

GUÍA PARA LA INDICACIÓN DE LA DENSITOMETRÍA ÓSEA EN LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE FRACTURA

M. ESPALLARGUES*, M.D. ESTRADA*, M. SOLÀ**,
L. SAMPIETRO-COLOM*, L. DEL RÍO** Y A. GRANADOS*

* AGÈNCIA D'AVALUACIÓ DE TECNOLOGIA I RECERCA MÈDIQUES
(AATM). BARCELONA. ** CETIR CENTRE MÈDIC. BARCELONA.

PRESENTACIÓN

Hay controversia en relación al uso de la densitometría ósea (DO) para predecir fracturas en programas de cribaje poblacional, debido a su poca capacidad para disminuir entre quién se fracturará y quién no en una población sin un riesgo alto de fractura.

OBJETIVOS

- 1) Evaluar la utilidad clínica de la DO para predecir fracturas osteoporóticas.
- 2) Identificar los factores de riesgo (FR) de fractura relacionados o no con una disminución de la masa ósea (MO), y describir su riesgo asociado de fractura.
- 3) Clasificar los FR de fractura relacionados con una MO baja de acuerdo con la magnitud del riesgo asociado de fractura.
- 4) Proponer una guía para indicar DO en la valoración del riesgo de fractura.

MÉTODO

El método empleado en este estudio ha sido la revisión sistemática de la literatura. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de revistas biomédicas, así como búsquedas manuales. Dos evaluadores independientes han publicado los criterios de selección previamente establecidos y han valorado la calidad metodológica de los estudios. La extracción de datos se ha realizado mediante un protocolo estandarizado y se han resumido en forma de tablas de evidencia. Para el análisis y síntesis de la evidencia se han utilizado métodos cualitativos (metaanálisis). Los FR se han clasificado en cuatro grupos de acuerdo con la magnitud del riesgo asociado de fractura: riesgo elevado, riesgo

moderado, no riesgo y aquellos no clasificables por falta de evidencia científica o por ser contradictoria.

RESULTADOS

- 1) A pesar de que una baja MO se ha asociado a un mayor riesgo de fractura (riesgo relativo entre 1,5 y 2,8; $p < 0,05$), la DO tiene poca capacidad para discriminar, en personas que no tienen un riesgo alto de fractura, quién se fracturará y quién no.
- 2) Se han identificado unos 100 FR de fractura relacionados con una disminución de la Mo y unos 80 factores no relacionados, a partir de 94 estudios de cohorte, 72 estudios caso-control y un ensayo clínico controlado y aleatorizado.
- 3) Se pueden considerar FR elevado por fractura: mayor edad (más de 70-80 años), bajo peso corporal (índice de masa corporal inferior a 20-25 kg/m² o peso inferior a 40 kg), pérdida de peso, inactividad física, consumo de corticosteroides y de anticonvulsivos. Aunque es poca la evidencia, también se han clasificado en este grupo los siguientes factores, porque los resultados de riesgo son importantes y consistentes: diabetes mellitus tipo I, hiperparatiroidismo primario, anorexia nerviosa, anemia perniciosa y gastrectomía. La fractura osteoporótica previa también se puede considerar asociada a un alto riesgo de fractura.
- 4) Un 15% de los FR de fractura identificados se han incluido en el grupo de alto riesgo, un 18% en el de riesgo moderado y un 8% ha mostrado riesgos cercanos a la unidad o incluso protectores (< 1 por ejemplo, el consumo de té y de diuréticos tiazídicos). Casi un 60% de los FR no pudieron ser clasificados. Además, algunos estudios observan que a mayor número de

FR presentes (relacionados o no con una disminución de la MO) mayor es el riesgo de fracturarse.

- 5) Los resultados anteriores han permitido elaborar una guía para indicar la DO en la valoración del riesgo de fractura, que tiene en cuenta tanto la clasificación de los Fr como el número de factores concomitantes en una persona.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 1) La evidencia científica disponible es insuficiente para recomendar la DO para el cribaje poblacional u oportunístico de personas asintomáticas (sin fracturas osteoporóticas previas), incluyendo el cribaje de mujeres menopáusicas. Se pueden beneficiar de la DO aquellas personas con un alto riesgo de fractura al presentar de forma concomitante diversos factores de riesgo de fractura relacionados con una disminución de la MO.
- 2) Considerando el coste-oportunidad de cada actuación sanitaria, la estrategia más eficiente en la provisión de la DO sería la dirigida a los grupos de riesgo identificados en la guía elaborada.
- 3) La osteoporosis (pérdida excesiva de MO) es un factor más entre diversos FR de fractura, por lo cual la prevención de fracturas necesita un abordaje asistencial integral de las personas de riesgo y un esfuerzo intersectorial.
- 4) Es necesaria más investigación sobre el papel que desempeñan factores identificados como no clasificables, sobre la utilidad clínica de la DO para la predicción de fracturas en aquellos grupos poblacionales que presentan un riesgo de fractura elevado y sobre el impacto de la combinación de diferentes tipos y número de FR en la aparición de fracturas.