

11

artículo

Joan Miquel Nolla [Buscar autor en Medline]



Aspectos socioasistenciales de la osteoporosis del anciano

[Ver resumen y puntos clave](#)[Ver texto completo](#)[Volver al sumario](#)

Texto completo

El envejecimiento, es decir, las modificaciones que origina en el organismo el paso del tiempo, es un fenómeno de gran trascendencia, con importantes implicaciones socioeconómicas y asistenciales, que se acentuarán progresivamente en los próximos años^{1,2}.

En España, el índice de envejecimiento, es decir, la proporción de individuos mayores de 65 años en relación al total de la población, se sitúa alrededor del 15% y más de un millón de personas tienen más de 80 años.

Con el envejecimiento se pierde vitalidad, lo que implica un aumento progresivo de la vulnerabilidad frente a la agresión. Se afectan en mayor o menor medida la totalidad de los órganos y sistemas corporales; el impacto es especialmente intenso sobre el sistema osteoarticular (**tabla 1**).

Existe una íntima relación entre la edad y la pérdida ósea, tanto en las mujeres como en los varones³ (tablas **2** y **3**). La osteoporosis del anciano, que se configura alrededor del eje *fragilidad ósea - riesgo de caída*, constituye uno de los síndromes geriátricos más relevantes. Se trata de un problema de salud muy importante, que se acompaña de una gran morbilidad, y que, de forma un tanto sorprendente, se contempla con una visión fatalista. Con frecuencia, un proceso que si fuera diagnosticado y tratado sería potencialmente reversible, se considera como una situación inexorablemente asociada al envejecimiento, en que las posibilidades terapéuticas son escasas.

En este capítulo se analizarán diversos aspectos socioasistenciales de la osteoporosis del anciano.

Morbimortalidad de las fracturas osteoporóticas en el anciano.

Sin ningún género de duda, la fractura de cadera, constituye la complicación más grave de la osteoporosis. Acontece en pacientes con una edad media de 75 y 80 años⁴, conlleva una mortalidad elevada y determina, en un porcentaje importante de enfermos, incapacidad y dependencia. Además, el consumo de recursos, tanto en la fase inmediatamente posterior al episodio fracturario como en los meses y años siguientes, es ingente.

Indefectiblemente hay que proceder al ingreso hospitalario del paciente. En las series más recientes⁴, la estancia media en España se sitúa entre los 15 y los 20 días, una cifra similar a la comunicada en otros países europeos⁵.

La mortalidad durante el tiempo de hospitalización se ha cifrado en un 6%⁶ y en el mes siguiente a la fractura en un 8%⁷. La mortalidad se eleva al 30% al cabo del año⁵⁻⁸. Los pacientes de edad superior a los 80 años, los afectos de dos o más procesos crónicos, aquellos que presentan alteraciones del estado mental o dificultades para la movilización y los que habían sufrido ingresos hospitalarios previos son los que tienen una superior mortalidad⁹.

En la **tabla 4** se exponen las complicaciones sistémicas más habituales que sufren los pacientes afectos de una fractura de cadera. Se estima que aparecen en alrededor del 50% de los enfermos¹⁰. Buena parte de estos procesos son consecuencia de la comorbilidad previa de los pacientes y en gran medida están ligados a la situación de inmovilización.

bibliografía

1. Ribera Casado JM. Envejecimiento. En: Rozman C, ed. Medicina Interna. Madrid; 1301 – 1309.
2. Pacho E, merino J. El envejecimiento. En: García-Conde J, Merino Sánchez J, González Macías J, eds. Patología general. McGraw Hill-Interamericana, Madrid, 2004; 161-165.
3. Díaz Curiel M. Prevalencia de la osteoporosis densitométrica en la población española. En: Díaz Curiel M, Díez Pérez A, Gómez Alonso C, eds. Nuevas fronteras en el estudio de la densidad ósea en la población española. Madrid, EDIMSA, 1996; 95 – 117.
4. Sosa Henriquez M, Arbelo Rodríguez A, Laínez Sevillano MP, Navarro Rodríguez MC. Datos actualizados sobre la epidemiología de la fractura osteoporótica en España. REEMO 1998; 7: 174 – 179.
5. Scheerlinck T, Opdeweegh L, Vaees P, Opdecam P. Hip fracture treatment: outcome and socio-economic aspects. Acta Orthop Belg 2003; 69: 145 – 156.

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



Se estima que un 45% de los enfermos sufren una pérdida de capacidad funcional tras el episodio fructuario⁷ y que un 30% requieren cuidados y asistencia especializada¹¹.

La repercusión económica de la fractura de cadera en costes directos, es decir los derivados de la estancia hospitalaria, de la colocación de prótesis y de la rehabilitación inmediata, se cifró, en un estudio norteamericano realizado a mediados de la década de los noventa¹², en 10.000 millones de dólares. En España, estimaciones realizadas a partir de las cifras medias de incidencia expuestas en estudios publicados en las décadas de los ochenta y los noventa, situaban el gasto alrededor de 16.000 millones de pesetas/año⁴.

La fractura vertebral, que acontece en pacientes con una edad media entre 65 y 70 años, causa un dolor intenso y una notable limitación funcional¹³, circunstancias que comportan una pérdida de la interacción social del enfermo.

Apenas existen datos acerca de la frecuencia con que serecurre a la hospitalización del paciente afecto de fractura vertebral; la información disponible acerca de las estancias medias generadas es también muy escasa. En un estudio¹⁴ realizado en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitari de Bellvitge en el que se evaluaron 669 pacientes con fractura vertebral de naturaleza osteoporótica, se observó una frecuencia de hospitalización del 18% y una estancia media de 16 días, similar a la observada en otros países europeos pero superior a la de los Estados Unidos¹⁵.

Las fracturas vertebrales ocasionan en el paciente una distorsión de la calidad de vida relacionada con la salud, que puede evidenciarse mediante pruebas de evaluación específicas para osteoporosis. Se dispone¹⁶ de la adaptación transcultural al español de dos de los cuestionarios más utilizados, el *Osteoporosis Quality of Life Questionnaire* (OQLQ) y el *Quality of Life Questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis* (QUALEFFO). Su implementación en estudios de investigación y, en práctica asistencial ha puesto de manifiesto que la morbilidad dependiente de la fractura vertebral es muy alta.

Cabe resaltar que parece demostrado que los pacientes afectos de una fractura vertebral presentan un incremento de la mortalidad a largo plazo^{17,18}.

Indudablemente, la morbilidad generada por la fractura de antebrazo distal (19,20.) es inferior a la generada por las fracturas vertebrales y las fracturas de cadera. No obstante, en estudios recientes se ha puesto de manifiesto que esta fractura también tiene un impacto notable sobre la calidad de vida relacionada con la salud del paciente y que los costes que se derivan de la atención a los pacientes no son despreciables.

Relevancia clínica de las caídas.

La OMS define la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita a la persona la suelo en contra de su voluntad. Las caídas son un marcador de fragilidad en el anciano, que constituyen la primera causa de muerte accidental en mayores de 65 años.

La posibilidad de sufrir una caída aumenta con la edad²¹⁻²⁴. Se estima que un tercio de los pacientes mayores de 65 años sufren una caída anual, y que el porcentaje asciende al 50% si se considera la población de más de 80 años; en ancianos institucionalizados la prevalencia es mayor. La reiteración de las caídas también es un fenómeno claramente asociado con la edad.

Como la mayor parte del tiempo los ancianos lo pasan en su domicilio o en las instituciones en las que están acogidos, es en estos lugares en donde habitualmente se producen las caídas, y, dentro de ellos, en los dormitorios, salas de estar y aseos.

En la etiología de las caídas cabe considerar los factores intrínsecos al individuo, relacionados con el envejecimiento, con las enfermedades que sufre y con los fármacos que recibe, y los extrínsecos, relacionados con su entorno y con las actividades que realiza.

Como consecuencia de las caídas se producen trastornos físicos, psicológicos y sociales que repercuten negativamente en el paciente de edad avanzada (**Tabla 5**). Los factores implicados con un peor pronóstico son la edad avanzada, la permanencia en el suelo durante tiempo prolongado, el género femenino, la pluripatología, la polifarmacia y el deterioro cognitivo.

Entre un 5% - 10% de los ancianos que caen van a sufrir una fractura, especialmente de cadera; la posibilidad de sufrir una fractura tras una caída aumenta con la edad y es superior en las mujeres. En menor medida tras la caída se producen traumatismos craneoencefálicos, lesiones en las partes blandas (hematomas, desgarros, esguinces) y trastornos que son consecuencia de la permanencia prolongada en el suelo como rabdomiolisis, hipotermia, deshidratación y desnutrición. Todos estos procesos determinan un síndrome de inmovilidad que está gravado con una alta morbimortalidad.



Alrededor del 25% de los pacientes desarrollan un síndrome psicológico post-caída (Síndrome de Kennedy), un cambio de comportamiento tras el accidente que se caracteriza por disminución de la movilidad y miedo a volver a caer, que suele desembocar en una depresión.

Las caídas comportan un alto impacto sociofamiliar. La pérdida de funcionalidad y el aumento de la dependencia del anciano comporta la necesidad de establecer la figura del cuidador familiar, que en ocasiones no está suficientemente sensibilizado para desempeñar el papel. Se considera que hasta un 40% de los ancianos que caen de forma repetida serán ingresados en residencias.

La fractura como indicador diagnóstico y terapéutico.

La existencia de una fractura por fragilidad en vértebra, cadera o antebrazo distal constituye una indicación clásica de realización de densitometría²⁵⁻²⁷; no obstante, se estima que se realiza un estudio densitométrico sólo a un 35% de los pacientes²⁸.

Sentado este hecho, cabe reseñar que hay autores que consideran que la práctica de una densitometría a los pacientes con fractura puede obviarse ya que la práctica totalidad de los enfermos presentan una baja masa ósea; podría iniciarse sin demoras un tratamiento con la constatación de la fractura.

Por otro lado, es preciso remarcar La presencia de una fractura previa constituye un factor de riesgo de nuevas fracturas. Esta circunstancia se cumple para los tres tipos de fractura osteoporótica.

La mayor información se dispone acerca de la fractura de cadera²⁹. La tasa de recurrencia a los 5 años de la primera fractura se sitúa en un 8% y a los 10 años en un 15%³⁰; la práctica totalidad de estos enfermos pierden la capacidad de deambular³¹. En virtud de ello resulta especialmente sorprendente el escaso número de pacientes afectos de una fractura osteoporótica que reciben un tratamiento³²⁻³⁴.

La instauración de tratamiento es menor en los varones, en los pacientes de edad muy avanzada y en los afectos de fracturas no vertebrales. En los pacientes con fractura vertebral las tasas de tratamiento se sitúan en el 50%-60%; en los afectos de fractura de cadera no superan el 25%.

Consideraciones acerca del tratamiento en el paciente de edad avanzada.

A la hora de abordar el problema de la osteoporosis en el paciente de edad avanzada es preciso considerar tres circunstancias diferenciales: a) el grado de cumplimiento, b) la relevancia de las medidas no farmacológicas, y c) la importancia de la suplementación con calcio y vitamina D.

La edad superior a los 75 años y una alta comorbilidad asociada a plurimedición constituyen los principales factores determinantes de una baja adherencia al tratamiento³⁵. En el paciente de edad avanzada es preciso implementar estrategias encaminadas a fomentar el cumplimiento.

Adquieren gran importancia las medidas preventivas encaminadas a minimizar el problema de las caídas. En la **tabla 6** se exponen estrategias de prevención primaria tendentes a evitar la aparición de caídas^{24,36}. La utilización de protectores externos ha demostrado utilidad en la prevención de las fracturas de cadera en ancianos ingresados en alguna institución³⁷. Se ha observado reducciones de hasta un 60% en el riesgo de fractura. Sin embargo, la implementación, el cumplimiento y la aceptación de los protectores de cadera es aún bajo³⁸.

El ejercicio físico puede disminuir la pérdida ósea que se produce en la persona de edad avanzada^{36,39,40}. Debe ser constante y adaptado a las circunstancias individuales del paciente, especialmente al estado de sus sistemas cardiovascular y musculoesquelético. Deben evitarse las sobrecargas mecánicas y los ejercicios que impliquen una hiperflexión o una rotación de la columna, así como los que comporten un riesgo de caída. El programa fisioterápico debecorregir las alteraciones posturales, fundamentalmente la cifosis dorsal, mediante la estimulación de la musculatura paravertebral con ejercicios de extensión de tronco y la hiperlordosis lumbar, potenciando la musculatura abdominal. También se deberán realizar ejercicios de flexibilización y potenciación en decúbito, sedestación y bipedestación, de la musculatura escapulotorácica, toracobraquial, glútea e isquiotibial, así como ejercicios activos de respiración abdominocostodiafragmáctica.

En el paciente anciano deben asegurarse unos aportes adecuados de calcio y vitamina D, elementos básicos en el mantenimiento de la homeostasis esquelética. Se necesitan 1500 mg/día de calcio elemental y entre 400-800 UI de vitamina D. La gran mayoría de los pacientes, especialmente aquellos que han presentado una fractura⁴¹, no cumplen estos requerimientos.



© Revista Clínica Electronica en Atención Primaria, 2003