

Osteoporosis: epidemiología, costo e impacto en América Latina

Profesor José R. Zanchetta y Consejo de Expertos Latinoamericanos de la I.O.F.
- International Osteoporosis Foundation -

Revisores: Prof. Cyrus Cooper, Dr. Nicholas Harvey, Dr. Mark Edwards
Medical Research Council Lifecourse Epidemiology Unit,
Universidad de Southampton, Reino Unido

Introducción

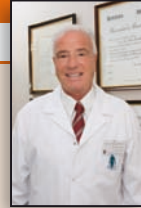
Las proyecciones actuales revelan un crecimiento sostenido en la población mundial, la cual se estima que aumentará de 7,5 mil millones a 10,5 mil millones para el año 2050. Las regiones de América Latina y el Caribe representan el 9% de la población mundial total. Brasil es el quinto país más poblado del mundo con el 32% de habitantes de la región.

Lo más importante es que, con la excepción de algunos países, se registra un aumento de la población de personas de edad avanzada en cada región. El mundo nunca antes había tenido una población anciana de esta magnitud. Se estima que el cambio demográfico continuará en el siglo XXI, con implicancias que serán trascendentales para la sociedad y los sistemas de salud en todo el mundo.

El impacto del envejecimiento de estas poblaciones indudablemente incluirá un aumento en el porcentaje de la población con diagnóstico de osteoporosis y un aumento en el número de personas con fracturas por fragilidad relacionadas. Otras enfermedades crónicas del sistema músculo-esquelético relacionadas con la edad, como la osteoartritis, también reflejarán un incremento.

En América Latina existe escasez de datos confiables y falta de bases de datos nacionales y registros sobre fracturas, lo cual es un obstáculo importante para evaluar la dimensión del problema y por lo tanto, limita gravemente la capacidad de los expertos de ejercer presión con el fin de lograr un cambio de política que mejore los servicios de diagnóstico y atención médica de un paciente con osteoporosis. Ello motivó a la International Osteoporosis Foundation (IOF) a realizar la primera evaluación completa de la osteoporosis en la región.

La International Osteoporosis Foundation (IOF) es una organización no gubernamental internacional que une pacientes, sociedades médicas y de investigación, científicos, profesionales del cuidado de la salud y la industria en todo el mundo. La IOF trabaja en conjunto con sus miembros y otras organizaciones internacionales para aumentar la concientización, mejorar la prevención, el diagnóstico temprano y el cuidado adecuado de la osteoporosis y las enfermedades musculoesqueléticas relacionadas.



Prof. José R. Zanchetta
Médico Especialista en Clínica Médica, Osteología y Metabolismo Mineral.
Profesor Titular de Osteología y Metabolismo Mineral,
Facultad de Medicina Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina.
Director Ejecutivo del Instituto de Investigaciones Metabólicas,
Presidente Fundador de la Sociedad Argentina de Osteoporosis.
Miembro Latinoamericano del Directorio Global de la IOF
Director Científico de la IOF en América Latina

El Latin American Audit 2012 sobre la epidemiología, los costos y el impacto de la osteoporosis en América Latina es el quinto que IOF realiza (European Audit en 2008, Asian Audit en 2009, Eastern European and Central Asian Audit en 2010 y Middle East and Africa Audit en 2011). Estos informes constituyen herramientas políticas extremadamente útiles que permiten a las sociedades nacionales, a los médicos y a los principales líderes de opinión a contribuir a que la osteoporosis escale posiciones en cuanto a su importancia. Este informe evalúa el impacto actual y proyectado de la enfermedad en la región e identifica los vacíos de información, conocimiento y atención en relación con la osteoporosis en América Latina.

Esta auditoría debe ser usada como un llamado a la acción para lograr esfuerzos conjuntos constantes entre sociedades nacionales de osteoporosis, líderes de opinión clave, instituciones académicas, legisladores y entes gubernamentales en toda la región.

La recopilación de datos epidemiológicos confiables sobre el impacto de la enfermedad permitirá mejorar la concientización y educación y conducirá a aplicar estrategias de prevención eficaces, a mejorar la disponibilidad de pruebas de diagnóstico y medicación asequible a fin de detener el efecto cascada de las fracturas por fragilidad.

Solo con estrategias conjuntas y focalizadas se puede terminar con la falta de atención médica de esta enfermedad.

Presentamos un resumen de la publicación original revisado por el autor principal del trabajo, con especial énfasis en los datos sobre Uruguay para difundir, concientizar e informar de la realidad nacional sobre el tema a los profesionales de la salud (texto completo de la auditoría disponible en www.iofbonehealth.org).

Descubrimientos clave en América Latina para 2012

Aumento en los índices de fracturas por aumento de personas de edad avanzada

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la población de más de 65 años aumentará significativamente en los próximos 50 años en América Latina y la cantidad de fracturas de cadera será similar a las cifras actuales de EE.UU. y Europa.⁽¹⁾

Se ha calculado que en el año 2050 se producirán 6,3 millones de fracturas por año en todo el mundo y más de la mitad ocurrirá en América Latina y Asia.⁽²⁾

Se estima que en el año 2008⁽³⁾ se produjeron 5.236 y 2.104 fracturas de cadera en mujeres y hombres chilenos (ambos mayores de 45 años) respectivamente. Las proyecciones estimadas para el año 2050 muestran un aumento en las cifras a 9.988 y 4.007 para mujeres y hombres.⁽⁴⁾

En el año 2006, se registraron 9.295 fracturas en Cuba. Este número aumentó sostenidamente con el transcurso de los años; se reportaron 16.878 casos en 2010 (Ministerio de Salud Pública - MINSAP).

En México, se estima que la cantidad anual de fracturas de cadera aumentará de 29.732 en 2005 a 155.874 en 2050. Si la incidencia específica relacionada con la edad de las fracturas de cadera continúa en aumento, la cantidad de fracturas de cadera aumentaría en un 46% adicional.⁽⁵⁾

En Argentina, se producen aproximadamente 34.000 fracturas de cadera por año en personas mayores de 50 años, con un promedio de 90 fracturas por día. Las proyecciones demuestran que el número de fracturas de cadera por año en esta población casi se triplicará en 2050.

Las proyecciones estiman que el número de fracturas de cadera por año en Brasil, (actualmente en aproximadamente 121.700) alcanzará unas 160.000 fracturas por año en 2050.^(6,7)

Se estima que ocurren entre 8.000 y 10.000 fracturas de cadera por año en Colombia. Las proyecciones sugieren que la cantidad de fracturas de cadera en mujeres aumentará a 11.500 por año en el 2020.

Altos índices de incidencia y prevalencia de osteoporosis y fracturas

En Colombia, se estima que actualmente 2.609.858 y 1.423.559 mujeres viven con osteopenia y osteoporosis, respectivamente. Para 2050, estas cifras podrían incrementarse a 3.852.000 y 2.101.000.

Un estudio realizado en hospitales comunitarios de Colombia en 1999 demostró un índice de incidencia de fracturas de cadera de 234,9 cada 100.000 mujeres y 116,5 cada 100.000 hombres por año (de 50 años y más).^(8,9)

Según los datos de Quiñonez,⁽⁸⁾ la Asociación Guatemalteca de Climaterio y Menopausia estima que en el año 2020, se producirán 512.024 fracturas de cadera en Guatemala.

Un estudio en Costa Rica descubrió que de 5.580 estudios de densitometría ósea (DXA) realizados el 63% era anormal. De estos, el 64,5% fueron osteopélicos y el 35,5% restante fueron osteoporóticos.⁽¹⁰⁾

En 2005, la Asociación Costarricense de Climaterio, Menopausia y Osteoporosis realizó una investigación para evaluar a 108 pacientes hospitalizados de más de 60 años en Costa Rica. El índice de prevalencia de fractura vertebral de estos pacientes fue de 33,3%.

Miembros del Consejo Asesor Regional de la IOF

Argentina	Autor: Ariel Sánchez. Colaborador: Francisco Rodolfo Spivacow
Bolivia	Autor: Teresita I. Rojas Reyes Villa. Colaboradores: Ana Santander, Edwin Soto
Brasil	Autor: Sergio Rogi-Eis. Colaboradores: José C. Amaral Filho, Cristiano A F Zerbini, Bruno Muzzi Camargos, Luiza Machado
Chile	Autor: Claudia Campusano. Colaborador: Jaime Lorca
Colombia	Autor: Alexandra Terront. Colaborador: Carlos Augusto Pérez Niño
Costa Rica	Autor: Sonia Cerdas Pérez. Colaboradores: Adriana Guerrero Arias, Luis Jiménez, Lic Xenia Segura, Gerardo Broutin Luis Escalante, Carlos Zúñiga.
Cuba	Autor: Gil Alberto Reyes Llerena. Colaboradores: Marlene Guiber Toledano, Gilberto López Cabrejas, Miguel Sarduy Nápoles Blanca R. Manzano Oviat
Guatemala	Autor: Claudia Robles. Colaboradores: Carlos Javier Martínez Roman, Héctor Rosas, Adrián Valdez.
México	Autor: Patricia Clark. Colaborador: Fidencio Cons Molina.
Nicaragua	Autor: María Delma Mejía A. Colaborador: Asociación Nicaragüense de Climaterio y Menopausia (ANCYM)
Panamá	Autores: Konstantinos Tserotas, Ramiro Da Silva
Perú	Autores: José Aguilar Olano, Arturo Parejo Cruz. Colaboradores: Blanca Saenz Vivar, Vincente Santivañez Stiglish, Luis Vidal Neira.
Uruguay	Autores: Diana Wiluzanski, Ana Spitz. Colaboradores: Alvaro Ronco, Vilma Chijani
Venezuela	Autor: Edgár Nieto. 2º autor: Shannon MacDonald, Enfermera Registrada IOF
Editores: Judy Stenmark, Licenciado en Ciencias de la Salud Pública, IOF Laura Misteli IOF	

La prevalencia de fracturas vertebrales clínicamente aparentes en mujeres argentinas mayores de 50 años es de 16,2%.⁽⁶⁾

Los estudios de densidad mineral ósea revelan que en Argentina, 2 de cada 4 mujeres mayores de 50 años sufren de osteopenia, 1 sufre osteoporosis y 1 posee una densidad ósea normal.⁽¹¹⁾

Una de cada 12 mujeres mexicanas y 1 de cada 20 hombres mexicanos mayores de 50 años sufrirá una fractura de cadera.⁽¹²⁾

De acuerdo con la definición operativa de osteoporosis de la OMS, el 17% de las mujeres mexicanas y el 9% de los hombres mexicanos mayores de 50 años padecen osteoporosis en la columna lumbar y 16% de las mujeres mexicanas y 6% de los hombres mexicanos sufren osteoporosis en el fémur proximal.⁽¹⁾

Acceso limitado a herramientas de diagnóstico y terapia

El acceso a los estudios de densitometría ósea está limitado a zonas urbanas en toda la región con estimaciones de disponibilidad de 1 a 10 cada un millón de habitantes.

En México faltan programas nacionales orientados a la detección y el tratamiento de la osteoporosis en grupos de alto riesgo. Además no existen programas disponibles para lograr una mayor concientización pública de la enfermedad y para asistir a médicos de atención primaria en la detección o prevención de la osteoporosis y fracturas secundarias. Las fracturas vertebrales son bastante subestimadas, las estadísticas demuestran que este tipo de fracturas son las que se diagnostican clínicamente con menor frecuencia. Las herramientas de diagnóstico (densitometría ósea central) generalmente no están disponibles, tanto en instituciones de salud públicas como privadas. Solo el 25% del equipo disponible se encuentra en instituciones de salud públicas que cubren a la vasta mayoría de los mexicanos. El Ministerio de Salud aprobó tratamientos eficaces que están disponibles; sin embargo el sistema de salud público no los provee en su totalidad.⁽¹²⁾

En Costa Rica el tiempo de espera para la realización de un estudio de densitometría ósea es de 6 meses para pacientes dentro del sistema de seguro social, pero es inmediato para los pacientes con un seguro privado.

Brasil y Chile son los países que tienen más equipos de absorciometría de rayos x de doble nivel de energía (DXA) (10 equipos por cada millón de habitantes) de todos los países incluidos en la auditoría. En Bolivia, Guatemala y Nicaragua existe aproximadamente un equipo de DXA cada 1 millón de habitantes.

En Chile el sistema de salud pública no cubre los costos de la prueba de diagnóstico o medicamentos para la osteoporosis.

Las terapias de bifosfonato están disponibles en toda la región con una variabilidad considerable en cuanto a la política de reintegro. Otras terapias para la osteoporosis como los moduladores selectivos de los receptores estrógenicos (MSRE), la hormona paratiroidea (PTH), la terapia

Tabla 1

Costo directo aproximado de una fractura de cadera por país	
País	Costo en USD
Uruguay	3100
Argentina	3100
Guatemala	4000
Colombia	6500
Chile	2000-7000
Costa Rica	8000
Brasil	3900-12000

de reemplazo hormonal (TRH) y el ranelato de estroncio también están disponibles, pero el acceso a ellas a menudo está restringido.

Pautas y políticas públicas

La osteoporosis se considera una prioridad de salud en solo tres de los 14 países donde se realizó la auditoría: Brasil, Cuba y México.

Si bien 9 de los 14 países cuentan con pautas relacionadas con la osteoporosis, solo los gobiernos de Bolivia y Cuba las aprobaron.

En Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Venezuela y Uruguay la osteoporosis no se reconoce como un problema de salud serio y actualmente no existen programas de concientización pública por parte del Estado que cubran la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de la osteoporosis.

Un grupo de expertos ha designado a la Comisión Nacional de Institutos de Salud y hospitales de especialidad de alto nivel en México para establecer un plan específico para los próximos 10 años, con el fin de incluir un diagnóstico y tratamiento oportunos de la osteoporosis, programas de prevención de amplia escala y programas orientados a fomentar una mayor conciencia de la osteoporosis en pacientes y profesionales de la salud.⁽¹²⁾

En muchos países de la región donde se llevó a cabo la auditoría, la osteoporosis continúa siendo una enfermedad sin detección ni tratamiento debido a una falta de conocimiento en todos los niveles.

Impacto económico, social y personal

Por lo general, los expertos o las sociedades nacionales calculan los costos directos aproximados que representan una fractura de cadera. (Ver tabla 1)

En México se informaron más de USD 97 millones en 2006 en concepto de gastos directos para atención médica especializada de fracturas de cadera; los costos podrían variar de USD 213 a más de USD 466 millones para 2025 y de USD 555 a USD 4,1 millones para 2050 de acuerdo con diferentes proyecciones.⁽¹²⁾

En muchos países latinoamericanos existe una marcada diferencia en la disponibilidad de cobertura médica para la osteoporosis entre los sistemas de salud pública y privada.

En Argentina, un estudio reveló que la mortalidad de pacientes hospitalizados fue del 10%, mientras que un 33% de pacientes con fracturas fallecieron un año después de haber sufrido la fractura.⁽¹³⁾

En Uruguay, el 60% de los pacientes con fractura de cadera concurren a centros de rehabilitación y se estima que se pierden 3 meses de productividad laboral por cada fractura de cadera. La hospitalización promedio por paciente con fractura de cadera es de 10 a 12 días. De acuerdo a la Sociedad Uruguaya de Osteoporosis y Metabolismo Mineral, esta permanencia es significativamente más larga que para otras enfermedades de relevancia, entre ellas, cáncer de mama, cáncer de ovario, cáncer de próstata, enfermedad cardíaca y enfermedad pulmonar.

Deficiencia de vitamina D y baja ingesta de calcio

En Chile, la deficiencia de vitamina D es un problema entre las poblaciones pediátrica y adulta. Un estudio demostró que el 47,5% de los sujetos (entre 55 y 84 años) sufría hipovitaminosis D en base a un nivel límite de 17 ng/ml.⁽¹⁴⁾

Varios estudios recientes sobre vitamina D realizados en México sugieren que no existen índices significa-

tivos de insuficiencia y deficiencia en muestras de las poblaciones pediátrica y adulta. No se brinda ninguna recomendación oficial para la ingesta de suplementos a ninguna edad.⁽¹²⁾

En 2009, un estudio realizado en Brasil reveló que el 60% de los adolescentes saludables estudiados tenían deficiencia de vitamina D según lo definen las concentraciones de 25(OH) D sérica entre 25-75 nmol/L.⁽¹⁵⁾

Varios estudios detectaron una ingesta insuficiente de calcio (promedio de 500 mg diarios) en la población adulta de Argentina.⁽¹⁶⁾ A pesar de la abundante presencia de luz solar en la mayoría de las zonas del país, la prevalencia de niveles insuficientes de 25(OH)D (<20 ng/ml) en personas de edad avanzada es relativamente alta, no solo en el sur (87% de la población) sino también en las regiones del centro (64%) y el norte (52%).

En 2001, un estudio dirigido a adolescentes costarricenses con edades entre 13 y 18 años demostró que el 80% reportó una ingesta de calcio inferior a 1.000 mg/día en su dieta. Al momento del estudio, la ingesta de calcio recomendada para este grupo etario es de 1.300 mg/día.

Uruguay

Uruguay es el país con mayor proporción de ancianos de América Latina. La osteoporosis es una de las patologías crónicas más frecuentes en los adultos; por lo tanto, el gobierno y los legisladores deben concentrarse en tratar e

La Revista Médica para TODOS los Profesionales de la Salud



- Actualización médica continua
- Todas las especialidades médicas y quirúrgicas
- Escrita por destacados profesionales

Secciones

- Puestas al día
- Opinión de experto
- Estudios clínicos
- Encares terapéuticos
- Actualizaciones diagnósticas
- Actualidad terapéutica

Contáctenos: www.farmanuario.com
tendencias@farmanuario.com

identificar a las personas mayores de 50 años con riesgo de sufrir fracturas por fragilidad.

La Sociedad Uruguaya de Osteoporosis y Metabolismo Mineral (SUOMM) utiliza las pautas de IOF y el consenso de la Sociedad Internacional de Densitometría Clínica (ISCD) para trabajar con la población general y los médicos. La asociación participa activamente en la preparación de conferencias y materiales informativos especiales para facilitar el conocimiento de esta enfermedad limitante, deformante y dolorosa.

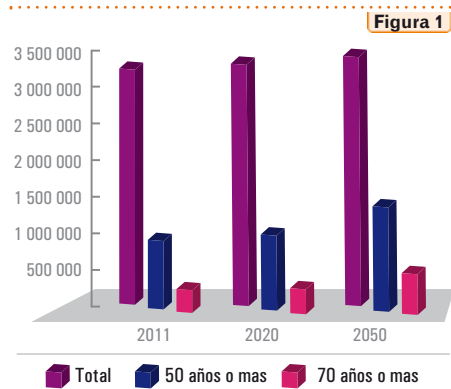
La SUOMM realiza campañas de prevención mediante la realización de ultrasonidos, organiza actividades anuales para el Día Mundial de la Osteoporosis, participa de programas televisivos, ofrece conferencias sobre el uso de la densitometría ósea para diagnosticar la osteoporosis, promueve la realización de ejercicios con peso e informa al público sobre la importancia del consumo suficiente de vitamina D además de tener una dieta equilibrada rica en calcio y proteínas.

En la actualidad, no hay pautas estatales o materiales educativos sobre la osteoporosis y se carece de ayuda financiera. Los objetivos de la SUOMM son reducir el riesgo de fracturas en los pacientes, garantizar la independencia en una etapa posterior de la vida y brindar sostén a las personas con osteoporosis.

Descubrimientos clave

Estadísticas de crecimiento demográfico

Se calcula que la población actual de Uruguay es de 3,3 millones de habitantes, de los cuales el 29% (960.000) tiene 50 años o más y el 9,8% (325.000) tiene 70 años o más. Se estima que para el año 2050 la población total alcanzará 3,5 millones de habitantes, de los cuales el 41% (1.436.000) tendrá 50 años o más y el 16% (567.000) tendrá 70 años o más (Ver Figura 1).



FUENTE: Oficina del Censo de los Estados Unidos

Proyección demográfica de Uruguay hasta 2050

No hay información epidemiológica disponible.

Fractura de cadera

Según los datos de hospitales públicos y privados se estima que hubo 994 fracturas de cadera en 2009. La SUOMM pronostica que estas cifras aumentarán en un 30% en el año 2020 y hasta un 90% en el año 2050. Aproximadamente el 85-90% de las fracturas de cadera se tratan quirúrgicamente. El costo hospitalario indirecto que implica el tratamiento de una fractura de cadera se calcula en USD 5.000. El 60% de los pacientes con fractura de cadera concurren a centros de rehabilitación y se estima que se pierden 3 meses de productividad laboral por cada fractura de cadera. La hospitalización promedio por paciente con fractura de cadera es de 10 a 12 días. De acuerdo con la SUOMM, este período de hospitalización es significativamente más largo que en el caso de otras enfermedades importantes, entre ellas, el cáncer de mama, el cáncer de ovario, el cáncer de próstata, las enfermedades cardíacas y las enfermedades pulmonares.

Fractura vertebral y otras fracturas

No se posee información sobre la prevalencia de las fracturas vertebrales en Uruguay. De acuerdo con la sociedad nacional, la revisión de las historias clínicas de los pacientes el 90% de los casos de fracturas de columna informados reciben tratamiento médico.

Diagnóstico

Se estima que en Uruguay hay 10 equipos de absorciometría de rayos x de doble nivel de energía (DXA), es decir, un equipo cada 330.000 habitantes. Hay un equipo para la realización de estudios por ultrasonido cada 400.000 habitantes. El promedio de espera para la realización de una densitometría ósea o ultrasonido es de 1 semana.

Política de reintegro

El costo de una densitometría ósea es USD 50. El costo del ultrasonido es USD 5. El plan de salud estatal no reintegra el costo de estos estudios de diagnóstico pero los seguros de medicina privada lo hacen.

La SUOMM indica que algunos medicamentos para la osteoporosis están cubiertos por los seguros de salud tanto públicos como privados. No se dispone de los detalles sobre las políticas de reintegro.

Calcio y vitamina D

Uruguay tiene disponibilidad de suplementos de calcio, vitamina D y alimentos fortificados con calcio y vitamina D.

Prevención, educación, nivel de concientización

En Uruguay, no se reconoce a la osteoporosis como un problema de salud serio y actualmente no existen programas de concientización pública por parte del Estado que abarque la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la osteoporosis. No existen pautas médicas estatales, programas de

capacitación profesional sobre la osteoporosis por parte del estado y actualmente no existen pautas estatales aprobadas para la prevención o el tratamiento de la osteoporosis. En cambio existen grupos de apoyo para pacientes. Los programas de concientización de salud pública reciben apoyo a través de sitios web, anuncios en televisión y programas televisivos de salud.

No se ha medido el nivel de concientización entre los profesionales de la salud y el público. La SUOMM informa que reumatólogos, endocrinólogos, nutricionistas y fisioterapeutas son los profesionales que mejores equipos y capacitación tienen para atender a los pacientes con osteoporosis.

Recomendaciones

La Sociedad Uruguaya de Osteoporosis y Metabolismo Mineral recomienda:

- Incluir la realización de una densitometría ósea de columna lumbar y cadera en la Ley 17.242 del 13/06/2000, que ampara a la mujer con un día de asueto laboral para la realización de una colpocitología oncológica y mamografía.
- Efectuar estudios epidemiológicos para evaluar la incidencia y prevalencia de la osteoporosis y fracturas en Uruguay.
- Implementar campañas para concientizar a la población en la prevención de la enfermedad.
- Confeccionar pautas para la prevención y tratamiento de la osteoporosis a fin de ofrecer una mejor educación a los profesionales de la salud.
- Instar a los médicos a identificar personas en riesgo de padecer fracturas por fragilidad, realizar el diagnóstico de baja masa ósea y comenzar lo antes posible el tratamiento adecuado.
- Establecer estrategias que permitan a los pacientes cumplir con el tratamiento indicado.

El gobierno deberá reconocer a la osteoporosis como un problema sanitario importante.

Conclusiones y Recomendaciones

La osteoporosis y las fracturas por fragilidad resultantes representan un impacto significativo en el ámbito personal, social y económico de toda la región. Esta auditoría, que incluye datos de 14 países de América Latina, advierte sobre la necesidad de una acción inmediata para detener el creciente impacto de la osteoporosis y las fracturas relacionadas.

Es evidente que esta enfermedad crónica, grave y costosa relacionada con la edad, ya representa un problema de salud serio en América Latina, y dado el aumento proyectado de población de adultos mayores, se espera que la magnitud del impacto de la enfermedad en toda la región aumente considerablemente. En el año 2050, los países incluidos en esta auditoría tendrán 251 millones de habitantes de 50 años o más. Por lo tanto, en las próximas décadas, se espera que la cantidad de fracturas por fragilidad se duplique o triplique en la mayoría de los países.

Además del aumento proyectado en la expectativa de vida, la auditoría apunta a ciertos factores relacionados con el estilo de vida que continuarán afectando negativamente las altas tasas de prevalencia de la osteoporosis y fracturas en América Latina, como así también en otros países del mundo. Entre estos factores se encuentra una deficiencia generalizada de vitamina D y la urbanización creciente que tiende a conducir a estilos de vida más sedentarios. Estos factores relacionados con el estilo de vida también tienen un impacto a largo plazo sobre la salud ósea en las edades críticas cuando los niños y adolescentes están desarrollando su pico de masa ósea.

El impacto de las fracturas por fragilidad causadas por la osteoporosis sobrepasa los costos médicos directos del tratamiento de la fractura. Las fracturas de cadera en particular tienen enormes consecuencias tanto personales como socio-económicas para millones de personas en toda América Latina. Estudios internacionales han demostrado que la pérdida de la función física y la calidad de vida entre las personas que sobreviven a una fractura de cadera tienen profundas implicancias. El 40% no puede caminar por sí solo y el 60% requiere ayuda aún después de un año. Como resultado, las fracturas de cadera son una causa importante de pérdida de independencia entre los ancianos, el 33% de personas de edad muy avanzada pueden requerir un cuidado total en el año siguiente a la fractura de cadera. Esto representa una enorme carga para las familias y comunidades de toda la región.

Los niveles socio-económicos bajos y las inequidades urbanas/rurales en muchos de los países que participaron de esta auditoría derivan en el acceso limitado al diagnóstico y al tratamiento. En muchas zonas rurales no hay acceso a la densitometría ósea para un diagnóstico temprano de la osteoporosis. A menudo, el diagnóstico y el tratamiento sólo se ofrecen en zonas urbanas, cuyo costo se reintegra a una parte minoritaria de la población incluida en el sistema de seguro de salud privado. Como resultado, existen importantes restricciones al acceso a la atención médica estándar para los pobres y la población rural.

Otro descubrimiento sorprendente de este informe es la falta general de datos epidemiológicos confiables sobre las fracturas en la mayoría de los países incluidos en la auditoría. La investigación es escasa y cuando se realiza, está frecuentemente limitada a estudios locales de tamaño reducido; por lo tanto, sólo ofrecen algo de evidencia. Cuando están disponibles, los estudios revelan, a menudo por extrapolación, que las tasas de fractura de cadera son significantes en todos los países estudiados, resultando en una morbilidad y mortalidad importante y creando un impacto severo en los limitados presupuestos nacionales que se destinan a la salud.

En la mayoría de los países de la región, las autoridades sanitarias no consideran a la osteoporosis una prioridad sanitaria nacional. Muchos de los países incluidos en la auditoría carecen de pautas para la prevención y el tratamiento aprobadas por el Estado. Muchas de las campañas necesarias para aumentar la concientización del público en cuanto a la importancia de la salud ósea y la prevención

de la osteoporosis están sin el apoyo de las autoridades sanitarias del ámbito estatal.

A fin de lograr un impacto importante sobre el significado sanitario que esta enfermedad devastadora y costosa tiene, la IOF se une a sociedades nacionales de América Latina para instar a la acción en los siguientes puntos clave:

Respaldo a las investigaciones

- Respaldo y promover estudios epidemiológicos a gran escala sobre la prevalencia e incidencia de la osteoporosis y las fracturas, los factores de riesgo relevantes, como así también los resultados.
- Establecer registros de las fracturas de cadera en los principales centros de la región para monitorear las tasas de hospitalización y los indicadores correspondientes.
- Adquirir los datos necesarios (tal como se indica anteriormente) a fin de desarrollar un algoritmo FRAX® para aquellos países que actualmente no lo tienen.
- Evaluar la prevalencia de la insuficiencia de la vitamina D y su impacto en los resultados músculo-esqueléticos y otros.
- Respaldo a la investigación orientada a la evaluación de la calidad de vida y del impacto económico de la osteoporosis y las fracturas.

Formular políticas sanitarias nacionales, desarrollar y difundir las pautas

- Los principales interesados (líderes locales, expertos, sociedades científicas, médicas y de pacientes) deben ejercer presión sobre las autoridades que toman decisiones en los Ministerios de Salud y la OMS para hacer que la osteoporosis y las enfermedades músculo-esqueléticas adquieran un mayor grado de prioridad.
- Implementar pautas nacionales y regionales para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la osteoporosis.

- Desarrollar estrategias para que los grupos de riesgo consuman suplementos de vitamina D.
- Implementar estrategias nacionales asequibles, incluyendo las estrategias relacionadas con el estilo de vida y el tratamiento a través de políticas sanitarias estatales e iniciativas basadas en la comunidad.
- Desarrollar políticas sanitarias económicas para reducir la brecha entre el tratamiento de las fracturas y así mitigar el impacto de las fracturas osteoporóticas.

Mayor educación/capacitación y protocolos para el mejoramiento de la calidad

Es fundamental la participación de profesionales médicos y de la salud, sociedades nacionales de la osteoporosis y pacientes. Se deben realizar más acciones para:

- Difundir y reforzar las Pautas Nacionales sobre la Osteoporosis para la prevención y el tratamiento de la osteoporosis y las fracturas por fragilidad.
- Contratar a prestadores de servicios médicos y profesionales auxiliares de la salud a través de capacitación regular y certificaciones necesarias, cuando fuera conveniente.
- Divulgar el conocimiento de la evaluación del riesgo de fracturas y del calculador FRAX® como una alternativa económica para la evaluación del riesgo de fracturas si no se indica o se desconoce la densidad mineral ósea.
- Mejorar el acceso y la disponibilidad de la realización de densitometrías óseas y si corresponde, el reintegro de las terapias.
- Implementar y fiscalizar programas de control de la calidad con ensayos de vitamina D y mediciones de densitometría ósea.
- Establecer protocolos de control de calidad para la evaluación y la aprobación de terapias antiresortivas genéricas, según corresponda, para ampliar el acceso a una atención efectiva.
- Informar a los pacientes a través de campañas de concientización pública, incluyendo aquellas que identifican los factores de riesgo para evitar la primera fractura.

Bibliografía

1. Riera-Espinoza G. Epidemiology of osteoporosis in Latin America 2008. Salud Publica Mex 2009;55(1):52-55.
2. Camargo M, Cendoroglo M, Ramos L, de Oliveira R, Saravira G, Lage A, et al. Bone mineral density and osteoporosis among a predominantly Caucasian elderly population in the city of São Paulo, Brazil. Osteoporos Int. 2005;16(11):1451-60.
3. Estimation of (osteoporotic) hip fractures per year based on hospital discharges, code S72 (CIE-10). (SCHOMM).
4. Projections to 2020 and 2050 based on "Chile. Population Projections and Estimations. Overall country (1950-2050)". National Institute of Statistics (SCHOMM).
5. Johansson H, Clark P, Carlos F, Oden A, McCloskey E, Kanis J. Increasing age- and sex-specific rates of hip fracture in Mexico: a survey of the Mexican institute of social security. Osteoporos Int. 2011;22(8):2359-64.
6. Clark P, Cons-Molina F, Delezé M, Ragi-Eis S, Haddock L, Zanchetta JR, Jaller JJ, Palermo L, Talavera JO, Messina DO, Morales-Torres, Salmeron J, Navarrete A, Suarez E, Pérez CM, Cummings SR (2009) The prevalence of vertebral fractures in Latin American countries: The Latin American Vertebral Osteoporosis Study (LAVOS). Osteoporos Int 20:275-282.
7. Komatsu R, Ramos L, Szejnfeld V. Incidence of proximal femur fractures in Marília, Brazil. J Nutr Health Aging 2004;8(5):362-7.
8. Carmona F. Osteoporosis en Santafé de Bogotá. Instituto Nacional de Salud de Colombia 1999.
9. Morales-Torres J, Gutiérrez-Urefia S and Osteoporosis Committee of Pan-American League of Associations for Rheumatology (PANLAR). The burden of osteoporosis in Latin America. Osteoporos Int 2004;15:625-632.
10. ACCMYO, 2010 data on file.
11. Schurman L, Bagur A, Claus-Herberg H, et al (2007) [Argentine Guidelines for the Diagnosis, Prevention, and Treatment of Osteoporosis.] Actual Osteol 3:117-136.
12. Clark P, Carlos F, Martinez JLV. Epidemiology, costs and burden of osteoporosis in Mexico. Arch Osteoporos 2010;5:9-17 [Published online]. doi: 10.1007/s11657-010-0042-8.
13. Somma L, Rosso G, Trobo R, Barreira J, Messina O. Epidemiology of hip fracture in Luján, Argentina. [Abstract]. Osteology 2000;3:267.
14. Rodríguez J, Valdivia G, Trincado P. Vertebral fractures, osteoporosis and vitamin D levels in Chilean postmenopausal women. Rev Méd Chile 2007;135:31-36.
15. US Census Bureau, International Data Base, 2011. Disponible en <http://www.census.gov/population/international/data/idb/informationGateway.php>
16. Kanis JA (2011) Data on file.