



## Original

# ¿Diagnosticamos correctamente la osteoporosis postmenopáusica en atención primaria?

Eva Vilaplana Morillo\*, Anna Cruz Esteban, Pilar Carmona García, Emilio Marco Segarra, Mireia Pellicera Mesquida

Área Básica de Salud Sarrià de Ter. Sarrià de Ter. Gerona.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 27 de abril de 2016

Aceptado el 25 de mayo de 2017

On-line el 26 de junio de 2017

#### Palabras clave:

Prevalencia

Densidad ósea

Osteoporosis postmenopáusica

### R E S U M E N

**Objetivo.** Estudiar la prevalencia de osteopenia y osteoporosis en mujeres postmenopáusicas en el Área Básica de Salud (ABS) de Sarrià de Ter desde mayo de 2014 a mayo de 2015.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, transversal, de prevalencia. Se incluyó a 73 mujeres postmenopáusicas entre 49 y 85 años del total de la población, con el diagnóstico N95 de la clasificación CIM-10 en su historia clínica. Se excluyó a las pacientes sin datos clínicos en los últimos dos años, con menopausia iatrogénica, neoplasias activas, éxitus o trasladadas de ABS en el periodo de estudio. Se analizó la edad, el peso, la talla, el índice de masa muscular (IMC) y el consumo de tabaco, diuréticos, corticoides y años de amenorrea. También se tuvo en cuenta si tenían diagnóstico de osteopenia u osteoporosis.

**Resultados.** La prevalencia de la osteoporosis fue de 18 % y la de la osteopenia de 8 %. La media de edad en las mujeres postmenopáusicas con osteoporosis era de 66,3 años; el 53,85 % era menor de 65 años. El 15,4 % de las mujeres habían sido diagnosticadas tras presentar una fractura patológica. El 14,9 % de las pacientes con IMC menor de 25 tenía osteoporosis.

**Conclusiones.** La prevalencia en la alteración de la densidad de mineral ósea (DMO) en nuestras pacientes fue parecida a la del resto de estudios (26 %); un 53,85 % eran menores de 65 años. Por ello insistimos en la necesidad de realizar un correcto diagnóstico/tratamiento así como identificar los factores que contribuyen a mantener la DMO en mujeres postmenopáusicas.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

## Do we correctly diagnose post-menopausal osteoporosis in primary care?

### A B S T R A C T

**Introduction.** To study the prevalence of osteopenia and osteoporosis in post-menopausal women in Sarrià de Ter (Health Area) from May 2014 to May 2015.

**Material and Methods.** Descriptive, cross-sectional prevalence study. 73 post-menopausal women aged 49 to 85 years old, who have a diagnosis of CIM-10 N95 in their medical history,

#### Keywords

Prevalence

Bone density

Postmenopausal osteoporosis

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [evilap124@gmail.com](mailto:evilap124@gmail.com) (E. Vilaplana Morillo).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2017.027>

2254-5506 / © 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

were included from the total population. We excluded patients without clinical data from the last two years, iatrogenic menopause, active malignancies, deaths, or who have moved from the Health Area. We analyzed age, weight, height, BMI, smoking, diuretics, corticosteroids and those suffering from amenorrhea. It also took into account whether they had been diagnosed with osteopenia or osteoporosis.

**Results.** The prevalence of osteoporosis was 18 % and osteopenia 8 %. The average age in post-menopausal women with osteoporosis was 66.3 years, 53.85 % were < 65 years. 15.4 % of women had been diagnosed with a pathological fracture. 14.9 % of patients with a BMI < 25 had osteoporosis.

**Conclusions.** The prevalence in altering the bone mineral density (BMD) in our patients was similar to other studies (26 %), and 53.85 % under 65 years, so we stress the importance of the correct identification, diagnosis and treatment of the factors that contribute to preserve BMD in post-menopausal women.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.  
Published by Ergon Creación, S.A.

## Introducción

La osteoporosis es una enfermedad metabólica ósea definida por la OMS como «masa ósea baja y un deterioro de la microarquitectura del tejido óseo, que conducen a un aumento de la fragilidad del hueso y consecuentemente a un aumento del riesgo de fractura»<sup>8</sup>. La clasificación más empleada es la que reconoce dos tipos de osteoporosis: la idiopática (postmenopáusica o senil) y la secundaria.

En España se estima que la prevalencia de osteoporosis lumbar en mujeres de 45-50 años es de 4,3 %, en las de 50-59 años de 9,1 % y en las de 60-69 años del 40 %<sup>1,5</sup>.

El envejecimiento progresivo de la población en la sociedad occidental ha propiciado que un sector cada vez mayor de la población femenina se encuentre en este rango de edad y presente osteoporosis, lo que sitúa a esta como problema de salud emergente<sup>1,2,8,15</sup>.

Los factores de riesgo clínicos empleados para establecer la probabilidad de fractura incluyen entre otras, edad, sexo, bajo índice de masa corporal (IMC), tratamiento con corticoides, tabaquismo activo y tiempo de amenorrea (Tabla 1)<sup>9,15</sup>.

Según la Guía ESCEO 2007 el diagnóstico de la osteoporosis se tiene que realizar mediante la historia clínica y la exploración física, junto con una analítica que incluya parámetros de remodelado óseo de resorción (telopéptidos colágeno tipo I, piridinolina, deoxipiridinolina, catepsina K, beta-CTx y alfa-CTx en orina) y de formación (fosfatasa alcalina total y ósea, osteocalcina, péptidos del colágeno I en sangre), radiografía lateral de columna dorsal y lumbar, la absorciometría dual con rayos X (DXA) y el índice FRAX® (algoritmo ideado por la OMS que, valorando factores de riesgo, calcula el riesgo absoluto de sufrir cualquier fractura osteoporótica y de cadera en los próximos 10 años)<sup>3,15</sup>.

El médico de familia es quien tiene un papel fundamental en el control y seguimiento de las pacientes menopáusicas, pero existen datos que sugieren que su sensibilidad frente a esta patología es escasa<sup>4</sup>.

En el siguiente estudio nuestro objetivo principal es conocer la prevalencia de la osteoporosis en un Área Básica de Salud y valorar los factores de riesgo para establecer la probabilidad de fractura; como objetivo secundario, saber si estas mujeres están correctamente diagnosticadas.

## Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo, de diseño transversal, realizado en el Área Básica de Salud de Sarrià de Ter desde mayo de 2014 a mayo de 2015 mediante la inclusión de mujeres de 49 a 85 años del total de la población con el diagnóstico N95 de la clasificación CIM-10 (“otros trastornos menopáusicos, menopausia”). Cabe decir que se excluyó a 5 pacientes: tres por no presentar datos clínicos en los últimos dos años, una por padecer neoplasia activa y otra por estar afectada por una menopausia iatrogénica. (Fig. 1)

En nuestro estudio se ha producido un sesgo de selección, puesto que se han seleccionado únicamente las mujeres que tuvieran el diagnóstico N95 de la CIM-10 (“otros trastornos menopáusicos, menopausia”) introducido en su historia clínica, lo que compromete la validez externa del mismo.

La muestra definitiva fue de 73 mujeres.

Las variables del estudio fueron la edad medida en años, el peso en kilogramos, la talla en metros, el IMC, el consumo de tabaco (superior a 10 cigarrillos/día en el último año), la toma de diuréticos y corticoides y los años de amenorrea.

Los valores analíticos y patológicos de las pacientes se obtuvieron a través de la historia clínica del Área Básica de Salud (ABS). Los datos se procesaron y analizaron mediante las funciones estadísticas de Microsoft Excel.

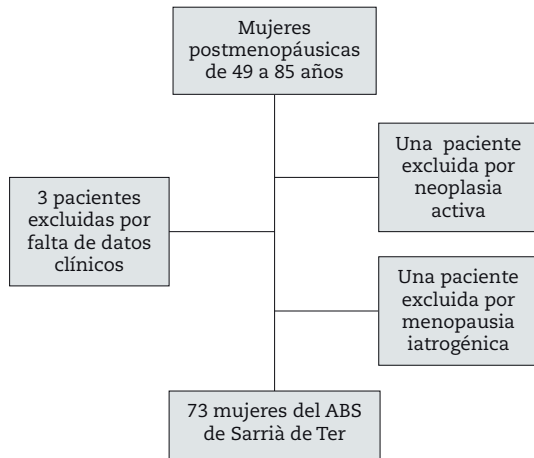
Las descripciones de las variables se realizaron a través de la media y la desviación estándar para las variables cuantitativas, y en porcentajes para las variables cualitativas.

## Resultados

Las características de las pacientes se describen en la tabla 2.

Tras el análisis estadístico de los datos se observó que la prevalencia de presentar una alteración de la densidad mineral ósea era de 26 % (IC 95 % 25,9-26,1 %); de ellas 18 % (IC 95 %, 17,9-18,1 %) estaban afectadas de osteoporosis y 8 % restante (IC 95 %, 7,9-8,1 %) de osteopenia.

La media de edad de las pacientes del estudio con osteoporosis era de 66,3 años. De ellas, 53,85 % eran menores de 65



**Esquema general del estudio**

Estudio descriptivo, transversal, para estudiar la prevalencia de osteopenia y osteoporosis en mujeres postmenopáusicas

**Figura 1 – Esquema general del estudio.**

años; el grupo de edad con mayor prevalencia era el de 50-70 años (69,3 %).

El 15,4% de las mujeres había presentado una fractura patológica.

En la tabla 3 se recogen los porcentajes detallados de las alteraciones de la densidad mineral ósea según el IMC.

El 14,9 % de las mujeres postmenopáusicas con osteoporosis tenía un IMC menor de 25.

De las mujeres diagnosticadas de osteoporosis, 84,6 % tienen un DXA, mientras que el 15,4% no la tenían.

El 23,1 % de las pacientes con osteoporosis cuentan con DXA, analítica con marcadores de remodelado óseo y una radiografía convencional lateral de columna lumbar y dorsal.

El 84,2 % (16) de las mujeres con alteración de la densidad mineral ósea en el momento del estudio estaba en tratamiento (Fig. 2).

De las 22 DXA pedidas, 13 pacientes (59 %) tenían osteoporosis y 6 (27,3 %) osteopenia.

A un 23,3 % de las pacientes se les realizaron radiografías convencionales de columna dorso-lumbar, pero en 12,5 % de los casos estas se habían hecho en un Servicio de Urgencias. Solo 9,6 % tenían analítica con parámetros de remodelación ósea; el 4,10 % de las pacientes tenían DXA, radiografías de columna y analítica, y estaban diagnosticadas de osteoporosis.

**Conclusión**

Los resultados de nuestro estudio revelan que en nuestra población, la prevalencia de alteraciones de la densidad mineral ósea es similar a la de otros estudios<sup>1,5</sup>.

Se habían realizado 22 DXA, de las cuales el 86,3 % eran patológicas.

**Tabla 1 – Factores de riesgo de fractura osteoporótica y factores de riesgo de baja DMO según las guías NICE (recomendaciones de cara al tratamiento).**

Factores de riesgo de fractura osteoporótica	
• Historia familiar de fractura osteoporótica (1a)	
• Ingestión de 4 o más unidades de OH/día	
• Artritis reumatoide (1b)	
Factores de riesgo de baja DMO	
• Enfermedades: espondilitis anquilosante o la enfermedad de Crohn (1b)	
• Condiciones médicas de inmovilidad prolongada (1b)	
• Menopausia prematura no tratada (1b)	

**Tabla 2 – Características de los pacientes.**

	Media (DE)		
Índice de masa corporal (IMC)	27 (4,96)		
Edad (años)	63 (8,46)		
Años de amenorrea	13 (6,73)		
Densidad mineral ósea	Normal 54 (74 %)	Osteopenia 6 (8 %)	Osteoporosis 13 (18 %)
Consumo de diuréticos	No 63 (84 %)	Sí 10 (16 %)	
Consumo de corticoides	No 70 (95,7 %)	Sí 3 (4,3 %)	
Tabaquismo	No 64 (86 %)	Sí 9 (14 %)	

DE: Desviación estándar.

**Tabla 3 – Alteraciones de la densidad mineral ósea según el Índice de masa corporal (IMC).**

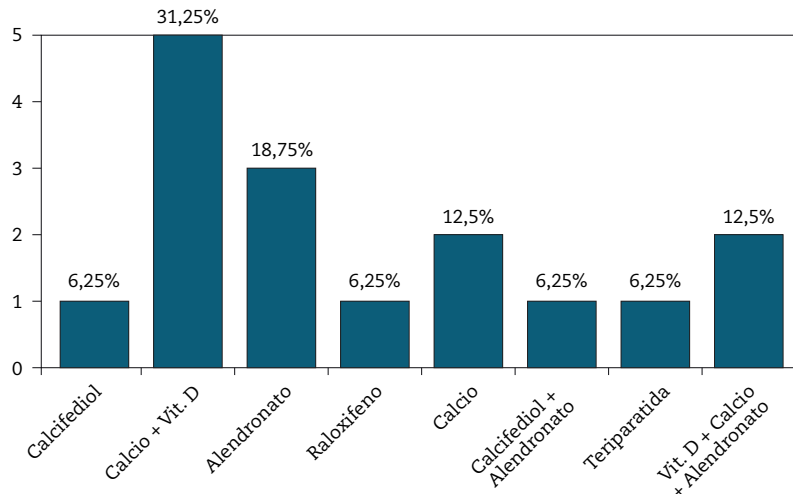
IMC	Normal	Osteopenia	Osteoporosis
< 25	20 (74 %)	3 (11,1 %)	4 (14,9 %)
25-30	16 (66,6 %)	1 (4,2 %)	7 (29,2 %)
30-35	14 (82,4 %)	1 (5,9 %)	2 (11,7 %)
35-40	4 (100 %)	0	0
> 40	0	2 (100 %)	0
Total	54 (74 %)	6 (8 %)	13 (18 %)

El 29,2 % de las mujeres postmenopáusicas con osteoporosis tenía un IMC normal. Algunos autores han evaluado la prevalencia de los factores de riesgo de osteoporosis en mujeres mayores de 65 años y consideran que un peso inferior a 57 kg era un factor de riesgo de osteoporosis, con una prevalencia del 14,6 % (IC 95 % 13,6-15,5 %)<sup>10</sup>. En nuestro estudio, 14,9 % de las pacientes presentaba un IMC inferior a 25.

De las 16 pacientes que estaban tomando fármacos para la osteoporosis, 4 (25 %) no tenían indicación de realizar ningún tratamiento<sup>7,9</sup>.

Nuestra muestra corresponde a la de una población envejecida (su media de edad es de 63 años), lo que se refleja en los resultados obtenidos.

En conclusión, la osteoporosis es un problema frecuente en nuestras consultas de atención primaria. Deberíamos iden-



**Figura 2 – Tratamiento de las pacientes con afectación de la densidad mineral ósea (número y porcentaje).**

tificar los factores que contribuyen a mantener la densidad mineral ósea en mujeres postmenopáusicas para así poder realizar actuaciones de prevención y diagnóstico precoz de esta patología, como ocurre en otras patologías crónicas en las que ponemos más énfasis, como por ejemplo los factores de riesgo cardiovascular.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### BIBLIOGRAFÍA

- Zwart Salmerón M, Fradera Vilalta M, Solanas Saura P, González Pastor C, Adalit Vilar C. Abordaje de la osteoporosis en un centro de atención primaria. *Aten Primaria*. 2004; 33: 183-7.
- Reyes Balaguer R, Moreno Olmos J. Prevalencia de osteopenia y osteoporosis en mujeres postmenopáusicas. *Aten Primaria*. 2005; 35: 342-7.
- Kanis JA, Cooper C, Burlet N, Delmas PD, Reginster JY, Borgstrom F; en representación de la European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). Guía Europea para el diagnóstico y tratamiento de la Osteoporosis en la mujer postmenopáusica. The European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis. Disponible en: <https://www.iofbone-health.org/sites/default/files/pocket-guidelines-esceo-spanish.pdf>
- González-Macías J, Del Pino-Montes J, Olmos JM, Nogués X. Guías de práctica clínica en la osteoporosis posmenopáusica, glucocorticoidea y del varón. Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral (3ª versión actualizada 2014). *Rev Clín Esp*. 2015; 215: 515-26.
- Díaz Curiel M, García JJ, Carrasco JL, Honorato J, Pérez Cano R, Rapado A, et al. Prevalencia de la osteoporosis determinada en la población española. *Med Clin*. 2001; 116: 86-8.
- Cranney A, Coyle D, Pharm BA, Tetroe J, Wells G, Jolly E, et al. The psychometric properties of patient preferences in osteoporosis. *J Rheumatol*. 2001; 28: 12-7.
- Aizpurúa I, Álvarez M, Echeto A, Etxebarria I, Fernández J, Gardeazábal MJ, et al. Consenso sobre la Osteoporosis postmenopáusica en la CAPV. Osakidetka. Gobierno Vasco. Departamento de Salud 2015. Disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_informes\\_estudio/es\\_pub/adjuntos/Consenso%20Osteoporosis\\_2015\\_es.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/Consenso%20Osteoporosis_2015_es.pdf)
- Flores Corcuera JR, Manso Platero FJ, Martínez Maestre MA, Machuca Portillo G. *Av Odontostomatol*. 2014; 30: 251-61.
- Orozco P. ¿Es la osteoporosis un problema prevalente en atención primaria? *Aten Primaria*. 2005; 35: 342-7.
- González-Macías J, Fernando Marín JV, Díez Pérez A, Abizanda M, Álvarez, Gimeno A, Pegenaute E, en representación de los investigadores del proyecto ECOSAP. Prevalencia de factores de riesgo de osteoporosis y fracturas osteoporóticas en una serie de 5.195 mujeres mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 85-9.
- Rigueira García AI, Zardáin Tamargo E, López González I, Sánchez Álvarez L. Expectativas del beneficio/riesgo de la ingesta de calcio en mujeres con tratamientos para osteoporosis de Asturias: estudio ASFARCAL. *Nutr Hosp*. 2013; 28: 428-37.
- León Vázquez P, Bonis J, Bryant Cerezo V, Herrero Hernández S, Jamart Sánchez L, Díaz Holgado A. Prevención de fractura osteoporótica en España: uso de fármacos antes y después de una fractura de cadera. *Rev Osteoporos Metab Miner*. 2015; 7: 54-62.
- Arana-Arri E, Gutiérrez-Ibarluzea I, Ecenarro Mugaguren A, Asua Batarrita J. Prevalencia de ciertos hábitos determinantes de osteoporosis en mujeres postmenopáusicas del País Vasco en 2003. *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 81: 647-56.
- Loza E. Tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica. *An Sist Sanit Navar*. 2003; 26: 91-8.
- Reyes Reyes C, Prieto Alhambra D. Osteoporosis: ¿a quién tratar?, ¿con qué? y ¿por cuánto tiempo?. *FMC*. 2015; 22: 146-51.