

# Adecuación del diagnóstico de osteoporosis en una consulta de Atención Primaria en el medio rural

Señor editor:

La osteoporosis es un proceso asociado principalmente a la deprivación hormonal de la menopausia y a la edad. Las manifestaciones de esta enfermedad son las fracturas óseas por fragilidad<sup>1</sup>. Su prevención es necesaria como estrategia de salud en mujeres posmenopáusicas, hombres mayores de 70 años y pacientes con enfermedades predisponentes<sup>2,3</sup>.

Para evaluar el riesgo de fractura por osteoporosis, se utiliza habitualmente una prueba conocida como densitometría ósea (DEXA). Es una técnica especializada, que se emplea para medir la densidad mineral del hueso<sup>4</sup>. Para seleccionar las/los pacientes con un riesgo elevado de fractura, no solo se deben tener en cuenta los resultados de la DEXA, sino también los factores de riesgo de fractura relacionados con la osteoporosis<sup>5</sup>.

Se valoró la adecuación y la oportunidad en el diagnóstico del riesgo de fractura por fragilidad debida a la osteoporosis en una consulta de Atención Primaria en el medio rural. Para ello se utilizó el FRAX, una herramienta predictiva de fracturas por osteoporosis. A partir del riesgo de fractura global calculado por el FRAX, se tomarían decisiones sobre el diagnóstico y posible inicio del tratamiento<sup>6-8</sup>.

La evaluación de la adecuación y la oportunidad en el diagnóstico de la osteoporosis previamente recogido en la historia clínica se hizo a través de una auditoría propia o *self-audit*, con hombres y mujeres posmenopáusicas con un diagnóstico previo de osteoporosis y/o tratamiento para la misma. Se utilizó la herramienta FRAX en el momento de la consulta. Se informó a los/las pacientes del objetivo, propósito y uso de los datos recogidos. Antes de llevar a cabo la *self-audit*, se evaluó si el diagnóstico y el tratamiento de la osteoporosis habían sido adecuados. Posteriormente, basándose en los resultados del FRAX y en el criterio clínico, se ajustó la estrategia de diagnóstico y tratamiento.

Los resultados previos a la *self-audit* se describen en la **tabla 1**. Se pudo comprobar que se había solicitado una DEXA al 35% (n = 10). De estos, se diagnosticó de osteoporosis al 70% (n = 7) y se trató al 90% (n = 9). Por otro lado, se evidenció que no se había solicitado DEXA en el 64% de los casos (n = 18). De estos, se diagnosticó y se trató de osteoporosis al 61% (n = 11).

Como resultados de la *self-audit* (**figura 1**), podemos decir que 14 casos presentaban FRAX bajo (50%), al revisar su historia clínica

(HC) se encontró que a 6 se les había solicitado DEXA y que a 10 se les indicó tratamiento para la osteoporosis. De los 7 casos con FRAX intermedio (25%), al revisar su HC, se encontró que a 3 no se les hizo DEXA, pero se trató a 4 pacientes. Y de los 7 pacientes que presentaban FRAX alto (25%), al revisar su HC, se observó que no se había solicitado DEXA para ninguno de ellos. En este escenario podemos decir que se diagnosticó adecuadamente al 53% de los casos (n = 15) y se indicó el tratamiento apropiado al 39% (n = 11).

De acuerdo con los resultados encontrados, nos deberíamos plantear si la toma de decisiones en el diagnóstico y el tratamiento de la osteoporosis basándonos solo en la DEXA es una práctica adecuada, ya que, según el método aplicado, existe una parte de la muestra en la que hacer una DEXA realmente no modifica la actuación final en estos pacientes. Esto nos recuerda que factores como la carga genética y los antecedentes personales o familiares tienen gran peso en el riesgo de fractura y son aspectos que no se pueden evaluar únicamente con la DEXA<sup>9</sup>. Aun así, no debemos olvidar que el FRAX tiende a infraestimar el riesgo de fractura por osteoporosis en la población española, por lo tanto, los pacientes en el límite entre riesgo bajo y moderado tendrían que ser evaluados con mayor cautela aplicando el criterio clínico<sup>10</sup>.

Estos resultados hacen pensar que existe un diagnóstico del riesgo de fractura por osteoporosis y un tratamiento inadecuado. Además, la eficiencia en el abordaje y la seguridad de los tratamientos de este problema de salud de gran magnitud y de alta prevalencia se deberían orientar hacia unos procedimientos integrales sencillos. Una coordinación entre los niveles asistenciales implicados alcanzaría seguridad, continuidad, adecuación y eficiencia suficientes para obtener los máximos niveles de calidad asistencial exigibles.

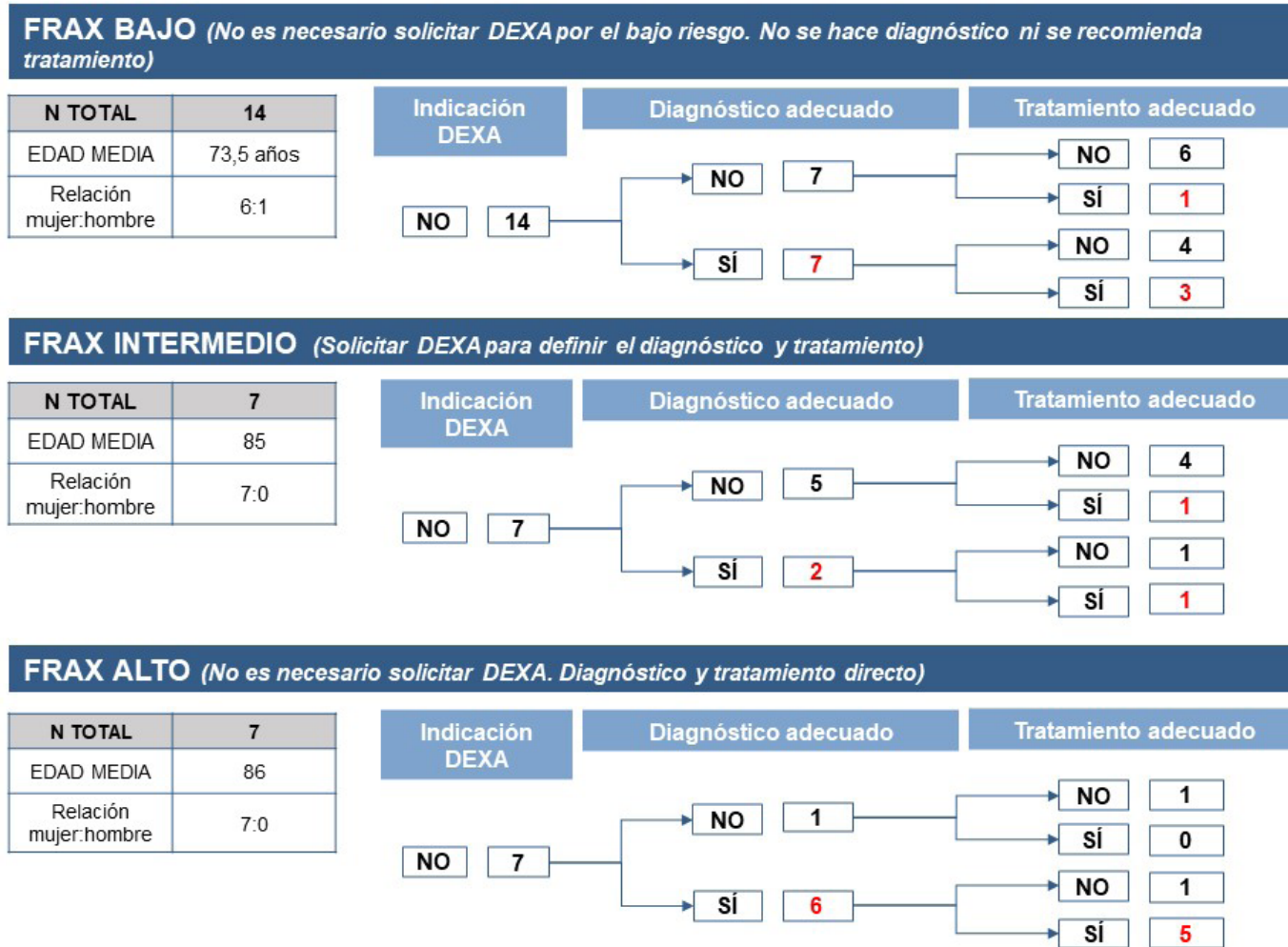
**Tabla 1.** Revisión de la historia clínica de los casos previa a la *self-audit* (número de casos)

SE SOLICITÓ DENSITOMETRÍA:							
SÍ				NO			
10				18			
SE HIZO DIAGNÓSTICO DE OSTEOPOROSIS:							
SÍ		NO		SÍ		NO	
7		3		11		7	
SE INDICÓ TRATAMIENTO PARA OSTEOPOROSIS:							
SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
6	1	3	—	9	2	2	5



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

Figura 1. Self-audit para evaluar la adecuación y la oportunidad en el diagnóstico de la osteoporosis previamente recogido en la historia clínica (número de casos)



En rojo se resalta el número de casos en los que el diagnóstico y el tratamiento se consideraron correctos

Alejandro Alonso Hernán<sup>a</sup>, Ana Cecilia Marín-Guerrero<sup>b</sup>, Gerardo Ávila-Martín<sup>b</sup> y José Félix Sastre-García<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Toledo (España)

<sup>b</sup>Unidad de Apoyo a la Investigación. Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Toledo (España)

<sup>c</sup>Centro de Salud Los Navalmorales. Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina (SESCAM). Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Toledo (España)

**Correo electrónico:**

Gerardo Ávila Martín. gavila@sescam.jccm.es

**BIBLIOGRAFÍA**

- Valero ML, Vaamonde JG, Martínez SB, de la Higuera López-Frías M. Osteoporosis. *Medicine*. 2018;12(69):4062-74.
- Black DM, Rosen CJ. Clinical practice. Postmenopausal osteoporosis. *N Engl J Med*. 2016;374(3):254-62.
- Abella CC, Laguna DM. Fractura aplastamiento vertebral por fragilidad. *FMC - Form Médica Contin Aten Primaria*. 2020;27(7):320-8.
- Densitometría ósea: Una prueba predictiva. [Internet]. SEGG. 2012 [citado el 10 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.segg.es/ciudadania/2012/03/26/densitometria-osea-una-prueba-predictiva11>.
- Orueta R, Gómez-Caro S. Interpretación de la densitometría ósea. *Semergen*. 2010;36(1):27-30.
- Kanis JA, Harvey NC, Johansson H, Odén A, Leslie WD, McCloskey EV. FRAX update. *J Clin Densitom*. 2017;20(3):360-7.
- Kanis JA, Harvey NC, Johansson H, Liu E, Vandenput L, Lorentzon M, et al. A decade of FRAX: how has it changed the management of osteoporosis? *Aging Clin Exp Res*. 2020;32(2):187-96.
- Vandenput L, Johansson H, McCloskey EV, Liu E, Åkesson KE, Anderson FA, et al. Update of the fracture risk prediction tool FRAX: a systematic review of potential cohorts and analysis plan. *Osteoporos Int*. 2022;33(10):2103-36.
- Reumahealth. La densitometría ósea y el riesgo real de fractura. [Internet]. Reumahealth. 2022 [citado el 14 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://reumahealth.com/la-densitometria-osea-y-el-riesgo-real-de-fractura/>
- Gómez-Vaquero C, Fábregas-Canales D, Seoane-Mato D, Sánchez-Piedra C, Díaz-González F, Bustabad-Reyes S, et al. Valoración del riesgo de fractura en población general en España mediante el algoritmo FRAX®: Estudio EPISER2016. *Med Clin (Barc)*. 2020;154(5):163-70.