

JORNADA NACIONAL VIRTUAL DE GERONTOLOGIA Y GERIATRIA
POR EL BIENESTAR EN LAS EDADES AVANZADAS

“Facultad de Ciencias Médicas Salvador Allende.

HOSPITAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DR. “SALVADOR ALLENDE”

Título: Factores de riesgo de osteoporosis en ancianos del Policlínico Girón. 2020.

Autor(a): Dra. Yelena Espinosa Quincoses. Residente de 3er año de Gerontología y Geriatria. CI: 94092111691. ORCID. 0000-0002-4744-5547.

Autor(a): Dra. Lissette María Batista Limias. Residente de 2do año de Gerontología y Geriatria. CI: 95060344411. ORCID. 0000-0003-4780-085x

La Habana, 2021.

Resumen:

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, observacional, de corte transversal en el Policlínico Girón, en el período comprendido de abril a septiembre de 2020. Con el objetivo de determinar factores de riesgo de osteoporosis. La muestra de estudio quedó constituida por 115 adultos mayores que cumplieron criterios de inclusión. Predominaron las edades entre 70 y 79 años con un 37,4% el sexo femenino con 58,3%; el color de piel blanca con un 62,7%; en cuanto a los antecedentes patológicos personales y familiares de fractura de cadera solo se encontró en el sexo femenino. Se obtuvo un 12,17% de fumadores y un 3,47 de alcohólicos; el 67,9% no practican ejercicio físico habitualmente; hay gran prevalencia de Hipertensión Arterial (34,8%); el 47,1% consumen alimentos ricos en calcio diariamente; presentaron caídas en el último año un 33,9%. El índice de masa corporal normopeso predominó, un 74,8% presenta más de un factor de riesgo de osteoporosis. Se recomienda extender la investigación comunitaria para disminuir riesgo de complicaciones y así mejorar calidad de vida de estos pacientes.

Palabras Claves: Osteoporosis

Introducción.

La osteoporosis es la enfermedad metabólica ósea de mayor frecuencia en nuestro medio, representado un grave problema de salud pública en todo el mundo^{1, 2} y en particular en nuestro país. Se caracteriza por una reducción de la

masa ósea por degeneración del tejido óseo. Este es un trastorno debilitante y progresivamente incapacitante que determina un aumento en el riesgo de fracturas, en especial de las caderas, la columna vertebral y las muñecas. Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.^{3, 4} En Cuba, la esperanza de vida en 1900 era de apenas 50 años, mientras que en la primera década del 2000 llegó a alcanzar 75 años aproximadamente y se sigue incrementando en la misma medida en que ganan eficacia los programas de salud vigentes.^{5,6} Según los resultados de estudios demográficos realizados en Cuba, nuestra población es envejecida, en el año 2017 había un índice de envejecimiento de un 20.1%⁷, nuestra provincia, La Habana, con una población mayor de 60 años de 451644 habitantes es una de las más envejecidas del país al igual que el municipio Cerro donde se encuentra nuestro hospital, por todo esto es en los próximos años aumente la magnitud de la osteoporosis como problema de salud del país. Si asumimos que aquí la frecuencia de osteoporosis es al menos similar o muy cercana a la hallada en países desarrollados, en la actualidad hay en Cuba aproximadamente 1 308 750 personas con osteoporosis y de estas, 558 750 son mujeres de más de 65 años de edad, 375 000 son mujeres posmenopáusicas entre 50 y 65 años de edad y 375 000 son hombres mayores de 50 años.⁸ En la Osteoporosis se debe considerar: su incremento con el envejecimiento poblacional, en particular en la mujer, por lo que se considera una enfermedad de la mujer adulta mayor; que es posible identificar personas con riesgo; que es un proceso prevenible; y por causas no bien identificadas la mortalidad asociada con esta enfermedad es mayor en el hombre que en la mujer.⁹ El conocimiento de los factores de riesgo de osteoporosis y de fractura por fragilidad permite identificar a los pacientes, clasificarlos según su perfil de riesgo y optimizar los recursos existentes, porque se actúa sobre aquellos que realmente necesitan ser tratados. Hay que tener siempre presente que el riesgo es multifactorial. La Osteoporosis en los últimos años ha cobrado importancia por su prevalencia e impacto socio-sanitario, sin embargo, a pesar de que se han puesto en vigor nuevos enfoques en la valoración de esta enfermedad y de que disponemos de nuevas opciones terapéuticas eficaces, la osteoporosis continúa siendo una entidad infradiagnosticada e infratratada,

porque es una enfermedad compleja con múltiples limitaciones en su abordaje, controversias en su evaluación y polémica con respecto al balance costo/efectividad de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas posibles. Conociendo los principales factores de riesgo clínico de osteoporosis en población adulta mayor del policlínico Girón nos permitirá crear una estrategia de seguimiento para este problema de salud y así poder reducir las consecuencias negativas de este.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar factores de riesgo de osteoporosis en ancianos del policlínico Girón.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar las variables sociodemográficas y clínicas más frecuentes en el grupo de estudio.
2. Identificarlos factores clínicos de riesgo de osteoporosis.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, observacional, de corte transversal en adultos mayores del Policlínico Girón, en el período comprendido de abril a septiembre de 2020. El universo de trabajo estuvo conformado por 885 adultos mayores de 60 años pertenecientes al Grupo Básico A, de los consultorios 5, 6 y 7. La muestra del estudio quedó conformada por 115 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión. La obtención de la Información se realizó a través de la revisión de la Ficha Familiar y la Historia Clínica. Se estableció un contacto directo con los pacientes para recoger los datos que no aparecían en la ficha familiar y la historia clínica y posteriormente estos fueron vaciados en una planilla de recolección de datos. Las variables investigadas fueron: edad, sexo, coloración de la piel, antecedentes patológicos personales y familiares de fractura de cadera, hábitos tóxicos, realización de ejercicios físicos, APP, IMC, ingestión de alimentos ricos en calcio, caídas. Para el procesamiento estadístico se creó una base de datos construida en la aplicación EXCEL del sistema operativo WINDOWS 10 donde se automatizó la información en la planilla de recolección de datos previamente confeccionada. Se confeccionaron tablas de distribución de frecuencias, a las que se le aplicaron

métodos estadísticos mediante el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 18.0 para Windows, y medidas de resumen para variables descriptiva, media, desviación Standard y porcentaje de acuerdo al tipo de variable. Se respetó el anonimato de toda la información que se recolectó sobre los pacientes previa obtención del consentimiento informado.

Análisis y discusión de los resultados.

Podemos observar en la tabla 1 la distribución de los pacientes según edad y sexo, donde predomina el sexo femenino con un 58,3% y las edades comprendidas entre 70-79 años. Esto coincide con el estudio realizado en Perú por Cuzco.¹⁰ Las edades uno de los factores de riesgo más importantes de osteoporosis, se conoce que, por cada década, el riesgo de fractura aumentará entre 1,4 y 1,8 veces.⁴⁸ El incremento de edad se asocia a una progresiva disminución de la DMO y a un aumento del riesgo de caídas.⁴⁹

Tabla 1. Distribución de adultos mayores según edad y sexo.

Grupos de edades	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60 – 69	21	18,3	14	12,2	35	30,5
70 – 79	25	21,7	18	15,6	43	37,4
80 – 89	17	14,8	14	12,2	31	26,9
90 y más	4	3,5	2	1,7	6	5,2
Total	67	58,3	48	41,7	115	100

Edad promedio \pm DE 73,87 \pm 8,6 años.

Datos obtenidos de la Historia Clínica familiar

Según la coloración de la piel (Tabla 2) vemos que predomina la coloración de la piel blanca en un 62,7%, seguida de la negra con un 21,7% a pesar de la variada composición racial con que contamos en el país, procedente de dos etnias fundamentales: la española y la africana. Las personas que presentan esta coloración de piel tienen 2,5 veces más riesgo que la raza negra de presentar osteoporosis, esto coincide con el estudio de Jiménez.⁵³

Tabla 2. Distribución de adultos mayores según coloración de la piel.

Coloración de la piel	No.	%
Blanca	72	62,7
Negra	25	21,7
Mestiza	18	15,6
Total	115	100

Fuente: Planilla de recolección de datos.

Tabla 3. Distribución de adultos mayores según sexo y antecedentes familiares y personales de fractura de cadera.

Sexo	Antecedentes familiares de fractura de cadera		Antecedentes personales de fractura de cadera	
	No.	%	No.	%
Femenino	1	0,87	3	2,6
Masculino	0	0	0	0
Total	1	0,87	3	2,6

Fuente: Planilla de recolección de datos. Tabla resumen.

La tabla 3 representa la distribución de los adultos mayores según sexo y antecedentes familiares y personales de fractura de cadera, como se puede observar nada más existen en este estudio afectación en el sexo femenino y los porcentos encontrados (0,87% para antecedentes familiares y 2,6% como antecedentes personales de fractura de cadera) son menores que en otros estudios revisados.⁵ Pero si coincide que es más frecuente en mujeres ⁵

En cuanto a los hábitos tóxicos (Tabla 4) el 12,17% de los adultos mayores son fumadores y el 3,47% alcohólicos no coincidiendo con el estudio de Jiménez que encontró mayor porcentaje de tabaquismo y alcoholismo.¹¹ Estos hábitos son considerados factores de riesgo no solo para osteoporosis sino para otro tipo de enfermedades. En diferentes estudios epidemiológicos se ha podido identificar al tabaco como factor de riesgo para la osteoporosis por diferentes mecanismos, unos directos (inhibición de la actividad osteoblástica) y otros indirectos (los fumadores son más delgados que los no fumadores.¹¹ El consumo de tabaco se correlaciona con una menor DMO, de manera dosis dependiente. El alcoholismo es la causa más frecuente de osteoporosis secundaria en el varón, y en los

alcohólicos existe un mayor riesgo para padecer cualquier fractura (además de la osteoporosis, en ellos son más frecuentes las caídas y los accidentes de todo tipo)¹²

Tabla 4. Distribución de adultos mayores según Hábitos tóxicos.

Hábitos Tóxicos	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hábito de fumar	8	6,9	6	5,2	14	12,17
Alcoholismo	1	0,86	3	2,6	4	3,47
Total	9	7,82	9	7,82	18	15,64

Fuente: Planilla de recolección de datos

Tabla 5. Distribución de adultos mayores según realización de actividad física.

Realización de actividad física	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguna	47	41,0	31	26,9	78	67,9
Ligera	18	15,6	14	12,2	32	27,8
Moderada	2	1,7	3	2,6	5	4,3
Total	67	58,3	48	41,7	115	100

Fuente: Planilla de recolección de datos

La realización de actividad física está reflejada en la tala 5, existiendo un predominio (67,9%) de no realización de la misma, esto coincide con la literatura revisada.¹³

En cuanto a la distribución de adultos mayores según antecedentes patológicos personales predominó la HTA con un 34,8%, seguida de la Diabetes Mellitus (13,9%) y dentro de los procederes quirúrgicos la ooforectomía con un 0,08%. Estas enfermedades son prevalentes en nuestro medio y coinciden con la bibliografía revisada.¹⁴

Tabla 6. Distribución de adultos mayores según consumo de alimentos ricos en calcio.

Consumo de alimentos ricos en calcio	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%

Nunca	1	0,8	1	0,8	2	1,6
Diario	32	27,9	22	19,2	54	47,1
Ocasional	33	28,7	25	21,7	59	51,3
Total	67	58,3	48	41,7	115	100

Fuente: Planilla de recolección de datos

Una dieta equilibrada y adecuada, con un aporte adecuado de todos los nutrientes, es fundamental para un desarrollo correcto del esqueleto.⁵ En la tabla 6 se observa que el 47,1% de los adultos mayores consumen diariamente algún alimento rico en calcio seguido del ocasional 51,3%, podemos decir que esto constituye un factor protector para evitar la osteoporosis.

Tabla 6. Distribución de adultos mayores según caídas.

Caídas	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
No	40	34,8	36	31,3	76	66,1
Menos de dos en un año	18	15,7	8	6,9	26	22,6
Más de dos en un año	9	7,8	4	3,5	13	11,3
Total	67	58,3	48	41,7	115	100

Fuente: Planilla de recolección de datos

La tabla 6 nos muestra la distribución de los adultos mayores según las caídas, el 66,1% refirieron no haber sufrido una caída en el último año, seguido con un 22,6% de dos caídas en menos de un año. Las caídas constituyen uno de los síndromes geriátricos más importantes debido a su alta incidencia y a las numerosas consecuencias que producen en el anciano, siendo la principal causa de invalidez, institucionalización e incluso muerte del mismo. La probabilidad de sufrir una caída aumenta a medida que aumenta la edad, siendo la causa principal de los accidentes en personas mayores de 75 años y convirtiéndose en la sexta causa de muerte en el adulto mayor. . Por otro lado, el riesgo de caída supera el 50% a partir de los 80 años de edad. Las caídas tienen en su mayoría un origen multifactorial.¹⁵

Tabla 7. Distribución de adultos mayores según índice de masa muscular.

Índice de masa muscular	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Normopeso	59	51,3	44	38,3	103	89,6
Bajopeso	4	3,5	3	2,6	7	6,1
Sobrepeso	4	3,5	1	0,8	5	4,3
Total	67	58,3	48	41,7	115	100

Fuente: Planilla de recolección de datos

En la tabla 7 podemos ver la distribución de los adultos mayores según índice de masa muscular, predominó el normopeso con un 89,6%, seguido del bajo peso 6,1% esto coincide con otros estudios.⁵¹⁶Un Índice de masa muscular < 19 y una pérdida de peso con respecto a la edad joven indican baja densidad ósea.

Tabla 8. Distribución de adultos mayores según criterios factores de riesgo de osteoporosis

Factores de riesgo de osteoporosis	no		si		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sin factores de riesgo	4	3,5	7	6,1	11	9,6
Con un factor de riesgo	7	6,1	11	9,5	18	15,6
Con más de un factor de riesgo	56	48,7	30	26,1	86	74,8
Total	67	58,3	48	41,7	115	100

Fuente: Planilla de recolección de datos

La distribución de adultos mayores según riesgo de osteoporosis se encuentra en la tabla 9. Podemos observar que el 74,8 de los pacientes presentan más de un factor de riesgo de osteoporosis, seguidos de un factor de riesgo con 15,6% esto representa una alarma en la atención y seguimiento de estos pacientes por el alto riesgo que presentan para tener una fractura por fragilidad. El factor de riesgo mayor es la edad esto se debe al envejecimiento poblacional y que en la muestra predominan las edades mayores de 70 años, considerándose un factor de riesgo mayor, estos resultados obtenidos guardan similitud con varios estudios, dentro de ellos el de la ciudad de Loja, en el Ecuador.¹⁰

CONCLUSIONES.

1. Predominó el sexo femenino, las edades entre 70-79 años, la coloración de la piel blanca, la HTA como enfermedad crónica.
2. De los factores de riesgo de osteoporosis no predominó los antecedentes de fractura personales y familiares, ni los hábitos tóxicos, , sí existe predominio de consumo diario de alimentos rico en calcio, las no caídas y el índice masa corporal normopeso.. Predominó más de dos factores de riesgo de osteoporosis.

RECOMENDACIONES.

- 1- Extender la investigación comunitaria como pesquisa de Osteoporosis a través de un programa de seguimiento a los pacientes diagnosticados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabrera Gonzalez J, Barrios Viera O. Anatomofisiología y fisiopatología de la osteoporosis. *Medi Dic.* 2017 [citado 14 dic 2018];13(2). Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/273/html>
2. Compston J, Cooper A, Cooper C, Gittoes N, Gregson C, Harvey N, *et al.* UK clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis. *Arch Osteoporos.* 2017[citado 14 dic 2018]; 12(1): 43. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs11657-017-0324-5.pdf>.
3. OMS. Envejecimiento [Internet]. Washington: OMS; 2015 [citado 23 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
4. Martínez PTJ, González ACM, Castellón LG, González AB. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? febrero 2018 | Volumen 8 | Numero 1.
5. Cruz CEC, García CC, Luna CAU. Intervención educativa en pacientes mayores de 60 años sobre fractura de cadera. *Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología.* 2021;35(1):e289.
6. Rego Hernández JJ, Hernández Seuret CA, Andreu Fernández AM, Lima Beltrán ML, Torres Lahera ML, Vázquez Martínez M. Factores asociados a la fractura de cadera en el Hospital Clínicoquirúrgico Dr. Salvador Allende. *Rev Cubana Salud Pública [Internet].* 2017 Jun [citado 2020 Sep 13];43(2):149-65. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662017000200003&lng=e

7. Anuario estadístico 2017.
8. Acosta Cedeño A, Navarro Despaigne D, Díaz Socorro C, Álvarez Y, Domínguez Alonso E, González Calero T, *et al.* Calidad del hueso en mujeres de edad mediana con diabetes mellitus tipo 2. RevCubana Endocrinol.2017 [citado 8 Dic. 2018]; 19(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532008000100005&lng=es
9. National Osteoporosis Foundation. Clinician, guide to prevention and treatment of osteoporosis. Washington, 2016.
10. Cuzco DY. Osteoporosis y riesgo de fractura en pacientes geriátricos del hospital "Manuel Ygnacio Monteros" less de la ciudad de Loja en el periodo comprendido marzo - agosto del 2013. Tesis de Grado previa a la Obtención del Título de Médico General. LOJA – ECUADOR. 2014.
11. Jiménez BT, Piñera AI, González RJA, Soria RN, García YL. Factores de riesgo de osteoporosis en el adulto mayor. Revista Cubana de Reumatología. Volumen XI, Número 14; 2009.
12. Sosa HM y Díez PA Osteoporosis. Concepto. Etiopatogenia. Clínica Medicine. 2006; 9 Extr. 1: 8-14
13. Cué Bruguera M. Beneficios y riesgos de los suplementos de calcio. Rev Cubana Farm.2017 [citado 8Dic. 2018]; 46(4): 381-382. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152012000400001&lng=es
14. Martínez Larrarte JP. Osteoporosis, una protagonista al culminar la década del hueso y las articulaciones. RevCubanaReumatol. 2017[citado 13 sep 2018];12(16).Disponible en:<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/223/357>
15. Bastida CJC. Guía práctica del manejo de la osteoporosis y de la prevención de la fractura por fragilidad en atención primaria. 2013.
16. Martínez LR, Moreno NJ, Goide LE, Fernández GD. Caracterización clínico epidemiológica de pacientes con fracturas de cadera. MEDISAN vol.16 no.2 Santiago de Cuba feb. 2012.