



CONCLUSIONES

PRIMOSTEO, Proyecto Piloto

- Los antecedentes familiares de fractura aparecen en una de cada 10 mujeres, por tanto es una cuestión muy importante a considerar, aunque en la muestra estudiada no tiene repercusión de forma estadísticamente significativa en la toma de decisión terapéutica.
- El tabaco y el alcohol tienen poca influencia en el riesgo de osteoporosis y fractura osteoporótica de estas mujeres.
- Dos tercios de la muestra confiesa sedentarismo.
- Casi la mitad de la muestra presenta ingesta baja de calcio.
- Una cuarta parte de las mujeres presentan una disminución de su altura con una media de alrededor de 1 cm.
- La cifosis es un problema frecuente que afecta a una quinta parte de la muestra y además influye en nuestra decisión terapéutica.
- Casi el 20 % han tenido alguna caída y más de un 15 % tienen que ayudarse con los brazos para levantarse de la silla, traduciendo un cierto grado de inestabilidad y mayor riesgo de fractura.
- Una tercera parte presentan osteopenia radiológica y un 10 % fracturas-aplastamiento vertebrales.
- Casi el 20 % tiene antecedentes personales de fractura osteoporótica, siendo la más frecuente la de colles seguida de la de cadera.
- Menos del 8 % de mujeres tienen realizada densitometría accesible a su médico general o de familia.
- El riesgo medio de osteoporosis y fractura osteoporótica mayor es alto (media del 13.6 %) y el de fractura de cadera también (casi 5 %), especialmente teniendo en cuenta que ya una cuarta parte han padecido alguna fractura.
- El 42 % no sigue ningún tratamiento para la osteoporosis (grupo de tratamiento 0), el 20 % sólo calcio o vitamina D (grupo de tratamiento 1), y en el 38 % bifosfonatos y otros tratamientos específicos para la osteoporosis (grupo de tratamiento 2).
- Los factores que más influyen en el tipo de tratamiento recibido son: Edad, peso e IMC, existencia de cifosis, antecedentes personales de fracturas osteoporóticas previas, detección de osteoporosis radiológica y fracturas-aplastamientos vertebrales, el mayor riesgo de fractura de cadera, presentar artritis reumatoide, y tomar corticoides.
- Factores como la pérdida de altura y peso, los antecedentes familiares de fractura osteoporótica, el sedentarismo, el bajo consumo de calcio, la edad de la

menopausia y los periodos de amenorrea, el uso de los brazos para levantarse de la silla, la existencia y número de caídas en el último año, así como el sedentarismo, pese a ser factores de riesgo de osteoporosis reconocidos, no parecen estar incluidos en la toma de decisión de la prescripción de tratamiento.

- La probabilidad a 10 años de fractura osteoporótica mayor y de fractura de cadera en el grupo de tratamiento 0 es de 10.7 y 3.6, para el tratamiento 1 de 19.2 y 5.6, y para el tratamiento 2 de 13.9 y 5.9 % respectivamente, llamando la atención el mayor riesgo del grupo de tratamiento 1, siendo esta diferencia estadísticamente significativa para la fractura de cadera, e indicando que en este grupo se mezclan pacientes con un mayor riesgo que podrían estar infratratadas, aunque seguramente el tratamiento en estos casos se adapta más a la existencia de fracturas previas y al valor de la densitometría (cuando se realiza) que a cuestiones más intangibles como el cálculo del riesgo.
- En términos globales, la adecuación del tratamiento es alta, de un 89 %, aunque en el grupo de tratamiento 2 hay un 30 % de pacientes que no cumple ningún criterio, lo cual habla de un sobretratamiento, justificando la mayor parte de la inadecuación global.
- El criterio que menor adecuación presenta al tratamiento en todos los grupos es la probabilidad a los 10 años de fractura de cadera. En el resto de los criterios la adecuación es alta, sobre todo en el grupo que no recibe tratamiento para la osteoporosis así como en el grupo tratado con calcio o vitamina D.
- El grado de adecuación es mayor cuanto mayor es la edad, mayor probabilidad a los 10 años de fractura de cadera, menores valores de densitometría, y mayor presencia de fracturas-aplastamientos vertebrales.
- Es preciso profundizar en la evaluación del riesgo global para pautar un tratamiento adecuado a la situación clínica real de los pacientes, evitando así valoraciones más parciales e incompletas de los factores de riesgo de osteoporosis.

Carlos Bastida Calvo

Investigador principal del PRIMOSTEO

Pilar Rodríguez Ledo

Responsable del Grupo de MAI de SEMG