



Mi Universidad

Ensayo

Nombre del Alumno: Lizbeth Reyes Ulloa.

Parcial: Tercero.

Nombre de la Materia: Medicina paliativa.

Nombre del profesor: Francisco Calderon.

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana.

Semestre: Sexto.

OSTEOPOROSIS – SEGUN LA GPC

Introduccion

La osteoporosis es una enfermedad crónica que se caracteriza por la disminución de la densidad mineral ósea y la alteración de la estructura ósea, lo que aumenta el riesgo de fracturas. Esta condición o enfermedad puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas, causando dolor, discapacidad o incluso hasta llegar a la dependencia. La osteoporosis es una enfermedad silenciosa que puede progresar sin síntomas hasta que se produce una fractura. Y según la OMS la osteoporosis es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en personas mayores. En este ensayo se explorará la epidemiología, los factores de riesgo, la fisiopatología y las estrategias de prevención y tratamiento de la osteoporosis, con el objetivo de comprender mejor esta enfermedad y promover la salud ósea.

Desarrollo

La GPC define la osteoporosis como una enfermedad sistémica, metabólica y multifactorial, caracterizada por masa ósea baja y deterioro micro arquitectónico del hueso, con un consecuente aumento de la fragilidad ósea y susceptibilidad a las fracturas. En la epidemiología nos dice que en Estados Unidos, Europa y Japón, la osteoporosis afecta a más de 75 millones de personas y está relacionada con 8.9 millones de fracturas al año a nivel mundial, de las cuales 4.5 millones ocurren en América Latina y Europa. Además, que afecta el 2-6% de las mujeres mayores de 50 años, y en México, se ha descrito una prevalencia del 16%, en mujeres mayores de 50 años.

Esta enfermedad puede ser prevenible si la detectamos a tiempo, como primer paso deberíamos identificar los factores de riesgo, los cuales son: un IMC < 20 es un factor de riesgo independiente para osteoporosis y fractura, así mismo también la posmenopausia, menopausia temprana (antes de los 45 años), la edad > 65 años, antecedente familiar de fractura de cadera antes de los 75 años, fractura vertebral por compresión, empleo de esteroides sistémicos > 3 meses, anticonvulsivos como la fenitoína, y patologías que cursan con pérdida de masa ósea como por ejemplo; artritis reumatoide, hiperparatiroidismo primario, hipogonadismo, síndromes de malabsorción intestinal (enfermedad celíaca y enfermedad; estos factores de riesgo nos ayudan a identificar a las personas asintomáticas (sin fracturas previas), que necesitan una valoración para determinar la necesidad de intervención médica, con el objeto de reducir su riesgo de fractura osteoporótica por fragilidad. Existen cuatro factores principales que predicen el riesgo de fractura relacionada con osteoporosis que son, la baja densidad mineral ósea, fracturas por fragilidad previa, edad e historia familiar de osteoporosis. También es importante investigar antecedentes familiares de osteoporosis, cifosis o fractura por trauma leve.

Existen también factores de riesgo que están asociados a la baja densidad mineral ósea, estos son, el género femenino, incremento en la edad, deficiencia de estrógenos, la raza blanca, bajo peso e IMC, tabaquismo e historia familiar de osteoporosis o fracturas.

Un punto que hay que tener en cuenta es que la osteoporosis por sí misma no produce síntomas, la consecuencia más relevante es la fractura, que se puede producir en cualquier sitio, por lo que la guía nos recomienda investigar la frecuencia de presentación. La osteoporosis se puede presentar en: la vertebra (mitad inferior dorsal y superior lumbar (L1-L3), se presenta de forma asintomática en 2 de 3 de los pacientes o se puede manifestar como una pérdida de altura y cifosis progresiva; otro lugar de presentación es la cadera en el fémur proximal, esta se asocia con aumento de la morbilidad y de la mortalidad; fractura de Colles en el radio distal y en la zona de la pelvis, húmero proximal, fémur distal y costillas.

La GPC nos hace mención de un punto muy importante que hay que tener en cuenta, es el de la evaluación de osteoporosis en mujeres post-menopáusicas, en las cuales debemos evaluar datos clínicos, aquellos factores de riesgo para baja densidad mineral ósea y pruebas específicas de densidad mineral ósea. Y es que hay que poner atención en las mujeres porque se describió que la menarquia tardía, menopausia temprana y niveles bajos de estrógenos se han asociado a baja densidad mineral ósea. Así como también hay que valorar la presencia de los factores de riesgo de la osteoporosis en todas las mujeres posmenopáusicas y varones de más de 50 años.

Se ha descrito también sobre el uso del tabaquismo como uno de los factores de riesgo más importantes para la osteoporosis donde la guía nos dice que las mujeres fumadoras tienen un riesgo mayor de fractura de cadera que mujeres no fumadoras, y por otra parte, se ha reconocido que los hombres que fuman muestran una pérdida ósea mayor a nivel de trocánter, por lo tanto la medida esencial para la prevención de osteoporosis es suspender el tabaquismo, el cual reduce significativamente hasta después de 10 años de haberlo suspendido. Otro factor de riesgo importante es el tratamiento con esteroides, principalmente cuando se administra por un período > 3 meses y la dosis es mayor de 2.5 mg al día, por ejemplo, los pacientes que reciben 7.5 mg de prednisona al día por más de 3 meses deben ser evaluados para iniciar tratamiento para osteoporosis.

Como diagnóstico la guía nos dice algunas recomendaciones que no deben de realizarse como el uso de las radiografías convencionales no deben ser utilizadas para el diagnóstico o exclusión de osteoporosis, y la evaluación de la densidad ósea además de que está sujeta a variación por el observador. El diagnóstico de la osteoporosis se basa en la determinación de la densidad de masa ósea (DMO), esta se puede realizar por medio de la DEXA (absorciometría de rayos X de energía dual), con una precisión del 1-2% en condiciones óptimas y es considerada el estándar de oro para el diagnóstico de la osteoporosis; es útil para predecir el riesgo de fracturas en mujeres y, constituye el mejor indicador independiente para predecir el riesgo. En la práctica clínica, la realización del DEXA central (cadera y columna) es recomendable para el diagnóstico de osteoporosis, proporciona una medición precisa y exacta la DMO, puede ser empleada para evaluar el riesgo y seguimiento de un paciente con osteoporosis. La DEXA está indicado en mujeres > 65 años de edad y en mujeres posmenopáusicas < 65 años con uno de los siguientes factores de riesgo: historia familiar de fractura, tabaquismo, alcoholismo, causas secundarias, uso prolongado de corticoides; también está indicada en, riesgo de fractura del fémur proximal

y en pacientes > 65 años. La única contraindicación de la DEXA es cuando, a pesar del resultado, no vaya a influir en las decisiones terapéuticas. Algunos laboratorios que podemos realizar para que nos ayuden ante la sospecha de osteoporosis son: BHC, creatinina sérica, AST, ALT, proteínas totales, albúmina sérica, calcio sérico, fosfatasa alcalina total y calcio en orina de 24 hrs. Y por último otros métodos para evaluar la masa ósea en caso de no contar con la DEXA son, (radiogrametría, absorciometría radiográfica, y ultrasonometría cuantitativa, aunque esta última no es recomendable para establecer diagnóstico. Una vez diagnosticada la osteoporosis, en hombres con osteoporosis se recomienda investigar causas secundarias, como: uso de esteroides, síndrome de Cushing, uso excesivo de alcohol, hipogonadismo primario o secundario, baja ingesta de calcio, deficiencia de vitamina D y tabaquismo. Para finalizar la sección del diagnóstico la guía nos dice que no se recomienda el uso rutinario de marcadores bioquímicos como el osteocalcín y la fosfatasa alcalina específica de hueso.

Finalmente, el tratamiento de la osteoporosis, el cual tiene como objetivo inhibir la resorción ósea o estimular la formación ósea, el objetivo de este es prevenir el riesgo de fractura; se debe dar tratamiento para prevenir el riesgo de fractura en mujeres posmenopáusicas que tienen una fractura por fragilidad. Como tratamiento farmacológico la guía nos dice cuáles son aquellos fármacos seguros y que han sido evaluados por la FDA, por ejemplo: bifosfonatos (alendronato que es útil en la prevención secundaria de fracturas vertebrales osteoporóticas, risedronato) estos están contraindicados en personas con falla renal severa, raloxifeno y calcitonina. El alendronato está recomendado como primera opción de tratamiento en pacientes con fractura previa por fragilidad, en mujeres ≥ 75 años sin la necesidad de realizar examen con DEXA, para las mujeres entre 65 – 74 años cuando presentan un T score ≤ 2.5 y para las mujeres ≤ 64 años cuando presentan un T score muy bajo aproximadamente ≤ 3 . Para reducir el riesgo de fractura en todos los sitios en hombres con DMO baja, la guía nos dice que debemos administrar alendronato oral 10 mg + 500 mg de calcio + 400 UI de vitamina D al día. Otra indicación del alendronato, es en mujeres posmenopáusicas que han tenido una fractura vertebral y en quienes tienen confirmado osteoporosis por DEXA con 10 mg/día o 70 mg a la semana + calcio + vitamina D, para reducir el riesgo de fractura en todos los sitios. El raloxifeno está recomendado como alternativa de tercera opción, en los siguientes casos: Contraindicación a ranelato de estroncio No respuesta a tratamiento o intolerancia a ranelato de estroncio. Otro fármaco que nos menciona la guía son los bifosfonatos de administración oral se recomiendan administrar en ayuno, no ingerir alimentos, bebidas o fármacos 30 minutos después de la dosis. Otra opción de tratamiento es el uso de terapia hormonal de reemplazo para reducir el riesgo de fractura vertebral.

También podemos dictar algunas medidas no farmacológicas como parte del tratamiento de osteoporosis. Dieta, el objetivo de esta es crear un balance adecuado en calorías y nutrientes para el desarrollo y mantenimiento de tejidos incluyendo el músculo y hueso; la guía nos da unos valores e indicaciones del aporte que debe de ingerir cada persona de calcio según sus necesidades: 1000 mg/día en mujeres premenopáusicas, 1500 mg/día en mujeres postmenopáusicas, 1000 mg/día en hombres después de la adolescencia y hasta 50 años, 1200 – 1500 mg/día en hombres mayores de 70 años. Este calcio se va ingerir por medio de la dieta en aquellos alimentos que tengan alto aporte de calcio como: la leche, queso, requesón, sardinas, legumbre, verduras (acelgas, espinacas), frutas (naranja),

frutos secos (almendra, avellanas). La guía nos dice que debe evitarse un consumo de más de 4 tazas de café al día ya que se asocia de manera significativa con fractura de cadera en hombres y mujeres, otra contraindicación que nos señala es que No se recomienda la ingestión adicional de magnesio, cobre, zinc, fósforo, manganeso, hierro y ácidos grasos esenciales para la prevención o tratamiento de osteoporosis. Como suplementos alimenticios podemos indicar el calcio de 1000 mg/día y la vitamina D3 de 800 UI/día se recomiendan como terapia adjunta de las principales intervenciones farmacológicas, vitamina D es de, al menos 400 UI al día y de 800-2000 UI al día en pacientes con riesgo de déficit mayor como ancianos y enfermos crónicos (también podemos encontrar la vitamina D en alimentos como los cereales, yemas de huevo, pescado de mar e hígado); otra opción es la suplementación de >1g de calcio al día disminuye la pérdida de la masa ósea. Ejercicio, la guía nos dice que esta recomendado la realización de actividad física a edad temprana contribuye a incrementa el pico de masa ósea y aumenta la DMO en todos los sitios, por lo que promueve realizar actividad física y ejercicio desde etapas tempranas y durante toda la vida incluyendo actividades de bajo y alto impacto. En etapas tempranas se recomienda la realización diaria de ejercicio y el mantenimiento del peso ideal, para fortalecer la estructura ósea; y como parte del tratamiento de la osteoporosis se recomienda el entrenamiento de fuerza y el ejercicio productivo como caminar.

Al final de todas estas medidas de tratamiento, la guía nos dice que tenemos que referir a los pacientes con el endocrinólogo o especialista en metabolismo óseo al paciente que no tolera el tratamiento o muestra progresión o fractura recurrente después de 2 años de tratamiento. En personas con osteoporosis severa con: DMO T score -3.0 o Z score debajo de -2.0, osteoporosis en premenopausia Fracturas a pesar de una DMO normal o limítrofe, ante la sospecha de osteoporosis de causa secundaria, si es candidato a terapia combinada y si es candidato a tratamiento con teriparatide (hormona paratiroidea). Sobre todo referir a aquellos pacientes sin acceso a densitometría ósea o que requiera de estudios especiales o con evidencia de fractura vertebral y en pacientes joven (< 50 años) con osteoporosis 6.

La recuperación de los pacientes con osteoporosis es de un período de 14 días de incapacidad para el paciente con osteoporosis severa, enfermedad o condición asociada no controlada que limite la capacidad funcional.

Conclusión

La osteoporosis es una enfermedad crónica que requiere una atención integral para prevenir y tratar. La comprensión de la epidemiología, los factores de riesgo y la fisiopatología de la osteoporosis es esencial para desarrollar estrategias efectivas de prevención y tratamiento. La promoción de una dieta saludable, la actividad física regular y la evaluación y tratamiento de los factores de riesgo pueden ayudar a reducir el riesgo de fracturas y mejorar la calidad de vida de las personas con osteoporosis.