



CARTAS AL DIRECTOR

Motivos para la reflexión sobre el posible fracaso en la prevención de fracturas de cadera en España

Reasons for reflection on possible failure in the prevention of hip fractures in Spain

Sr. Director:

Con relación a la publicación de Guerra-García et al¹, quiero apuntar que sus datos sobre fracturas de cadera han sido corroborados en un reciente análisis estatal (1997-2008)², donde se refleja que se ha producido un crecimiento del coste hospitalario medio por paciente del 70,42%. Simultáneamente, la dispensación de dosis de medicamentos para la prevención y el tratamiento de las fracturas óseas se ha incrementado entre 2000 y 2009 un 626,7%³. La figura 1 confirma esta tozuda realidad con fracturas totales, sin observarse una diferencia de tendencia entre mujeres mayores (diana de tratamientos para osteoporosis) y el resto.

Se debería admitir que estamos medicalizando inútilmente a un sector de la población y derrochando recursos sanitarios, deducción demoledora que merece ser meditada y discutida por cuanto se está tratando un tema con causas y soluciones complejas.

Las soluciones aplicadas parecen centrarse en el uso de medicamentos con acción antirresortiva —no «proformadores»— sobre el sistema óseo. Para que sean eficaces, se debe garantizar la osteoformación, y así se han realizado sus ensayos clínicos. No obstante, una osteoformación ideal difícilmente se puede verificar en la población anciana, por su inadecuada respuesta a las medidas higiénico-nutricionales básicas ligada a la edad⁴, circunstancia que García-Guerra et al no consideran. Los indicios apuntan, además, a que se está abonando el terreno para la aparición estelar de otra «solución», esta vez en forma de medicamento biotecnológico (denosumab), el cual también se ha ensayado en pacientes sin problemas de osteosíntesis.

Siendo Canarias la comunidad con menor tasa de fracturas², resultaría lógico aventurar una posible

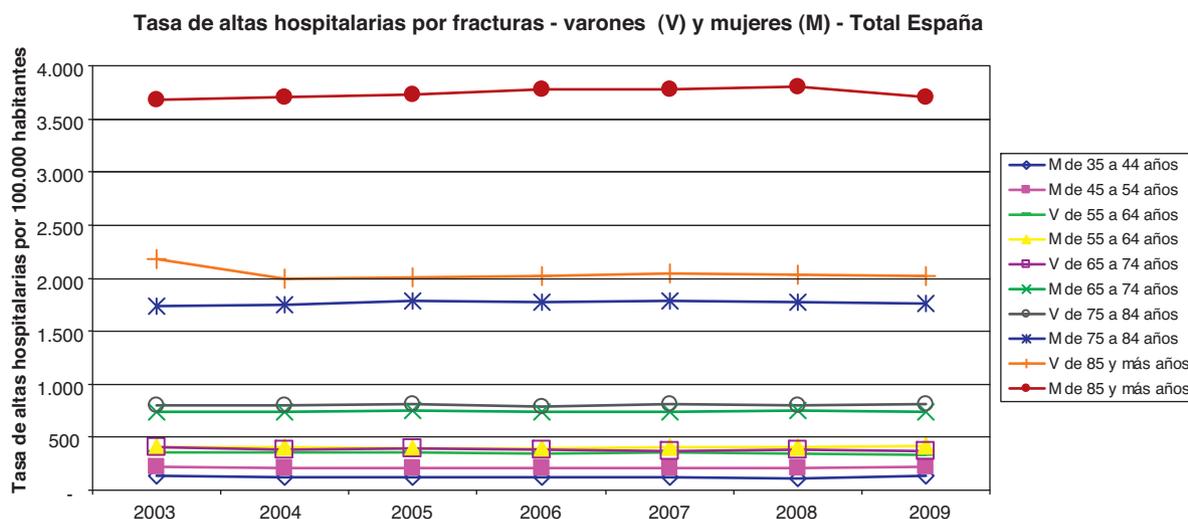


Figura 1 Tasa de altas hospitalarias por 100.000 habitantes con diagnóstico de fracturas-total España. Gráficos elaborados con datos de la encuesta de morbilidad hospitalaria por años (altas hospitalarias según el sexo, el grupo de edad y el diagnóstico principal, para códigos CIE-9 805-829 Fracturas de miembros superiores e inferiores, cabeza de fémur, cuello, tronco y otros). Para la elaboración de la tasa se han utilizado datos de población con la tabla de resultados nacionales (población por fecha de referencia, sexo y grupo quinquenal de edad, tomando como fecha de referencia para cada año el 1 de julio). Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es).

explicación del fracaso preventivo: la «pandemia» mundial de hipovitaminosis D que afecta también a España, demostrada en distintos grupos de población, sobre todo personas mayores, incluyendo mujeres con tratamientos antiosteoporosis⁴, problema que parecen desconocer la mayoría de los profesionales y responsables sanitarios.

La insuficiencia de vitamina D imposibilita el adecuado aprovechamiento del calcio, y la carencia de ambos afecta a la osteoformación. Parece ineludible el uso en ancianos de suplementos, cuyo incumplimiento terapéutico es aún más frecuente que el de los tratamientos antirresortivos (comentado por García-Guerra), y se relaciona generalmente con el rechazo del calcio (dependiente de la dosis), o con la consideración de que se trata de un tratamiento redundante y de segunda línea. El incumplimiento de los suplementos se ha relacionado con el fracaso de los fármacos antirresortivos⁵.

Las prioridades de la solución serían: 1) vitamina D; 2) calcio; y 3) el fármaco antirresortivo, cada uno con dosis y administración apropiada.

Considerando el estatus nutricional y de vitamina D en la población española con mayor riesgo de fracturas, la gran mayoría debería recibir diariamente 800-2.000 UI de colecalciferol⁶ y 300 mg de calcio⁴, asociación imposible de conseguir con los suplementos combinados para adultos disponibles, aunque sí con los tradicionalmente pediátricos. Así, aunque en los tratamientos preventivos se asocien los componentes adecuados, posiblemente las dosis utilizadas no estén siendo apropiadas. Esta incoherencia involucra de forma directa a las autoridades reguladoras de los medicamentos ya que, al no estar sometida la comercialización de los suplementos a los rigores de novedades terapéuticas o a los genéricos, aparentemente se autorizan con la mera verificación de la presencia y calidad de sus componentes, pero no de su eficacia, pertinencia o bioequivalencia, lo que hace pensar que también están siendo tratados por la administración sanitaria como terapias secundarias.

Administración, evaluadores y profesionales sanitarios deberían dejar de girar en torno a los dictados de los intereses comerciales para reflexionar conjunta y urgentemente

sobre el problema socioeconómico sanitario del aumento de fracturas ligado a la edad, analizándolo en su globalidad.

Bibliografía

1. Guerra-García MM, Rodríguez-Fernández JB, Puga-Sarmiento E, Charle-Crespo MA, Gomes-Carvalho CS, Prejigüeiro-Santás A. Incidencia de la fractura de cadera osteoporótica en Galicia en relación con la dispensación de medicamentos con indicación en su prevención y tratamiento. *Aten Primaria*. 2011;43: 82-8.
2. Instituto de Información Sanitaria. Estadísticas comentadas: La atención a la fractura de cadera en los hospitales del SNS [publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [citado 3 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>.
3. Imaz-Iglesia I, Rubio-González B, López Delgado ME, et al. Análisis coste-utilidad de los tratamientos farmacológicos para la prevención de fracturas en mujeres con osteoporosis en España. *IPE 63/2010*. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS)-Instituto de Salud Carlos III-Ministerio de Ciencia e Innovación; diciembre de 2010 [citado 21 Feb 2011]. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/publicaciones/documentos/63_Osteoporosis.Coste.utilidad.farmacos.pdf.
4. Quesada-Gómez JM, Sosa-Henríquez M. Nutrición y osteoporosis. *Rev Osteoporos Metab Miner*. 2010;2 [Epub ahead of print] [citado 21 Feb 2011]. Disponible en: <http://www.revistadeosteoporosisymetabolismomineral.com/Pdf/EPub/NutricionyosteoporosisCalcioyvitaminaDpdf.pdf>.
5. Adami S, Isaia G, Luisetto G, Minisola S, Sinigaglia, Gentiella R, et al. Fracture incidence and characterization in patients on osteoporosis treatment: The ICARO Study. *J Bone Miner Res*. 2006;21:1565-70.
6. Thacher TD, Clarke BL. Vitamin D insufficiency. *Mayo Clin Proc*. 2011;86:50-60. doi:10.4065/mcp.2010.0567. Disponible en: <http://www.mayoclinicproceedings.com/content/86/1/50.full.pdf+html>.

Ana Isabel Rigueira García

Área Sanitaria de Avilés-SESPA, Asturias, España
Correo electrónico: arigueira1@gmail.com

doi:10.1016/j.aprim.2011.03.009

Respuesta de los autores

Author's reply

Sr. Director:

Queremos agradecer el interés en nuestro artículo¹ y compartimos plenamente la necesidad de la reflexión sobre este problema de gran magnitud.

El estudio sobre la evolución de la incidencia de la fractura de cadera en Galicia¹ fue ampliado a nivel nacional, reproduciéndose los mismos resultados. Estos fueron presentados en el Congreso Nacional de Medicina General celebrado en Granada en 2010². Ambos estudios, de carácter observacional y no diseñados para probar hipótesis, reflejan nuestra realidad asistencial.

Los datos epidemiológicos acerca de la incidencia de la fractura de cadera en España muestran que Galicia es la segunda comunidad autónoma con menor incidencia, después de Canarias³. Comunidades con mayor índice de insolación, como Andalucía, Valencia, Baleares o Murcia, presentan tasas de fractura superiores, lo que hace presu- poner que otros factores, además de la vitamina D, influyen en la osteoformación. Por otra parte, en el año 2009, la Biblioteca Cochrane⁴ publicó una revisión sistemática, con el rigor metodológico al que nos tiene acostumbrados, en la que se pretendía aclarar, basándose en las pruebas disponibles, la función que representa la vitamina D en la prevención de fracturas asociadas a la osteoporosis senil o posmenopáusica. En dicha revisión, en la que se incluyeron 45 ensayos, se concluyó que los pacientes de edad avanzada