

Experiencia de una Unidad de Coordinación de Fracturas por Fragilidad Ósea en Dos Hospitales: Diferencias Clínicas y Evaluación Integral entre los Servicios de Ortogeriatria y Reumatología

Dr. César Antonio Egües Dubuc¹, Dra. Esther Laso Lucas², Dra. Nerea Alcorta Lorenzo¹, Lic. Raquel Sanz Berrueta³, Dr. Jorge Jesús Cancio Fanlo¹, Dra. Claudia Murillo Erazo⁴, Dra. Gabriela Jiménez Clemente⁴, Dra. María Aritzia Sarratea⁴, Dra. Leire Unanue Pumar⁵, Lic. Sonia Azcarate Jimenez³, Dra. Elena Zubillaga Azpiroz⁵, Dr. Antonio Martin García⁶, Dr. Gaspar De La Herrán Núñez⁶, Dr. Ander Alberdi Albelaiz⁵, Dr. Ignacio Maria Arruabarrena Echeverria⁵, Dr. Luis María López Domínguez¹

¹Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Donostia. ²Farmacéutica Hospitalaria, Hospital Matia-Fundación Matía. ³Enfermería del Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Donostia. ⁴Servicio de Geriatria, Hospital Matia-Fundación Matía. ⁵Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Donostia. ⁶Servicio de Traumatología y Ortopedia, Hospital Universitario Donostia.

Introducción

Las Unidades de Coordinación de Fracturas (UCF) tienen como propósito principal la prevención secundaria de fracturas por fragilidad ósea (FFO). Nuestra unidad, inaugurada en febrero de 2024, cuenta con la colaboración de los servicios de Reumatología (REU), Medicina Interna (MI) y Traumatología del Hospital Universitario de Donostia (HUD), así como con el servicio de Ortogeriatria (OG) del Hospital Matía-Fundación Matía (HMFM). En el HUD, todo paciente es evaluado inicialmente por el equipo de MI, encargado de decidir el destino al alta. En caso de traslado al HMFM, el tratamiento osteoporótico es indicado por OG; en los demás casos, corresponde a REU gestionarlo durante el ingreso hospitalario.

Objetivo

Comparar el manejo integral de las FFO entre los servicios de OG del HMFM y REU del HUD, además de describir las diferencias clínicas y analíticas de los pacientes tratados por ambos equipos entre febrero y diciembre de 2024.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, analíticos y de tratamientos administrados. Para las variables continuas se utilizó la media y desviación estándar o, alternatively, la mediana y el rango intercuartílico, según correspondiera. Las diferencias de medias fueron analizadas mediante la prueba t independiente, previa aplicación de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk.

Asimismo, se empleó la prueba de chi-cuadrado para evaluar asociaciones, con la prueba exacta de Fisher para frecuencias esperadas menores a 5. Los análisis estadísticos se realizaron con el software SPSS versión 26 y se incluyeron análisis de sensibilidad para datos faltantes.

Resultados

Se incluyeron 354 pacientes en total. El análisis comparativo entre los grupos de OG y Reumatología REU evidenció diferencias significativas tanto en las características clínicas como en el manejo integral de las FFO. Los pacientes del grupo OG presentaron una edad media mayor (86 años frente a 80 años; p<0,0001), mientras que la proporción de mujeres fue similar en ambos grupos (76,7% en OG y 79,1% en REU; p=0,583).

En cuanto al motivo de ingreso, las fracturas de cadera fueron más frecuentes en OG (96% frente a 82,4%; p<0,0001), mientras que en REU se observó una mayor diversidad de localización de fracturas. Entre los factores de riesgo (**tabla 1**), el consumo actual de tabaco fue más prevalente en REU (23,64% frente a 12,1%; p=0,002), mientras que la menopausia precoz y los antecedentes familiares de fractura de cadera materno-paterna fueron más frecuentes en OG (22,3% frente a 4,7%; p=0,0002 y 36,4% frente a 12,8%; p=0,0002, respectivamente).

En relación al tratamiento (**tabla 2**), el grupo OG mostró un mayor porcentaje de pacientes dados de alta sin tratamiento osteoporótico (47,9% frente a 16,2%; p<0,0001). Además, aunque todos los pacientes de REU recibieron suplementos de calcio y vitamina D (100% frente a 67%; p<0,0001), una proporción significativa en OG no recibió tratamiento debido a una baja esperanza de vida o decisiones personales. Por otro lado, en REU, la razón principal para no iniciar tratamiento fue la necesidad de realizar una densitometría ósea pendiente.

Finalmente, las diferencias analíticas (**tabla 3**) incluyeron niveles más elevados de calcio sérico en el grupo REU (9,27 frente a 8,96mg/dl; p<0,0001), mientras que otros parámetros no mostraron diferencias significativas.

Tabla 1: Diferencias clínicas entre los pacientes valorados por los Servicios de Reumatología y Orto geriatría					
Variables		Grupo OG (n=206)	Grupo REU (n=148)	Total	P
Edad (años)		86 (81-90)	80 (69-88)	354	<0,0001
Sexo femenino		158 (76,7%)	117 (79,1%)	275	0,583
FFO que motiva el ingreso	Cadera	198 (96%)	122 (82,4%)	320	<0,0001
	Húmero	0	17 (11,5%)	7	
	Radio	0	3 (2%)	3	
	Múltiple	4 (2%)	3 (2%)	7	
	Otros	4 (2%)	3 (2%)	7	
Tabaco	Actual	25 (12,1%)	35 (23,64%)	60	0,002
	Exfumador	23 (11,2%)	28 (18,9%)	51	
No fumador		158 (76,7%)	85 (57,43%)	243	
Alcohol	Consumo	9 (4,36%)	16 (10,8%)	25	0,017
	No consumo	134 (65%)	111 (75%)	245	
	Previo	3 (1,4%)	1 (0,67%)	7	
Menopausia precoz	Si	46 (22,3%)	7 (4,7%)	53	0,0002
	No aplica	48 (23,3%)	32 (21,6%)	80	
GC	Ingesta actual	9 (4,3%)	6 (4%)	15	0,809
	Ingesta previa	4 (1,9%)	4 (2,7%)	8	
	No ingesta	137 (67%)	118 (79,7%)	255	
Ht	Actual	9 (4,3%)	4 (2,7%)	13	0,002
	Previo	54 (26,2%)	17 (11,4%)	71	
Tto OPZ	Si	25 (12,1%)	13 (8,7%)	38	0,187
Ingesta de lácteos	Si	117 (59,8%)	11 (7,4%)	128	0,0002
Fx Cadera M/P	Si	75 (36,4%)	19 (12,8%)	91	0,0002
FFO Previas	Si	64 (31,1%)	78 (52,7%)	142	0,0002
N° FFO Previas	1	51 (24,7%)	39 (26,35%)	90	0,0001
	2	7 (3,4%)	11 (7,4%)	18	
	3	4 (2%)	13 (8,7%)	17	
	4	1 (0,5%)	6 (4%)	7	
	5	0	2 (1,4%)	2	
	6	0	4 (2,7%)	4	
	7	0	2 (1,4%)	2	
	8	1 (0,5%)	1 (0,6%)	2	
Tto = tratamiento; GC= Glucocorticoides; Ht: hormonoterapia; OPZ = osteopenizante; Ing. = ingesta; M/P = materna/paterna; N°=numero.					

Tabla 2: Diferencias terapéuticas entre los pacientes tratados por los Servicios de Reumatología y Orto geriatria					
Variables		Grupo OG (n=206)	Grupo REU (n=148)	Total	P
Tto Previo	Si	21 (10,2%)	20 (13,5%)	41	0,336
Tto al Alta	Sin tto	93 (47,9%)	24 (16,2)	117	<0,0001
	Zolendronico	22 (11,3%)	55 (37,2%)	77	
	Denosumab	21 (10,8%)	42 (28,4%)	63	
	Teriparatida	4 (2,1%)	4 (2,7%)	8	
	Romosozumab	0	3 (2%)	3	
	Alendronato	54 (27,8%)	16 (10,8%)	70	
Abaloparatida		0	4 (2,7%)	4	
S. Ca+VitD alta	Si	130 (67%)	148 (100%)	278	<0,0001
Motivo de NO recibir Tto	Reciben tto	101 (52%)	101 (52%)	225	<0,0001
	Pdt. DMO	4 (2,1%)	4 (2,1%)	19	
	Poca esp. vida	24 (12,4%)	24 (12,4%)	26	
	DdP	6 (3,1%)	6 (3,1%)	10	
	Otras	59 (30,4%)	59 (30,4%)	62	
Tto = tratamiento; OP = osteoporosis; S. Ca+VitD = suplementos de calcio y vitamina D; Pdt. = pendiente; DMO = densitometría osea; poca esp. vida = poca esperanza de vida; DdP = decisión del paciente.					

Tabla 3: Diferencias analíticas entre los pacientes tratados por los Servicios de Reumatología y Orto geriatria					
Variables		Grupo OG (n=206)	Grupo REU (n=148)	Total	P
Analítica	Calcio (mg/dl)	8,96 (0,78)	9,27 (0,66)		<0.0001
	Fosforo (mg/dl)	3,23 (1,23)	3,23 (0,73)		0,994
	Proteína (g/dl)	6,35 (0,879)	6,01 (0,79)		0,0002
	TSH (mU/L)	3,246 (9,17)	2,6 (4,38)		0,464
	PTH (pg/mL)	58,89 (35,3)	51,7 (29,2)		0,061
	VitD (ng/mL)	15,3 (12,4)	15,685 (11,5)		0,762
VitD = vitamina D; PTH=Hormona paratiroidea; TSH=Hormona estimulante de la tiroides					

Conclusiones

Los resultados revelan diferencias significativas en el manejo de las FFO entre OG y REU. En OG, más pacientes fueron dados de alta sin tratamiento osteoporótico, debido a una baja expectativa de vida y decisiones personales. En REU, la razón más común para no iniciar el tratamiento fue la necesidad de realizar una densitometría ósea previa. Además, un mayor porcentaje de pacientes en REU tenía antecedentes de FFO, lo que sugiere que los reumatólogos podrían ser más hábiles para identificar estos antecedentes.