

La investigación como fuente de sostenibilidad del sistema sanitario en atención primaria

Research as a source of sustainability of the primary care health system

Sr. Director:

Agradecemos sinceramente los comentarios realizados por el Dr. Ortega Marlasca¹ a nuestro editorial «La investigación como fuente de sostenibilidad del sistema sanitario en atención primaria»².

Estamos absolutamente de acuerdo con los mismos y apostamos por la necesaria modificación del status quo actual de la investigación en la atención primaria de nuestro país. Las dificultades son obvias y el reconocimiento de la administración es nulo. Son tiempos de cambio, pero solo las sociedades científicas están en disposición de plantear cambios sustanciales que aboquen a evitar los obstáculos actuales.

Desde SEMERGEN apostamos por el cambio de paradigma, ilusión no nos falta, compromiso tampoco. El tiempo dirá.

Bibliografía

1. Ortega M. La investigación y los intereses de la administración. SEMERGEN. 2013. doi:10.1016/j.semerg.2013.04.007.
2. Llisterri JL, Vergara J. La investigación como fuente de sostenibilidad del sistema sanitario en atención primaria. SEMERGEN. 2013;39:1-2.

J.L. Llisterri Caro^{a,*} y J. Vergara Martín^b

^a SEMERGEN, España

^b Agencia Investigación SEMERGEN, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jlisterri@gmail.com
(J.L. Llisterri Caro).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.06.012>

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.04.007>

Riesgo de fractura según la herramienta FRAX en un centro de atención primaria

Fracture risk according to the frax tool in a primary care centre

Sr. Director:

La osteoporosis es una enfermedad ósea provocada por la disminución global del tejido que lo forma, tanto de las proteínas que constituyen su matriz o estructura como de las sales minerales de calcio que contiene. Como consecuencia de ello, el hueso es menos resistente y más frágil de lo normal, tiene menos resistencia a las caídas y se rompe con relativa facilidad tras un traumatismo, produciéndose fracturas o microfracturas. Su patogenia compleja y multifactorial y en muchos casos la pérdida ósea y el aumento de fracturas están asociados a la edad avanzada. Pueden contribuir factores genéticos para la adquisición del pico de masa ósea, alteraciones del desarrollo y del esqueleto, así como deficiencias en esteroides sexuales en la menopausia. Sobre estos factores pueden añadirse causas secundarias de pérdida ósea como el uso de corticoides u otras enfermedades que afectan al metabolismo óseo. Las fracturas osteoporóticas pueden ocasionar una morbilidad y discapacidad grave, e incluso una elevada mortalidad, sobre todo las fracturas de cadera^{1,2}. Por todo ello, es fundamental poder identificar a los pacientes con un elevado riesgo de fractura, para iniciar una prevención y terapia precoz. A pesar de su importancia, muchos pacientes no son diagnosticados ni tratados, probablemente porque antes de la fractura la enfermedad puede ser asintomática. Debido a que la masa ósea es el principal determinante de la fuerza ósea, su medición se considera un objetivo primordial con la técnica DXA de elección. En el año 2008 la OMS

introdujo la herramienta FRAX basada en la combinación de los factores de riesgo con o sin DXA. La herramienta FRAX permite calcular la probabilidad de fractura de cadera o de fractura osteoporótica mayor (vertebral, clínica, antebrazo, cadera, hombro) en 10 años y así ayudarnos en la toma de decisiones sobre si instaurar o no un tratamiento antirresortivo para la prevención de fracturas. Para el diseño de esta herramienta, se han estudiado cohortes de población de diferentes países y continentes. Su utilización es accesible pues se dispone de un cuestionario *on line* en: <http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?lang=sp>. Los factores de riesgo que han sido validados en este cuestionario son sexo, peso, estatura, fractura previa, antecedentes familiares de fractura de cadera, tabaquismo activo, corticoterapia (más de 5 mg al día de prednisona o equivalente/más de 3 meses), artritis reumatoide, diagnóstico de OP secundaria y alcoholismo (3 o más bebidas). De lo anteriormente expuesto surge el objetivo del presente estudio que es analizar el riesgo de fractura según la herramienta FRAX en los pacientes atendidos en atención primaria. Según La *National Osteoporosis Foundation* (NOF) se considera alto riesgo de fractura si existe un riesgo de fractura de cadera $\geq 3\%$ o de fractura mayor $\geq 20\%$ ³⁻⁵. Para ello se diseñó un estudio descriptivo transversal realizado entre septiembre de 2012 y enero de 2013. Se seleccionó aleatoriamente una muestra de 100 mujeres y 63 hombres que acuden a consulta de su médico de familia por cualquier motivo. Se excluyeron a los que tenían menos de 55 años de edad. A todos los pacientes seleccionados se les aplicó la herramienta FRAX para así calcular su riesgo de fractura mayor y su riesgo de fractura de cadera a los 10 años. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: en el grupo de hombres (n=63) el riesgo medio de fractura mayor fue del $2,15 \pm 1,77\%$ a los 10 años y el riesgo medio de fractura de cadera fue de $0,25 \pm 0,21\%$ a los 10 años. Presentaron un riesgo de fractura de cadera superior al 3% un total de

5 hombres (7,94%). Ninguno presentó un riesgo de fractura mayor superior al 20%. La edad media de los hombres fue $65,67 \pm 6,22$ años y su índice de masa corporal medio fue de $28,59 \pm 4,51$ kg/m². En el grupo de mujeres (n = 100), el riesgo medio de fractura mayor fue del $5,63 \pm 6,14\%$ a los 10 años y el riesgo medio de fractura de cadera fue de $1,73 \pm 3,53\%$ a los 10 años. Presentaron un riesgo de fractura de cadera superior al 3% un total de 16 mujeres (16%). Presentaron un riesgo de fractura mayor superior al 20% un total de 4 mujeres (4%). La edad media de las mujeres fue $65,02 \pm 6,69$ años y su índice de masa corporal medio fue de $28,86 \pm 5,21$ kg/m².

A modo de discusión podemos afirmar que con una herramienta validada y tan sencilla de aplicar como es el FRAX podemos calcular de forma cómoda el riesgo de fractura en nuestros pacientes. En nuestro trabajo destacar que el 16% de las mujeres mayores de 55 años presentan un riesgo de fractura de cadera superior al 3%, por lo que en estos casos deberíamos plantearnos de forma individualizada la necesidad o no de tratamiento. También se obtiene un riesgo de fractura mayor y de cadera significativamente superior en las mujeres respecto a los varones. Las limitaciones que se han señalado para la herramienta FRAX incluyen la falta de validación para ciertas etnias, su no utilidad en pacientes en tratamiento, la utilización en exclusiva de la DMO de cuello femoral y su no aplicación a otras técnicas diferentes a la DXA³⁻⁶. El médico de familia debe valorar el hecho de que esta herramienta es de ayuda pero no suplanta al juicio clínico que debe ser individualizado.

Bibliografía

1. Hawkins F, Martínez G, Guadalix S. Protocolo diagnóstico de la osteoporosis. *Medicine*. 2012;11:989-93.
2. Vondracek SF, Linneburg SA. Diagnosis and management of osteoporosis in the older senior. *Clin Interv in Aging*. 2009;4: 121-36.
3. NOF. Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis 2008. [consultado 4 Mar 2013] Disponible en: <http://www.nof.org/>
4. IOF. [consultado 4 Mar 2013] Disponible en: <http://www.iofbonehealth.org/bonehealth/whos-risk>
5. FRAX Who Fracture risk assessment tool. [consultado 4 Mar 2013] Disponible en: <http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?lang=sp>
6. Kanis JA, on behalf of the WHO Scientific Group. Assessment of osteoporosis at the Primary Health Care Level. 2008 Technical Report. University of Sheffield WHO Colaborating Center: UK; 2008.

F. Martínez Monje, Y. Cartagena Pérez, J.M. Cortés Gálvez, C. Martínez Toldos y M. Leal Hernández*

*Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud
Docente de San Andrés, Murcia, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: arboleja@yahoo.es
(M. Leal Hernández).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.05.006>