

1. Epidemiología de la osteoporosis

Dr. Enrique Ardila Ardila

Médico Internista Endocrinólogo, candidato a PhD en endocrinología, fellow en metabolismo óseo, especialista en evaluación de la calidad en medicina y especialista en periodismo, profesor Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

América Latina es una región heterogénea formada por países con distintos grados de desarrollo; cuenta con poblaciones de diferente origen racial, con hábitos particulares en su dieta y grandes variaciones en su clima y en la exposición al sol.

El origen racial del continente es heterogéneo porque cuenta con población de raza blanca, india, negra y oriental, en consecuencia, este fenómeno se observa también en los diferentes países. Estas diferencias se reflejan también en la expectativa de vida de la población, teniendo las tasas más altas en Argentina y Uruguay, y las más bajas en Bolivia y Ecuador, con tasas intermedias en México, Brasil, Colombia y Perú⁽¹⁾.

América Latina pasó de ser un continente en donde la mayoría de la población estaba representada por gente menor de 30 años a tener grupos por encima de los 40-50 años. En Colombia, por ejemplo, y según proyecciones del DANE para el año 2010 la población mayor de 60 años llegó casi a 10%, lo cual representa una gran importancia en cuanto al riesgo de sufrir enfermedades como la osteoporosis, en cuya aparición la edad es uno de los factores más importantes.

La osteoporosis es la enfermedad sistémica más común del hueso. Se caracteriza por una disminución de la masa ósea con deterioro de la microarquitectura y un aumento en la fragilidad, lo cual conlleva a la producción de fracturas después de un mínimo trauma. Esta definición fue dada en 1994⁽²⁾ y ha sido muy cuestionada, pues se basa en parámetros derivados de la densitometría ósea y, como se verá en la parte correspondiente de esta publicación, sus valores corresponden a los dados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en esa misma época, los cuales le dan un valor primordial a la densi-

dad ósea, ignorando otros que tienen igual o más importancia, además de que éstos fueron obtenidos a partir de una población de raza blanca y de sexo femenino menor de 25 años, y se han extrapolado a otros tipos de poblaciones.

Para tratar de subsanar este vacío, la OMS igualmente ha incorporado los factores clínicos de riesgo en un instrumento de tamizaje llamado FRAX⁽³⁾, de fácil uso y accesible a todas las regiones del mundo, con el objeto de individualizar el riesgo absoluto de fractura a diez años, independientemente de la densidad mineral ósea. Esto nos permite, con una razonable confiabilidad discriminar a los individuos con alto riesgo de sufrir fracturas y tomar decisiones terapéuticas.

Como la osteoporosis es una enfermedad silenciosa que no produce síntomas hasta que la fractura ocurre, se habla de fractura por fragilidad para referirse a la producida por la osteoporosis. Sin embargo, no existe una definición clara de qué es una fractura por fragilidad, pero podría ser definida como la fractura que se presenta ante un trauma mínimo o moderado en hombres y mujeres después de los 50 años. Aunque este punto de corte tampoco es aceptado universalmente, lo que es cierto es que la mayoría de los estudios de fracturas por fragilidad publicados en la literatura internacional, reportan sus frecuencias en hombres y mujeres a partir de esa edad⁽⁴⁾.

Tradicionalmente, la osteoporosis se ha asociado a las fracturas de cadera, antebrazo y vértebras por ser las más frecuentes, aunque virtualmente cualquier hueso puede fracturarse. Estas fracturas se presentan a edades diferentes: las de antebrazo, en mujeres que se encuentran en la década de los 50, siendo esta fractura un marcador importante en los hombres en ese mismo grupo etario para investigar osteoporosis; las de vértebras se presentan en individuos de edades mayores, con mayor impacto en la morbilidad; finalmente, las de cadera ocurren tardíamente alrededor de los 80 años, y tienen un gran impacto, pues causan discapacidad parcial o permanente, e inclusive disminuyen la expectativa de vida, pues se ha demostrado en algunos estudios que la mortalidad debida a comorbilidades asociadas podría llegar hasta 30% más en re-

lación con las que no se fracturan. Por este motivo, la mayoría de las estrategias preventivas o terapéuticas están dirigidas hacia la posibilidad de evitar este episodio catastrófico⁽⁵⁾.

Grupos de riesgo

La osteoporosis compromete a un grupo importante de la población con características especiales, en el cual las mujeres de raza blanca son las más afectadas. De acuerdo con un estudio basado en la clasificación de la OMS se estableció que 30% de las mujeres postmenopáusicas de raza blanca de los Estados Unidos tenían osteoporosis y 54% presentaba osteopenia en columna, cadera y muñeca. Su frecuencia fue más baja en mujeres de otros grupos étnicos y en hombres. Se dice que el principal factor de riesgo para padecer osteoporosis es ser mujer y de raza blanca⁽⁶⁾.

Un estudio que utilizó los datos suministrados por la Tercera Encuesta de Salud y Nutrición (*Third National Health and Nutrition Survey*, NHANES) de los Estados Unidos, mostró que 21% de las mujeres blancas tenían rangos admitidos para osteoporosis en cadera, mientras la prevalencia para los otros grupos étnicos era más baja: 10% para la raza negra y 16% para las mujeres de origen hispánico⁽⁷⁾.

En los países desarrollados se reportan alrededor de 1,5 millones de fracturas anuales, cifra que es tres veces más que la incidencia de infarto del miocardio en mujeres y mucho más frecuente que el ataque cerebrovascular y el cáncer de mama. Así, podemos enfatizar que las fracturas por osteoporosis, al igual que las enfermedades crónicas, son un importante problema de salud pública en el mundo actual. El riesgo de sufrir alguna fractura por osteoporosis en los países desarrollados después de los 50 años es del 30 al 40%⁽⁸⁾.

En la década de los 90, el 50% de las fracturas de cadera tuvieron lugar en Europa y Estados Unidos, pero de acuerdo con las proyecciones para el año 2050 más del 75% de las fracturas de cadera ocurrirán en Asia y América Latina, como consecuencia del aumento en la esperanza de vida y el mayor número de personas mayores de 65 años⁽⁹⁾.

Panorama en Colombia

En Colombia no existen estudios a nivel nacional sobre tamizaje de la osteoporosis, pero sí se han realizado estudios parciales en diferentes regiones del país como los llevados a cabo por el Instituto Nacional de Salud por Carmona y cols. en 1999⁽¹⁰⁾ y el de Ching y cols. en 2001⁽¹¹⁾, igualmente en Bogotá, con población perteneciente a diferentes estratos sociales y grupos etarios, o los llevados a cabo en Barranquilla por Cure y Cols.⁽¹²⁾, o en Medellín por Sánchez y cols.⁽¹³⁾, o el realizado por Ardila y Cols.⁽¹⁴⁾, en relación con las fracturas de cadera en Bucaramanga, Bogotá y Medellín. Estos estudios muestran que la frecuencia de esta entidad no es diferente de la vista en otros países, siendo Colombia un país de regiones con hábitos alimenticios distintos, exposición al sol diferente y composición étnica igualmente variada, demostrando que a partir de los 45 años la posibilidad de presentar osteoporosis en el grupo de mujeres puede alcanzar hasta 25% y a partir de este momento se inicia un aumento importante, especialmente durante los diez primeros años después de la menopausia. Como lo demostró el estudio multicéntrico de fracturas vertebrales asintomáticas que se realizó en cinco países de Latinoamérica (estudio LAVOS: *The Latin American Vertebral Osteoporosis Study*)⁽¹⁵⁾, llevado a cabo en la población de las siguientes ciudades: Buenos Aires, Argentina; Espíritu Santo, Brasil; Bogotá, Colombia; Puebla, México y San Juan, Puerto Rico. El análisis demostró en los cinco países una prevalencia global de 11,7% que aumentaba exponencialmente con la edad, siendo muy similar a la datos obtenidos en China y en algunos lugares de Europa, aunque ligeramente menor que la encontrada en las mujeres del estudio SOF (*Study of Osteoporosis Fractures*) en los Estados Unidos.

Como conclusión, podemos decir que la osteoporosis es un importante problema de salud pública que se irá incrementando cada día a medida que la población envejece, con consecuencias sobre la salud y la economía del país, con una repercusión grande sobre la calidad de vida de las poblaciones y que la única forma de frenar esta epidemia es estable-

ciendo programas de educación y prevención, y en el caso de los pacientes que la padecen, entendiendo su fisiopatología y conociendo las intervenciones terapéuticas disponibles con la mejor evidencia científica.