

Abordaje de la osteoporosis en un centro de atención primaria

M. Zwart Salmerón^a, M. Fradera Vilalta^b, P. Solanas Saura^c, C. González Pastor^c y C. Adalid Vilar^c

Objetivo. Conocer el grado de adecuación a una guía de la semFYC en la indicación de densitometrías óseas a mujeres menopáusicas, así como el grado de adecuación del tratamiento de la osteoporosis.

Diseño. Estudio transversal.

Emplazamiento. Área básica de salud (ABS) Girona-3.

Participantes. Mujeres entre 50 y 80 años asignadas al ABS Girona-3. Se consideró criterio de exclusión padecer un trastorno psiquiátrico grave o una enfermedad en estadio terminal. Se incluyó a 409 mujeres de las 420 previstas para una precisión del 5% y un error alfa del 0,05.

Mediciones principales. Densitometría ósea, realizada o no, uso de otras pruebas diagnósticas, factores de riesgo de osteoporosis registrados y tratamiento farmacológico prescrito.

Resultados. De las 125 mujeres con factores de riesgo de osteoporosis, en 12 (9,6%) se había realizado una densitometría ósea. El 20% del total de densitometrías óseas hechas era patológico. Sólo en 3 casos (0,7%) de las patológicas constaban recomendaciones sobre el estilo de vida. El 19,8% de las mujeres tomaba tratamiento farmacológico. En el 8% estaba justificado. El tratamiento más prescrito es el calcio, solo o asociado a vitamina D. En el 20% de los casos existía una densitometría ósea de control a los 2 años.

Conclusiones. La indicación de densitometrías óseas es baja y su adecuación, mejorable. En los casos en los que se solicita una densitometría ósea se tiende más a realizar una intervención farmacológica que sobre los estilos de vida.

Palabras clave: Guía. Osteoporosis. Atención primaria.

MANAGEMENT OF OSTEOPOROSIS AT A PRIMARY CARE CENTRE

Objectives. To find how suitable a semFYC guide is for the indication of bone densitometry in menopausal women; and how appropriate their Osteoporosis treatment is.

Design. Cross-sectional study.

Setting. Girona-3 Health District.

Participants. Women between 50 and 80 allocated to the Girona-3 Health District. Suffering a grave psychiatric disorder or a terminal illness were considered criteria for exclusion. 409 out of the 420 women envisaged were included, to achieve a 5% accuracy and a 0.05% alpha error.

Main measurements. Whether bone densitometry took place or otherwise, other diagnostic tests, risk factors for osteoporosis recorded and drug treatment prescribed.

Results. Of the 125 women with risk factors for osteoporosis, 12 (9.6%) had had a bone densitometry. 20% of all bone densitometries done showed pathology. Only in 3 cases (0.7%) of the pathological cases was any recommendation on life-style recorded. 19.8% of the women took drug treatment. In 8% this was justified. The most common treatment prescribed was calcium, on its own or linked to vitamin D. 20% of cases had a bone densitometry to monitor them after 2 years.

Conclusions. The indication for bone densitometry is low and its use could be improved. In those cases in which bone densitometry is requested, a pharmacological intervention is more common than a life-style one.

Key words: Guide. Osteoporosis. Primary care.

^aMédico de Familia. EAP Girona-1. ICS. Girona. España.

^bMédico de Familia. EAP Sta. Coloma. ICS. Girona. España.

^cMédicos de Familia. EAP Girona-3. ICS. Girona. España.

Correspondencia:
Marta Zwart Salmerón.
ABS Girona-1.
Sta. Clara, 33.
17005 Girona. España.
Correo electrónico:
mzwart@scmfic.org

Manuscrito recibido el 14 de marzo de 2003.

Manuscrito aceptado para su publicación el 1 de septiembre de 2003.

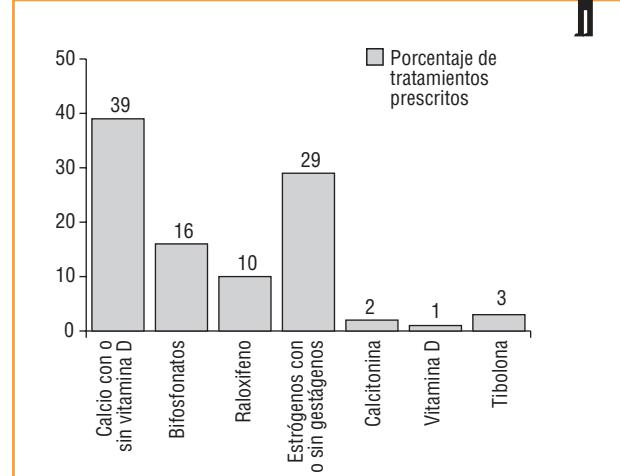
Introducción

Estudios de prevalencia estiman que aproximadamente el 30% de las mujeres posmenopáusicas puede padecer osteoporosis¹. Dado el envejecimiento progresivo de nuestra sociedad, podemos considerar que la osteoporosis es un problema de salud emergente. En España se estima que la prevalencia de osteoporosis lumbar en mujeres de 45-50 años es del 4,3%, en las de 50-59 años del 9,1% y en las de 60-69 años del 40%². La principal manifestación clínica de la osteoporosis es la fractura. Las fracturas osteoporóticas tienen un alto grado de morbimortalidad y suponen una importante carga socioeconómica³. Debido a que en la actualidad existen medios para el diagnóstico precoz mediante densitometría ósea (DO) y un tratamiento eficaz⁴⁻⁶, está justificada la puesta en marcha de programas dirigidos a la prevención de fracturas osteoporóticas. Hoy día no se dispone de suficientes evidencias científicas que justifiquen la realización de una DO en la población general. Los datos existentes sugieren que sólo la población con factores de riesgo asociados a la pérdida de masa ósea se benefician de la realización de una DO⁷. La bibliografía destaca la importancia de la detección y abordaje precoz de los factores de riesgo de la osteoporosis como medida eficaz de la prevención de las fracturas osteoporóticas^{8,9}. En este sentido, el médico de atención primaria tiene un papel fundamental en el control y seguimiento de las pacientes menopáusicas. Existen datos que sugieren que la sensibilización respecto a este tema aún es escasa y que el médico de familia se centra más en otras enfermedades crónicas¹⁰. En la actualidad, la utilización de la DO es escasa¹¹, probablemente debido a un déficit de formación de los médicos de atención primaria respecto a este tema¹². En el presente estudio tratamos de establecer la adecuación del abordaje de la osteoporosis. Para ello, valoraremos en primer lugar la proporción de pacientes susceptibles en los que se ha realizado una DO y el tipo de tratamiento que se ha administrado en cada caso. En segundo término se valorará la idoneidad de la conducta terapéutica.

Material y métodos

Se trata de un estudio transversal realizado en el Área Básica Girona-3 mediante la selección aleatoria de mujeres de entre 50 y 80 años con historia en nuestro centro que han realizado alguna visita en los últimos 5 años. Se consideró criterio de exclusión padecer una enfermedad en estadio terminal o una enfermedad psiquiátrica grave no controlada. El tamaño de la muestra se calculó para una máxima indeterminación (50%), una precisión del 5%, un error alfa de 0,05 y un cálculo de pérdidas del 10%. El tamaño de la muestra teórica era de 420 mujeres y la muestra definitiva ha sido de 409.

Material y métodos
Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio transversal para conocer el grado de adecuación a una guía de la semFYC en la indicación de densiometrías a mujeres menopáusicas en un centro de atención primaria.

Se han recogido los factores de riesgo de osteoporosis, la realización de DO y su resultado, el empleo de otro tipo de pruebas complementarias (marcadores de remodelado óseo o radiografías) y el tipo de tratamiento prescrito.

Resultados

De las 409 historias revisadas, en 64 casos (15,6%; intervalo de confianza [IC] del 95%, 12,1-19%) se encontraba registrado el diagnóstico de osteoporosis. Entre éstos, sólo en 6 (9,3%; IC del 95%, 2,2-16,4%) existían datos que justificaban el diagnóstico siguiendo los criterios de la Organización Mundial de la Salud¹⁴. El diagnóstico había sido realizado por el médico de cabecera en 6 casos (9,3%; IC del 95%, 2,2-16,4%) y en el resto eran diagnósticos inducidos por otros médicos.

La distribución de los factores de riesgo se expone en la figura 1. De las 125 mujeres que tenían factores de riesgo de osteoporosis y, por tanto, indicación de DO, sólo en 12 (9,6%; IC del 95%, 4,5-14%) se había realizado una DO. Se considera que la DO está indicada cuando existe alguno de los factores de riesgo que se exponen en la tabla 1^{13,14}.

Se había realizado un total de 29 DO. En 17 casos (58,6%; IC del 95%, 41,6-76,5%) no constaban criterios de indicación y 5 habían sido solicitadas por el médico de cabecera (17,2%).

De las DO realizadas, 6 (20,6%; IC del 95%, 5,9-35%) eran patológicas.

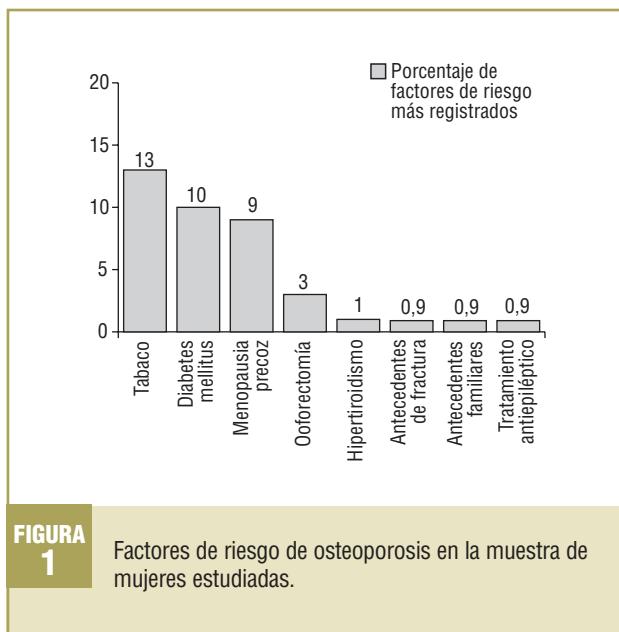


FIGURA 1

Factores de riesgo de osteoporosis en la muestra de mujeres estudiadas.



FIGURA 2

Distribución de los tratamientos prescritos.

En 5 casos (1,2%; IC del 95%, 0,2-2,2%) se habían solicitado marcadores de remodelado óseo y 18 (4,4%; IC del 95%, 2,4-6,3%) tenían una radiografía con criterios de osteoporosis. Ante esta sospecha radiológica de osteoporosis, en un caso se había efectuado una DO para tratar de confirmar el diagnóstico (5,5%).

Respecto a la prescripción terapéutica, en 3 casos (0,7%; IC del 95%, 0,2-1,1%) había constancia en la historia sobre recomendaciones dirigidas a la prevención de caídas o consejos sobre la dieta.

Un total de 81 mujeres (19,8%; IC del 95%, 15,9-23,6%) estaba tomando tratamiento farmacológico, de las cuales 75 (92,5%; IC del 95%, 86,7-98,2%) no reunían criterios para su indicación. Se considera que está indicado prescribir tratamiento cuando está presente alguno de los criterios que se exponen en la tabla 2 y 3.

La proporción de los tratamientos prescritos se observan en la figura 2.

Respecto al seguimiento de los pacientes con una DO hecha, en 6 casos (con tratamiento) se había repetido la prueba (20,6%). En 5 pacientes, el período transcurrido era inferior a 2 años.

Discusión

La proporción de mujeres con factores de riesgo a las que se ha practicado una DO es baja, dato que sugiere que la sensibilización respecto a este tema es escasa, al igual que ocurre en otros centros de atención primaria^{11,15}.

El uso de la DO es mejorable ya que sólo en el 41,3% la prueba estaba bien indicada. Probablemente, la causa es una falta de formación. Algunos estudios demuestran que tras la implantación de programas específicos de formación en osteoporosis, este indicador mejora¹².

Respecto a la actitud terapéutica, destaca la falta de información a las pacientes sobre las medidas destinadas a incrementar la ingesta de calcio en la dieta y a prevenir las caídas como medio de evitar fracturas. La causa del bajo nivel de registro podría ser la falta de difusión de la guía de la semFYC o la ausencia de un protocolo de actuación en osteoporosis aceptado por los miembros del equipo que facilitara el registro de los datos. La indicación de tratamiento farmacológico es mejorable, ya que

TABLA 1 Indicaciones de densitometría ósea

1. Mujeres menopáusicas con alguno de los siguientes factores de riesgo:
 - Historia familiar de osteoporosis/fractura de cadera
 - Menopausia precoz (< 45 años)
 - Ooforectomía bilateral antes de la menopausia fisiológica
 - Amenorrea > 1 año en el período premenopáusico
 - Índice de masa corporal bajo (< 19 kg/m²)
 - Tabaquismo
2. Antecedentes de fractura por fragilidad después de los 45 años
3. Tratamiento prolongado con corticoides (≥ 5 mg/día durante 6 meses o más), antiepilepticos o litio.
4. Enfermedades que afecten al metabolismo óseo: anorexia nerviosa, diabetes mellitus, malabsorción, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo primario, hipogonadismo, síndrome de Cushing, prolactinoma, insuficiencia renal crónica, inmovilización prolongada o enfermedad inflamatoria intestinal crónica
5. Sospecha radiológica de osteoporosis
6. Monitorización del tratamiento farmacológico de la osteoporosis

TABLA
2Criterios de tratamiento en posmenopausia
(hasta los 65 años)

Fractura	T-score	Riesgo de fractura	Actitud
Vertebral	< -1 DE	+++	Tratar
No vertebral por trauma leve	< -1 DE	+++	Tratar (discutible a partir de qué t-score)
No	< -2,5 DE	+++	Tratar
No	-2,5 y -1 DE	+	Si < 60 años y antecedente familiar de osteoporosis y DMO < -2 DE valorar tratar como prevención.
No	> -1 DE	+	No tratar

TABLA
3Criterios de tratamiento en posmenopausia
(> 65-70 años)

Fractura	T-score	Riesgo de fractura	Actitud
Vertebral o cadera	Sea cual sea	++++	Tratar si la calidad de vida es aceptable
Otras	< -1 DE	+++	Tratar si la calidad de vida es aceptable
No	< -1 DE	+++	Tratar si la calidad de vida es aceptable
No	> -1 DE y osteoporosis por t-score	+	No tratar
No	> -1 DE y osteopenia por t-score	+	No tratar

de las 81 (19,8%) pacientes que estaban tomando fármacos para la osteoporosis, sólo 6 (1,4%) presentaban datos que justificaban su indicación. En este sentido, está prevista la realización de sesiones formativas en nuestra ABS respecto al tratamiento de la osteoporosis en nuestro centro.

El abordaje de la osteoporosis en nuestro centro, tanto respecto al diagnóstico como al tratamiento, es insuficiente y revela la necesidad de implantar un programa tanto de formación como de seguimiento. El hecho de que existan datos sobre la eficacia de estos programas apoya esta acción y, dado que la osteoporosis es una afección cada vez más

frecuente debido al envejecimiento progresivo de la población, se justifica que los médicos de atención primaria debamos ser competentes en su manejo.

Bibliografía

1. Cranney A, Coyle D, Pham BA, Tetroe J, Wells G, Jolly E, et al. The psychometric properties of patient preferences in osteoporosis. *J Rheumatol* 2001;28:132-7.
2. Díaz Curiel M, García JJ, Pérez Cano R, Rapado A, Álvarez Sanz C. Prevalence of osteopenia in spanish female population. European Congress on Osteoporosis (abstract book). *Osteoporos Int* 1998;8(Suppl 3):S66.
3. Kenobel H, Díez A, Arnau D, Alier A, Ibáñez J, Campodarve I. Secuelas de la fractura osteoporótica de fémur en Barcelona. *Med Clin (Barc)* 1992;98:441-4.
4. Liberman VA, Weiss SR, Broll J. Effect of oral alendronate on bone mineral density and the incidence of fracture in postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med* 1995;333:1437-43.
5. Bush TL, Wells HB, James MK. Effects of hormone therapy on bone mineral density: results from the PEPI trial. *JAMA* 1996;276:1389-96.
6. McClung MR, Geusens P, Miller PD, Zippel H, Bensen WG, Roux C, et al. Effect of risedronate on the risk of hip fracture in elderly women. *N Engl J Med* 2001;344:333-40.
7. The Swedish Council On Technology Assessment In Health Care (SBU). Bone density measurement: a systematic review. *J Intern Med* 1997;241(Suppl 739):
8. McClung MR. Clinical risk factors and evaluation of the risk of osteoporosis in clinical practice. *Ann Med Intern* 2000;151:392-8.
9. Taggart H. Audit in osteoporosis. *Osteoporos Int* 1996;2:S28-9.



Lo conocido sobre el tema

- La formación del médico en el manejo de la osteoporosis es bien aceptada y mejora su práctica clínica.

Qué aporta este estudio

- Existe un bajo cumplimiento de la guía semFYC de diagnóstico de osteoporosis en atención primaria.
- El registro de los factores clave para la prevención y el manejo no está asumido en algunos centros de atención primaria y ello parece extensible a la atención primaria.

10. Romagnoli E, Colangeli I, Minisola S. Awareness, attitudes and opinions on osteoporosis of primary care physicians working in the metropolitan area of Rome: a brief report. *Aging (Milano)* 2000;12:240.
11. Papa LJ, Weber BE. Physician characteristics associated with the use of bone densitometry. *J Gen Intern Med* 1997;12:781-3.
12. Stock JL, Waud CE, Coderre JA, Overdorf JH, Janikas JS, Heiniluoma KM, et al. Clinica reporting to primary care physicians leads to increased use and understanding of bone densitometry and affects the management of osteoporosis. A randomized trial. *Ann Intern Med* 1998;128:996-9.
13. Espallagues M, Estrada MD, Sola M, Sampietro-Colom L, Del Río L, Granados A. Guia per a la indicació de la densitometria óssea en la valoració del risc de fractura. Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. BR99005. Juny 1999.
14. Grupo Osteoporosis De La SEMFYC. Osteoporosis. Guía de abordaje. Recomendaciones SEMFYC. Barcelona: EdiDe, 2000.
15. Aragonès R, Orozco P. Grupo de Osteoporosis Societat Catalana de Medicina. Abordaje de la osteoporosis en la atención primaria en España (estudio ABOPAP-2000). *Aten Primaria* 2002;30:350-6.