

Actualización del Consenso de Osteoporosis de la Sociedad Española de Reumatología: una oportunidad perdida

Update of the consensus on osteoporosis of the Spanish Society of Rheumatology: A lost opportunity

Sr. Editor:

Desde hace unos años estamos viviendo importantes cambios conceptuales en el campo de la osteoporosis. El mejor conocimiento de la epidemiología de las fracturas por fragilidad, de los factores de riesgo más predictivos de las mismas y de la seguridad de los fármacos aprobados, junto con la comercialización de otros nuevos con mecanismos de acción más sofisticados, han provocado un gran cambio en el abordaje de esta patología en todos los países. En este sentido, la Sociedad Española de Reumatología ha promovido la actualización del Consenso de Osteoporosis realizado en el 2006 y publicado en el número de noviembre de esta revista¹, con el objetivo de servir de referencia como ayuda en la toma de decisiones terapéuticas. Somos el país que más fármacos consume para la osteoporosis² y la incidencia de fractura de cadera no ha disminuido en estos años^{3,4}. Por tanto, la elaboración de un documento de consenso por parte de nuestra sociedad con recomendaciones «explícitas» sobre la base de la mejor evidencia disponible y/o «implícitas» apoyadas en el sentido común y la experiencia de los expertos, era a priori una iniciativa necesaria así como una oportunidad única de conseguir el liderazgo en el conocimiento y manejo de esta patología.

Sin embargo, el documento consensuado no cumple con las expectativas que ofrece en su introducción y objetivos, lo que se anuncia como un consenso se convierte en una «reflexión corporativa» para acabar siendo en la discusión una «puesta al día». Pero si avanzamos en la lectura del texto, dejando aparte las consideraciones terminológicas (no menos importantes por implicar diferentes metodologías) el desconcierto va en aumento, las cuestiones fundamentales sobre las que se realizan las recomendaciones, se tratan de forma somera y contradictoria.

A modo de ejemplo, citaremos que, en el apartado de la valoración del riesgo, se habla de factores de riesgo alto y moderado (tabla 1). Se establece como alto riesgo de fractura cuando hay 2 factores de riesgo alto, pero ¿a cualquier edad? A continuación, se postula el FRAX como el instrumento más recomendado para el cálculo del riesgo de fractura, considerando un riesgo de fractura superior al 15% específico de osteoporosis (¿densitométrica?). Acto seguido, se sugiere un perfil de alto riesgo de fractura; un riesgo superior al 20%. ¿Calculado con el FRAX o con qué? Se concluye con la recomendación de la utilización del FRAX cuando nos planteemos la realización de una densitometría o cuando se piense establecer un tratamiento. ¿No será al revés?

En cuanto a la densitometría (DEXA), su indicación se sigue considerando como una recomendación independiente, cuando debería ya estar integrada en la valoración del riesgo⁵. ¿No es el descenso de la densidad mineral ósea un factor de riesgo más, con un gradiente de riesgo conocido y así contemplado en el FRAX?⁶.

Se recomienda como primera indicación de la DEXA la menopausia precoz (considerada por los panelistas factor de riesgo moderado), más un factor de riesgo mayor. ¿Hay que suponer que también valdría otro factor de riesgo moderado como el tabaco? En

el documento no se explica el motivo por el que se escoge este factor en concreto y no otro «moderado», ni se referencia en la bibliografía. Por último, es llamativo, si no preocupante, que la indefinición del consenso lleve a seguir considerando la solicitud por parte del paciente suficiente para la indicación de DEXA.

En lo referente al tratamiento, no solo se indica tratar la osteoporosis densitométrica, también se aconseja tratamiento en mujeres jóvenes con osteopenia «intensa» y factores de riesgo mayor. ¿Qué tratamiento está aprobado para el nuevo término osteopenia «intensa»?

Se establecen recomendaciones de fármacos de primera y segunda línea, pero no se especifica el o los criterios en base a lo cuales se realiza la misma (¿Eficacia? ¿Seguridad? ¿Coste/eficacia?), así como fármacos para prevención y/o tratamiento. Se afirma que «La calcitonina se puede administrar de forma preventiva. . .», mientras que «El raloxifeno se recomienda como segunda línea de tratamiento. . .». ¿En todos los grupos de edad? ¿Qué ha demostrado la calcitonina en prevención que no haya demostrado el raloxifeno?

En fin, podríamos seguir y seguir, porque el «nuevo» Consenso de Osteoporosis de la SER, reflexión corporativa o puesta al día, no recoge, ni siquiera intenta dar respuesta a las incertidumbres a las que los reumatólogos nos enfrentamos día a día en nuestra práctica habitual. Lejos de conseguir la uniformidad en el manejo de nuestros pacientes, invita a la variabilidad y al «todo vale» y nos aleja, una vez más, de ser como especialidad, referentes rigurosos para otras especialidades en esta patología tan prevalente.

Bibliografía

1. Pérez Edo L, Alonso Ruiz A, Roig Vilaseca D, García Vadillo A, Guañabens Gay N, Peris P, et al. Actualización 2011 del consenso Sociedad Española de Reumatología de osteoporosis. *Reumatol Clin.* 2011;7:357-79.
2. Richards M. Extent and causes of international variations in drug usage. A report for the Secretary of State for Health by Professor Sir Mike Richards CBE. Londres: Central Office of Information; 2010.
3. Guerra MM, Rodríguez JB, Puga E, Charle MA, Gómes CS, Prelligero A, et al. Incidencia de la fractura de cadera osteoporótica en Galicia en relación con la dispensación de medicamentos con indicación en su prevención y tratamiento. *Aten Primaria.* 2011;43:82-8.
4. Etxebarria I, Mar J, Arrospide A, Esnal E. ¿De verdad estamos reduciendo las fracturas de cadera? Análisis de la incidencia de fracturas de cadera en la Comunidad Autónoma Vasca. *SEIOMM.* 2010.
5. Kanis JA, Oden A, Johnell O, Johansson H, De Laet C, Brown J, et al. The use of clinical risk factors enhances the performance of BMD in the prediction of hip and osteoporotic fractures in men and women. *Osteoporos Ont.* 2007;18:1033-46.
6. Marshall DA, Johnell O, Wedel H. Meta-analysis of how well measures of bone mineral density predict occurrence of osteoporotic fractures. *BMJ.* 1986;18:1254-9.

M. Pilar Aguado Acín^{a,*} y Mónica Vázquez Díaz^b

^a Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paguado.hulp@salud.madrid.org

(M.P. Aguado Acín).

doi:10.1016/j.reuma.2012.02.004