 50 años. Los costes de la fractura distal del antebrazo se sitúan entre 600 y 900 euros<sup>17</sup>. El mayor coste lo producen las fracturas de cadera ya que son las que requieren más hospitalizaciones y las que producen una mayor pérdida de la independencia.



© Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria, 2003