

Conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Alerta epidemiológica. Infección por virus Zika, 7 de mayo de 2015 [consultado 6 Feb 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1IMMCOT>.
2. Portal da Saúde. Novos casos suspeitos de microcefalia são divulgados pelo Ministério da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 12 de enero de 2016 [consultado 6 Feb 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1Kc2H6s>.
3. Ministério da Saúde. PORTARIA N.º 1.813, de 11 de novembro de 2015. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil [consultado 6 Feb 2016]. Disponible en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1813_11_11_2015.html.
4. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre la primera reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre el virus del Zika y el aumento de los trastornos neurológicos y las malformaciones congénitas, 1 de febrero de 2016. [consultado 6 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/es/>.
5. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Consideraciones provisionales sobre la infección por el virus Zika en mujeres gestantes: documento destinado a profesionales de la salud. Montevideo 2016 [consultado 6 Feb 2016].

Disponible en: <http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Consideraciones%20provisionales%20sobre%20la%20infeccion%20por%20el%20virus%20zika%20en%20mujeres%20gestantes.pdf>.

6. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Alerta epidemiológica. Síndrome neurológico, anomalías congénitas e infección por virus Zika. Implicaciones para la salud pública en las Américas, 1 de diciembre de 2015 [consultado 6 Feb 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1UnDkUQ>.
7. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Vigilancia de virus Zika (ZIKV) en las Américas: Recomendaciones provisionales para la detección y diagnóstico por laboratorio, 29 de junio de 2015 [consultado 6 Feb 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1SHFcdn>.

C.I. Sánchez Carnerero^a y A. Alcántara Montero^{b,*}

^a *Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España*

^b *Centro de Salud José María Álvarez, Don Benito, Badajoz, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: a.alcantara.montero@hotmail.com (A. Alcántara Montero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.02.010>
1138-3593/

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Prevención secundaria de las fracturas osteoporóticas. ¿Lo hacemos bien?



Secondary prevention of osteoporotic fractures. How well are we doing?

Sr. Director:

La osteoporosis es una enfermedad frecuente con un impacto enorme en la salud pública debido a la gran morbi-mortalidad y a la repercusión sobre la calidad de vida que suponen las fracturas, además de conducir a un gasto sanitario muy elevado. El objetivo principal de su abordaje es evitar la aparición de fracturas osteoporóticas, por lo que es importante dedicar los esfuerzos a diagnosticar y tratar a los individuos que más riesgo tienen de sufrir este tipo de fracturas.

El antecedente de haber presentado cualquier tipo de fractura osteoporótica está relacionado con un aumento de riesgo para una nueva¹. El alto riesgo que presentan estos individuos está reflejado en las principales guías de osteoporosis, las cuales recomiendan tratamiento incluso sin necesidad de realizar una DXA para valorar la densidad mineral ósea².

Se evaluó la actitud terapéutica en una muestra de individuos con sospecha de osteoporosis remitidos desde

diferentes ámbitos asistenciales para la realización de una prueba de densitometría ósea por DXA axial en el Complejo Asistencial Universitario de León. Se incluyeron individuos de entre 40 y 90 años de edad con fractura previa que no habían recibido anteriormente tratamiento con antiosteoporóticos. Como fractura previa osteoporótica se consideraron aquellas ocurridas en la vida adulta de manera espontánea, o las causadas por un traumatismo de baja energía.

Se incluyeron 82 individuos con antecedentes de fractura osteoporótica previa, de los cuales recibió tratamiento solo el 63%. El empleado principalmente fueron los bifosfonatos en un 84,6% de los casos. Los individuos con fractura osteoporótica que recibieron tratamiento tenían un peor T-score en columna lumbar y en cuello femoral, con más casos de osteoporosis densitométrica a nivel lumbar y femoral y menos peso en comparación con los que no recibieron tratamiento (tabla 1).

A pesar de que los individuos que ya han tenido una fractura osteoporótica son los que más riesgo tienen de padecer otra, no fueron tratados en su totalidad en nuestra muestra. Este dato, aunque decepcionante, no sorprende ya que casi 25 años después de disponer de los bifosfonatos como antiosteoporóticos, la gran mayoría de los individuos que presentan fracturas por fragilidad a nivel mundial no reciben ni evaluación ni tratamiento para reducir el riesgo de una segunda fractura³.

Algunos de los problemas identificados son las preocupaciones de los costes con respecto al diagnóstico y

Tabla 1 Características de los individuos de la muestra con fractura osteoporótica previa

	Recibió tratamiento		p
	Sí	No	
Edad (años)	66,4 (63,5; 69,3)	63,8 (59,2; 68,4)	0,3
Talla (cm)	156,4 (154,0; 159,0)	158,4 (154,5; 162,3)	0,4
Peso (kg)	61,2 (58,0; 64,4)	67,4 (64,4; 71,4)	0,019
IMC (kg/m ²)	25,1 (23,8; 26,4)	27,0 (25,3; 28,6)	0,2
T-score en la columna lumbar	-2,3 (-1,9; -2,8)	-1,3 (-0,8; 1,8)	0,001
T-score en el cuello femoral	-2,0 (-1,8; -2,3)	-0,9 (-1,2; -1,7)	0,002
Osteoporosis de cadera (n)	16	0	0,001
Osteoporosis lumbar (n)	25	4	0,002

IMC: índice de masa corporal.

Datos expresados como media (intervalo de confianza del 95%), excepto donde se indica.

el tratamiento, el tiempo necesario para el diagnóstico y la búsqueda de casos, las preocupaciones con respecto a la polimedización y la falta de claridad en cuanto a la responsabilidad clínica⁴.

El cuidado de los enfermos de osteoporosis con fracturas por fragilidad se ha caracterizado como un «Triángulo de las Bermudas» compuesto por traumatólogos, médicos de atención primaria y especialistas para la osteoporosis en el que el paciente con fractura «desaparece»⁵. Además, este problema se ha identificado como una situación de «doble vínculo»⁶. Los traumatólogos realizan el mejor cuidado de la fractura aguda, pero en general no inician la investigación de la causa subyacente de esta, confiando en el equipo de atención primaria para manejar la osteoporosis. Los médicos de atención primaria generalmente no investigan a los pacientes que han presentado recientemente una fractura por fragilidad a menos que se lo indique un especialista. En ausencia de un sistema de búsqueda proactivo de los casos es poco probable que especialistas de osteoporosis como endocrinólogos y reumatólogos interactúen con el paciente con fractura cuando está ingresado, y menos probable si se maneja en el ámbito ambulatorio. Este «ciclo de fractura por fragilidad» debe romperse si se desea reducir la carga social y económica de la osteoporosis. En nuestra muestra, una posible explicación de la falta de prevención secundaria en la totalidad de los individuos puede ser el impacto que sigue teniendo a día de hoy la definición densitométrica de la osteoporosis, por lo que individuos con fracturas por fragilidad por presentar una DMO «normal» se consideran de bajo riesgo y no se trataron, algo que no debería haber influido en la decisión terapéutica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Mitani S, Shimizu M, Abo M, Hagino H, Kurozawa Y. Risk factors for second hip fractures among elderly patients. *J Orthop Sci*. 2010;15:192-7.
- Compston J, Bowring C, Cooper A, Cooper C, Davies C, Francis R, et al. Diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women and older men in the UK: National Osteoporosis Guideline Group (NOGG) update 2013. *Maturitas*. 2013;75:392-6.
- Akesson K, Marsh D, Mitchell PJ, McLellan AR, Stenmark J, Pierroz DD, et al. Capture the fracture: A best practice framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. *Osteoporos Int*. 2013;24:2135-52.
- Elliot-Gibson V, Bogoch ER, Jamal SA, Beaton DE. Practice patterns in the diagnosis and treatment of osteoporosis after a fragility fracture: A systematic review. *Osteoporos Int*. 2004;15:767-78.
- Eisman JA, Bogoch ER, Dell R, Harrington JT, McKinney RE Jr, McLellan A, et al. Making the first fracture the last fracture: ASBMR task force report on secondary fracture prevention. *J Bone Miner Res*. 2012;27:2039-46.
- Chami G, Jeys L, Freudmann M, Connor L, Siddiqi M. Are osteoporotic fractures being adequately investigated? A questionnaire of GP & orthopaedic surgeons. *BMC Fam Pract*. 2006;7:7.
- Kyriakos^{a,b,*}, A. Vidal-Casariago^a, L.V. Quiles-Sánchez^c e I. Cano-Rodríguez^a

^a Sección de Endocrinología y Nutrición, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

^b Departamento de Ciencias Biomédicas, Universidad de León, León, España

^c Centro de Salud Jesús Marín, Molina de Segura, Murcia, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: giorgos6@yahoo.com (G. Kyriakos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.03.006>
1138-3593/
© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.