Osteoporosis: las otras intervenciones

Categoría: Publicaciones destacadas
Publicado: Jueves, 29 Agosto 2019 17:09
Escrito por: Equipo
Visitas: 10279

Osteoporosis: The other interventions. Torres JM. [Versión español e inglés] Reumatol Clin. 2019 Jul - Aug;15(4):185-187. doi: 10.1016/j.reuma.2019.05.002.

Este artículo está protegido por derechos de autor.

Reumatología Clínica

La esperanza de vida aumenta en todo el mundo y el impacto de la osteoporosis y las fracturas asociadas, crecen notablemente, incluso en América Latina. Prácticamente todos los profesionales de la salud comparten nociones similares acerca de las intervenciones diagnósticas (densitometría) y terapéuticas (fármacos antirresortivos u osteoformadores). Existen una buena cantidad de revisiones y guías de manejo basadas en evidencias, acerca de estas intervenciones que definen quién debería ser tratado o sometido a más estudios y en todas se insiste en modificar algunos hábitos del estilo de vida, como evitar el tabaco o el exceso en el alcohol. El ingreso adecuado de calcio y vitamina D, así como la práctica de ejercicio en que se soporte el peso corporal, se recomiendan en todas esas guías. Sin embargo, en la práctica diaria, demasiados pacientes en tratamiento contra la osteoporosis no reciben suplementos de calcio y vitamina D y la indicación para incrementar la actividad física no pasa de una vaga indicación de “hacer ejercicio”.

La definición operativa de osteoporosis de la OMS (un T-Score basado en la densitometría por debajo de -2.5) fue un valioso paso para definir la epidemiología de la enfermedad. Este límite se ha usado incluso como definición de quién debería tratarse, lo que es correcto, pero esto omite considerar que numerosas fracturas ocurren en pacientes por arriba de ese límite, indicando la necesidad de definir fragilidad ósea de manera distinta. Hoy se acepta que han de tratarse: a) Las personas con una fractura por trauma mínimo, particularmente en cadera; b) Aquellas con un T-Score de -2.5 en fémur, columna lumbar o antebrazo, y c) Personas con masa ósea baja, encima de ese límite, con factores de riesgo definidos por FRAX, que identifica un riesgo absoluto de fractura elevado para los umbrales de cada país. Esto define lo que actualmente se considera “osteoporosis” y quién debería recibir un tratamiento.

Tres intervenciones diagnósticas adicionales pueden mejorar las certezas para identificar quién debe tratarse: 1) Una búsqueda sistemática de fracturas vertebrales. Su elevada prevalencia y el hecho de que sean usualmente asintomáticas, exigen la práctica de radiografías laterales de columna o la evaluación de fractura

Phoca PDF

vertebral, que se pueden obtener con el densitómetro. Encontrar una fractura reclasificaría el riesgo de un paciente individual. 2) Una búsqueda de causas de osteoporosis secundaria. Son relativamente frecuentes, identifican padecimientos relevantes (como el hiperparatiroidismo) que pueden interferir en la respuesta a terapia. Esta búsqueda requiere sólo una historia clínica y pruebas de laboratorio accesibles. 3) Una estrategia de tamizaje para identificar a las personas con mayor probabilidad detener osteoporosis. El acceso a la densitometría es limitado en muchas regiones y la decisión de quien debería estudiarse puede afinarse con algunas tácticas. Algunos han propuesto al FRAX, un instrumento para evaluar el riesgo absoluto de fracturas, pero que, al identificar a los más susceptibles, permite establecer “umbrales” que definen quien debe tratarse y quien requiere estudios adicionales. Existen varios instrumentos de tamizaje para decidir quién tiene más riesgo de osteoporosis. De entre ellos, el OsteoRisk, validado en América Latina, compuesto solo por edad y peso, identifica a aquellos con baja masa ósea. Su uso es simple, muestra una cercana correlación con instrumentos más complejos, como el FRAX y no tiene costo.

Administrar calcio y vitamina D es indispensable en todo paciente con deficiencia en esos nutrientes y en aquellos que reciben terapia con fármacos contra osteoporosis. El apego a esta intervención ampliamente aceptada es pobre en 50 a 70% de los pacientes. Se requiere un ingreso adecuado de calcio (de 1000 a 1200 mg/día) para la salud ósea a lo largo de toda la vida. Idealmente debería obtenerse de fuentes dietéticas, pero puede complementarse con suplementos para asegurar ese ingreso. Las controversias sobre posibles consecuencias cardiovasculares de los suplementos de calcio, han movido a algunos médicos y pacientes a evitarlos. Sin embargo, numerosos estudios han demostrado que los suplementos de calcio en dosis adecuadas no aumentan el riesgo de trastornos cardiovasculares. Es conveniente no superar el ingreso diario total de 1500 mg de calcio, incluyendo dieta y suplementos. Otros riesgos como la nefrolitiasis – discretamente aumentada – puede prevenirse vigilando la hipercalciuria en aquellos susceptibles. La dispepsia puede mitigarse cambiando el carbonato de calcio por citrato.

El aporte adecuado de proteínas (0.8 a 1.5 g/Kg de peso corporal/día) por la dieta es indispensable para huesos y músculos sanos. Las personas de edad avanzada que consumen más de 0.8 g/Kg de proteína al día, tienen mayor densidad, menor pérdida ósea y menos riesgo de fractura de cadera. La desnutrición es común en las personas de edad avanzada y aumenta con la edad. En aquellos que sufren fracturas de cadera, la deficiencia de proteínas causa desenlaces adversos y mortalidad más elevada. La suplementación con proteínas mejora los marcadores de desnutrición como la prealbúmina y también los niveles

Phoca PDF

de IGF-1 e IgM. Esta aparente mejoría tanto estructural como inmune, podría explicar la reducción de desenlaces desfavorables y muerte. Se recomienda que las personas de edad avanzada consuman 1.0 a 1.2 g/proteína por Kg de peso diariamente. Los productos lácteos proveen más calcio y proteína por caloría, que cualquier otro alimento. Un vaso de leche de 200 ml, una porción de 180 g de yogurt o 30 gramos de un queso duro, proporcionan 250 mg de calcio. Los requerimientos mínimos diarios podrían completarse con 3 o 4 porciones. Un litro de leche proporciona unos 35 g de proteínas. Numerosos estudios han demostrado que los productos lácteos tienen efectos positivos en los marcadores bioquímicos y hormonales del remodelado óseo y un efecto sinérgico con la actividad física para mejorar la estructura y fortaleza del hueso. Una dieta rica en lácteos puede conferir cierta protección contra las fracturas de cadera. Incrementar el consumo de lácteos puede ser una estrategia de salud pública eficaz en la reducción del impacto de las fracturas. Ante la preocupación de que los lácteos pueden aumentar lípidos y alterar los riesgos cardiovasculares, resulta tranquilizador el reporte de 136.384 pacientes de 35 a 70 años, provenientes de 21 países, en quienes se encontró que el consumo lácteo se relacionó con menor riesgo de mortalidad y de sufrir eventos cardiovasculares mayores. Para los intolerantes a lactosa, existen ahora alternativas accesibles que pueden permitir su consumo.

La actividad física y el ejercicio son intervenciones capaces de modificar favorablemente la evolución de muchas enfermedades crónico-degenerativas y se insiste en la necesidad de promoverlas activamente en todo el mundo. El ejercicio produce modestas ganancias en la densidad ósea; reducción discreta de nuevas fracturas y una clara reducción en el número de caídas. Existen diversas guías para aumentar la actividad física y el ejercicio, con el propósito de mejorar la salud en general y la salud relacionada con la fortaleza de hueso y músculos. Estas proveen lineamientos específicos para la práctica de ejercicio seguro y eficaz e incluyen: a) Entrenamiento en resistencia progresiva; b) Ejercicios de impacto, soportando el peso del cuerpo y c) Entrenamiento de balance y movilidad. La frecuencia e intensidad de estas actividades dependerá de factores individuales de cada paciente, tomando en consideración al estado de la salud ósea; las comorbilidades; el estado funcional y los factores de riesgo clínicos para sufrir caídas y fracturas.

Las intervenciones diagnósticas de tamizaje pueden mejorar la selección de pacientes para estudiar con el recurso limitado de la densitometría. La búsqueda activa de fracturas vertebrales y causas de osteoporosis secundaria permitirá reclasificar el riesgo de algunos pacientes. Los esfuerzos de investigación y de la práctica clínica se han centrado en el diagnóstico y tratamiento farmacológico de la

Phoca PDF

osteoporosis, pero las medidas generales para prevención primaria basadas en la atención a factores de riesgo modificables, deberían ser una prioridad de salud, para retrasar el inicio de la pérdida ósea y la aparición de fragilidad esquelética. Difundir esta noción en las autoridades de salud; entre la comunidad médica y la sociedad en general, han de estar entre las tareas para las sociedades profesionales del campo. Estas recomendaciones distan de ser suficientes para aquellos pacientes con un elevado riesgo de fracturas, pero hay evidencias suficientes para concluir que los factores nutricionales y del estilo de vida pueden afectar positivamente la masa y función muscular y ósea y son razonablemente baratos y seguros. Asegurar un adecuado ingreso de proteínas, calcio y vitamina D, en combinación con un protocolo individualizado de ejercicio en la población susceptible, seguramente ayudará a reducir el impacto de la osteoporosis y fracturas.

Artículo relacionado:

[El papel de la leche y los productos lácteos en la salud y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles]

Copyrigth2019 ENDOweb. Citar este artículo: Osteoporosis: las otras intervenciones - 28 de agosto 2019

Phoca PDF