



Protocolo de actuación ante dos situaciones en osteoporosis frecuentes en Atención Primaria: cuándo tratar siempre y cuándo evitar un tratamiento innecesario

M. Sosa Henríquez^{a,b} y D. Hernández Hernández^b

^aGrupo de Investigación en Osteoporosis y Metabolismo Mineral.

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Gran Canaria. España.

^bUnidad Metabólica Ósea. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular. Gran Canaria. España.

Palabras Clave:

- Osteoporosis
- Fractura
- Diagnóstico
- Cribado
- Prevención

Keywords:

- Osteoporosis
- Fracture
- Diagnosis
- Screening
- Prevention

Resumen

La osteoporosis es una enfermedad a menudo infradiagnosticada. Los pacientes fracturados son los que tienen más riesgo de sufrir una nueva fractura y en ellos debe centrarse el cribaje para diagnosticar esta enfermedad e iniciar de inmediato un tratamiento. En el otro extremo, en la mujer postmenopáusica reciente, a menudo se indican tratamientos para la osteoporosis ante la simple presencia de algias difusas y el temor de la paciente a tener la enfermedad. En estas pacientes es aconsejable tratar de cuantificar el riesgo de fractura y evitar en lo posible la prescripción de tratamientos farmacológicos.

Abstract

Protocol of action before two frequent situations in osteoporosis in Primary Care: when to treat always and when to avoid an unnecessary treatment

Osteoporosis is a disease often underdiagnosed. Fractured patients are those with higher risk of a new fracture and they should focus on screening to diagnose this disease and begin treatment immediately. At the other extreme, in recent postmenopausal women, often treatments for osteoporosis at the mere presence of diffuse pains and fears of the patient having the disease are indicated. In these patients it is advisable to try to quantify the risk of fracture and avoid possible prescription drug treatments.

El paciente fracturado sin diagnóstico ni tratamiento

La fractura por fragilidad es la única complicación clínica de la osteoporosis. La fractura más frecuente es la vertebral, mientras que la menos prevalente, pero la más grave, es la fractura de cadera. Otras fracturas por fragilidad son la de

la extremidad distal del radio (fractura de Colles), la de húmero, la de costilla y la de tibia.

Los pacientes que han sufrido una fractura por fragilidad tienen un riesgo importante de sufrir una nueva fractura, lo que se ha denominado la *cadena fracturaria*. Así, se ha descrito que un 20% de los pacientes que han sufrido una fractura vertebral y que no son tratados, presentan una nueva al cabo de 1 año¹, y que tras una fractura de Colles, al cabo de 1 mes

aumenta significativamente el riesgo de fractura de cadera². Sin embargo y pese a ello, en todo el mundo, las fracturas por fragilidad, especialmente las más graves, las de cadera, tienden a no identificarse como osteoporóticas o a no ser tratadas. Mostrando solo algunos ejemplos, en Estados Unidos se observó que a sólo el 3% de los pacientes con fractura de cadera se le hizo el diagnóstico de osteoporosis y al 4 % se le indicó algún tratamiento³, o en Nueva Zelanda, donde se encontró que sólo el 9% de los pacientes que habían sobrevivido a una fractura de cadera estaba recibiendo algún tratamiento, y que sólo el 12% recibía un suplemento de calcio como monoterapia⁴. En el caso de la fractura vertebral, el estudio IMPACT mostró que su infradiagnóstico era un problema mundial⁵. En España es frecuente también^{6,7}. Por lo tanto, el correcto diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis comienza con la identificación de los pacientes ya fracturados, especialmente aquellos que han sufrido una fractura de cadera. Para establecer si la fractura debe ser considerada como “traumática” o “por fragilidad” basta con preguntar al paciente cómo se ha producido. Se considera fractura traumática cuando el paciente ha caído desde una altura superior a su estatura o si ha habido un impacto importante, como un accidente de tráfico o una caída por las escaleras.

En los pacientes con fractura osteoporótica basta la valoración clínica, la catalogación del traumatismo como poco importante y la comprobación de la fractura para poder considerar al paciente como de elevado riesgo de fractura e ins-

taurar tratamiento, inicialmente con medidas generales y un suplemento de calcio y vitamina D (ver la pirámide del tratamiento de la osteoporosis en esta misma unidad temática). Debe calcularse el riesgo de fractura a 10 años, por medio de las herramientas FRAX[®] ⁸ o Qfracture[®] ^{9,10}. En el caso de una paciente mujer de 80 años, con una fractura de cadera, siendo delgada, el riesgo de fractura a 10 años es elevado por ambas escalas (figs. 1 y 2).

La mujer postmenopáusica reciente, con algias difusas y miedo a la osteoporosis

Al llegar la menopausia, debido al cese de la actividad ovárica y el consecuente hipoestrogenismo, se producen en la mujer una serie de cambios fisiológicos por una parte y la aparición de síntomas y signos que se engloban dentro del llamado “síndrome climatérico”. Dentro de estos síntomas, es frecuente la presencia de algias difusas.

Por otra parte, también de forma fisiológica, en prácticamente todas las mujeres se produce una pérdida de densidad mineral ósea (DMO) que es variable de unas mujeres a otras. En algunos casos, y por la posible interacción de otros factores (genéticos, de estilos de vida, coexistencia de enfermedades), puede desarrollarse una osteoporosis.

FRAX[®] Herramienta de Evaluación de Riesgo de Fractura desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Inicio Herramienta de Cálculo Tablas FAQ Referencias Español

Herramienta de Cálculo

Por favor responda las preguntas siguientes para calcular la probabilidad de fractura a diez años sin DMO o con DMO.

país: **España** Nombre/ID: **Figura 1.** Sobre los Factores de riesgo

Cuestionario:

- Edad (entre 40-90 años) o fecha de nacimiento
Edad: Fecha de Nacimiento: A: M: D:
- Sexo Hombre Mujer
- Peso (kg)
- Estatura (cm)
- Fractura previa No Sí
- Padres con Fractura de Cadera No Sí
- Fumador Activo No Sí
- Glucocorticoides No Sí
- Artritis Reumatoide No Sí
- Osteoporosis secundaria No Sí
- Alcohol, 3 o más dosis por día No Sí
- DMO de Cuello Femoral
Seleccione BMD

IMC: 20.5
The ten year probability of fracture (%)

Sin DMO	
Mayor osteoporotic	24
Hip fracture	14

Weight Conversion
Pounds kg

Height Conversion
Inches cm

00441823
Individuals with fracture risk assessed since 1st June 2011

Fig. 1. Riesgo de fractura a 10 años en una mujer de 80 años, delgada, que ha sufrido una fractura de cadera tras una caída desde su altura, sin otros factores de riesgo. Herramienta FRAX[®].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3808495>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3808495>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)