



Volumen 11, Número2, Mayo, 2004

Informes SIIC

● LOS PACIENTES CON ARTRITIS DEBEN RECONOCER SUS DERECHOS Y PONERLOS EN PRACTICA

Derechos de los pacientes y aspectos destacados de la Reforma del Sector Salud

Daly City, EE.UU :

La defensa de los derechos de los pacientes, desempeña un papel de importancia en el cuidado de la salud de los pacientes con artritis y sus familias. Es esencial el refuerzo del poder de los sujetos afectados para el logro de este fin.

Fuente científica:

[**Bulletin of the World Health Organization** 82(2):115-120, Feb 2004] – aSNC

Autores

Leong A y Euller-Ziegler L

La defensa de los intereses de los pacientes parte de la premisa que las personas tienen derecho a realizar sus propias elecciones, en relación con la atención de su salud. Esta defensa de los intereses individuales se centra en la propia experiencia del individuo que tiene un padecimiento, mientras que la defensa de los intereses grupales se basa en las estrategias y acciones centradas en la población. Los primeros grupos de defensa de los derechos de los pacientes con artritis se iniciaron en los Estados Unidos hace aproximadamente 20 años y a posteriori se han extendido a otros países. El objetivo del presente estudio es el análisis y discusión del efecto y las consecuencias que generan la defensa y sostén de los derechos de los pacientes para el cuidado adecuado de la salud y los últimos avances en esta materia en la región de Asia, Europa y América del Norte, en particular en aspectos referidos a la toma de conciencia de los sujetos enfermos de estas necesidades. Otro dato de interés es la importancia de la creación de alianzas entre las diversas disciplinas, como la estrategia global Bone and Joint Decade 2000-2010. Uno de los componentes esenciales para el desarrollo de funciones de derecho es el refuerzo del poder de los pacientes, definido como el proceso que facilita que los sujetos o grupos adquieran el control de sus vidas y del entorno. Esta filosofía está basada en varios principios que asumen que los pacientes son responsables por la toma de decisiones complejas respecto de su salud. Ninguna de estas acciones sería posible si no se ofrece a las personas especial entrenamiento en un conjunto específico de habilidades como la comunicación, búsqueda de información, proceso de toma de decisiones y posibilidad de sostén social. Los autores destacaron la importancia de la alianza necesaria entre el paciente y el profesional de la salud y enfatizaron que la educación estructurada y sistematizada de los sujetos enfermos, es de vital trascendencia. Otro elemento destacado es la actuación de los grupos de ayuda que permitan la movilización de pacientes y familiares en una fuerza dinámica para el cambio en la sociedad.

LA SELECCION DEL TRATAMIENTO PARA LA OSTEOPOROSIS DEPENDE DE LAS CREENCIAS PERSONALES DEL PACIENTE

Estudio realizado en grupos de discusión

Connecticut, EE.UU. :

La charla de los profesionales de la salud se debe concentrar en la necesidad del tratamiento de acuerdo con la percepción de susceptibilidad y de severidad en los resultados de una enfermedad determinada, con las opciones terapéuticas disponibles y con la evaluación de los beneficios y de los efectos adversos potenciales.

Fuente científica:

[**Journal of Women's Health** 12(10):1037-1045, Dic 2003] – aSNC

Autores

C.G. Unson, E. Siccion, J. Gaztambide, S. Gaztambide, Mahoney Trella y K Prestwood

La participación de los pacientes en la selección del tratamiento ha sido planteado como un factor de mejoramiento de la adherencia al mismo. Sin embargo, para ayudar a que los pacientes tomen decisiones informadas, los médicos deben tener conocimiento de los criterios que ellos utilizan para elegir. El modelo de creencias en salud propone que la probabilidad de adherencia a un tratamiento se incrementa cuando la persona se percibe a sí mismo como susceptible a una enfermedad, evalúa los resultados de la enfermedad como graves y concluye que los beneficios de hacer el tratamiento superan a los costos de no realizarlo. De forma similar, la investigación de las creencias acerca de la medicación demostró que la percepción de que un medicamento es necesario se asocia con altos índices de adherencia, mientras que la preocupación acerca de la seguridad del mismo se relaciona con bajo cumplimiento. La consideración de la toma de decisiones cuando hay varias alternativas se asume como un proceso mediante el cual los seres humanos tienen la capacidad de procesar toda la información disponible o confían en reglas simples de selección cuando no disponen de todos los datos o no pueden procesarlos apropiadamente. El estudio explora el papel de las creencias acerca de la medicación en general y de alternativas específicas de terapéutica. En particular se examina cómo las mujeres eligen entre resultados y efectos adversos, conveniencia de dosis y costos. Se interrogó a mujeres para que eligieran un tratamiento para la osteoporosis y que explicaran su elección en base a los riesgos y beneficios percibidos entre cuatro opciones: calcio, terapia hormonal de reemplazo, alendronato y raloxifeno. Se ha detectado que las mujeres primero deciden si la medicación es necesaria y luego de acuerdo al peso de los beneficios contra los riesgos y costos realizan una búsqueda de la mejor alternativa. Sus evaluaciones de riesgos y de beneficios estaban influidas por la percepción acerca de la disponibilidad de la droga y de consideraciones personales acerca de efectos adversos graves como el temor al cáncer y a los eventos tromboembólicos. Entre quienes no seleccionaban un tratamiento medicamentoso se encontró a mujeres de raza negra porque creían que por condiciones raciales no se fracturarían; otras dijeron que tomaban grandes recaudos para no caerse o no percibían a una fractura como una condición grave. Además, en virtud de sus otras quejas, en especial el dolor, la prevención de las fracturas no era para ellas un tema prioritario. Como la osteoporosis es una enfermedad asintomática es menos probable que se le preste tanta atención como al dolor o a la incomodidad. Otras pacientes que no eligieron el tratamiento preventivo, tomaban en consideración su susceptibilidad y las consecuencias graves, pero estaban preocupadas por la seguridad de la medicación. Las que se sentían vulnerables, temerosas de las consecuencias y tenían actitudes positivas hacia la medicación, descartaban las alternativas 3 y 4 (alendronato y raloxifeno) por su alto costo, la THR también se eliminaba por el riesgo de tromboembolismo y se prefería la opción de tratamiento de calcio. De hecho las mujeres consideraron al cáncer de mama y al accidente cerebrovascular como más riesgosos. Este criterio de elección fue validado por el estudio WHI (Women's Health Initiative) que confirmó que los beneficios de la terapia de reemplazo hormonal en cuanto a reducción en las fracturas y en cuanto al cáncer de colon no sobrepasa el riesgo de cáncer de mama, enfermedad cardíaca y tromboembolismo. Los profesionales de la salud pueden orientar sus conversaciones con las pacientes acerca de las alternativas de tratamiento. Deberían concentrarse en las necesidades

personales de acuerdo a la percepción de susceptibilidad y la severidad de los resultados de la enfermedad, las opciones de tratamiento disponibles y en la estimación de los potenciales beneficios y efectos adversos. Estos hallazgos sugieren que la decisión compartida es crítica en cuanto a la adherencia, porque es sólo el paciente el que puede decidir su objetivo último de tratamiento.

UTILIDAD DEL ALENDRONATO EN LA OSTEOPOROSIS POSMENOPAUSICA

Experiencia a lo largo de 10 años de tratamiento

Detroit, EE.UU. :

La administración continua de alendronato a lo largo de 10 años demostró un efecto sostenido para el tratamiento de la osteoporosis tanto a nivel de la densidad mineral ósea como sobre la remodelación y además presenta una buena tolerancia.KJ4014

Fuente científica:

[**New England Journal of Medicine** 350(12):1189-1199, Mar 2004] – aSNC

Autores

Bone HG, Hosking D, Devogelaer J-P y colaboradores

La osteoporosis posmenopáusica es una enfermedad crónica, progresiva caracterizada por un exceso en la resorción ósea que supera a la formación; con una consecuente reducción de la masa ósea y deterioro de la microarquitectura. El efecto final sería el incremento en la susceptibilidad de fracturas. Los agentes antirresortivos son ampliamente utilizados para el tratamiento de la osteoporosis. Estas drogas producen cambios en la densidad mineral ósea (DMO) y la actividad de remodelación de los huesos reduciendo el riesgo de fracturas. Dentro de ellas, el alendronato ha demostrado tener buenos efectos en mujeres premenopáusicas así como en mujeres mayores. A su vez, en un par de estudios aleatorios, controlados por placebo de tres años de tratamiento, el alendronato logró incrementar significativamente la DMO, reducir el recambio óseo y el riesgo de fracturas vertebrales en mujeres con osteoporosis. En este estudio, investigadores de la Michigan Bone and Mineral Clinic, Detroit, EE.UU., analizan los efectos de la terapia prolongada con alendronato así como de su discontinuación. El tratamiento se mantuvo durante un período de 10 años. Los resultados de los primeros 7 años ya habían sido descritos previamente, mientras que aquí se describen los de los 3 últimos años de extensión del estudio, así como la experiencia acumulada a lo largo de los 10 años; incluyéndose además 5 años de observación luego de la discontinuación de la terapia. El diseño de estudio fue de tipo multicéntrico, aleatorio, controlado por placebo e incluyó 994 mujeres posmenopáusicas con osteoporosis. Las mujeres fueron divididas aleatoriamente en grupos que recibieron 5, 10 o 20 mg de alendronato por vía oral, o placebo. Las mujeres en el grupo placebo recibieron alendronato durante el 4to y 5to año del estudio y luego fueron separadas del mismo. El grupo que recibió originalmente 20 mg de droga, durante los años 3 a 5 recibió 5 mg y luego placebo en los últimos 4 años del estudio (grupo que discontinuó la terapia). La respuesta al tratamiento se evaluó en términos de cambios en la DMO a nivel de la espina lumbar, cuello femoral, trocanter, fémur proximal, en todo el cuerpo y en la región de los antebrazos; cambios en los niveles urinarios de N-telopéptidos de colágeno tipo I (marcador bioquímico de resorción ósea); y cambios en los niveles de fosfatasa alcalina sérica ósea específica (indicador de la tasa de formación ósea). También se analizaron las fracturas sufridas por las mujeres y cambios en la estatura como medidas de seguridad del tratamiento. El tratamiento con 10 mg diarios de alendronato durante 10 años produjo incrementos medios en la DMO de 13.7% a nivel espinal lumbar, de 10.3% a nivel de trocanter, 5.4% en cuello femoral y 6.7% en fémur proximal a partir de los valores basales. Los incrementos fueron menores en el grupo que recibió 5 mg diarios de droga. La discontinuación del tratamiento se asoció con una

pérdida gradual del efecto observado medido a través de la DMO y los marcadores bioquímicos de remodelación ósea. Por otra parte, las medidas de seguridad incluyendo fracturas y cambios en la estatura no sugieren que el tratamiento prolongado resultaría en una pérdida de los beneficios. Finalmente, las tasas de eventos adversos debidos a la medicación fueron similares en los grupos que recibieron distintas dosis con sólo una o dos mujeres en cada grupo debiendo discontinuar el tratamiento por los mismos. Los resultados demuestran que el efecto terapéutico del alendronato sería sostenido a lo largo de un período prolongado de tiempo, sin perder eficacia y con buena tolerancia por parte de los pacientes; mientras que la discontinuación del tratamiento se asocia con reducción gradual de la respuesta observada con el mismo. Los autores resaltan el hecho de que cada droga tiene características únicas y por lo tanto no se pueden extrapolar estas observaciones para otros tratamientos contra la osteoporosis.

COMPARAN DOS TRATAMIENTOS PARA LA OSTEOPOROSIS POSMENOPAUSICA

Estudio prospectivo, aleatorio, observacional de raloxifeno versus alendronato

Madrid, España :

El raloxifeno demostró ventajas significativas con respecto al alendronato en términos de adherencia al tratamiento durante un año de seguimiento.KJ4194

Fuente científica:

[**Clinical Therapeutics** 26(2):245-256, Feb 2004] – aSNC

Autores

Turbí C, Herrero-Beaumont G, Acebes JC y colaboradores

El modulador del receptor de estrógenos, clorhidrato de raloxifeno (RLX) y el bifosfonato alendronato de sodio (ALN) han demostrado en estudios aleatorios su capacidad para reducir la incidencia de fracturas osteoporóticas en mujeres posmenopáusicas. Sin embargo, existe poca información sobre la tasa de adherencia a estos tratamientos en la práctica clínica diaria. Debido a que la misma limita la efectividad de estas terapias para la osteoporosis en la práctica clínica es importante evaluar la adherencia al tratamiento en el ámbito clínico. Investigadores del Departamento de Investigación Médica, Lilly S.A., Madrid, España se propusieron como objetivos analizar la adherencia y los factores que contribuyen con la falta de la misma, así como la satisfacción de los pacientes tratados con RLX o ALN. El diseño de estudio fue de tipo abierto, prospectivo, multicéntrico, aleatorio, observacional y comparativo. Se realizó en 154 centros a lo largo del país. La población de estudio incluyó mujeres posmenopáusicas con osteoporosis que recibieron tratamiento con RLX o ALN de acuerdo a la indicación de su médico basado en el perfil clínico de cada paciente. Se evaluó en forma comparativa la adherencia al tratamiento con RLX (60 mg diarios) versus ALN (10 mg diarios) a lo largo de un año mediante 3 métodos de análisis: la prueba de Morisky-Green, la prueba de autoevaluación y el cuestionario de adherencia. Se utilizó un modelo de regresión logística para determinar los factores que afectan la adherencia. La satisfacción del paciente se determinó por medio de otro cuestionario. Se obtuvo también información sobre los eventos adversos registrados. Se evaluaron en total 902 mujeres, 476 recibieron RLX y 426 ALN. La media de edad fue de 64.4 años. Las pacientes en el grupo de tratamiento con RLX informaron significativamente mejor adherencia que las que fueron tratadas con ALN, por los distintos métodos evaluados (68.7% versus 54% respectivamente con la Prueba de Morisky-Green; 94.7% versus 90.6% con la de autoevaluación). Un mayor número de pacientes discontinuó el tratamiento en forma prematura en el grupo tratado con ALN comparado con el grupo tratado con RLX (25.8% versus 16.4%). La principal razón para la discontinuación fueron los efectos adversos (4.8% con RLX versus 11% con ALN), siendo los principales a nivel

gastrointestinal. Luego de un año de tratamiento, los pacientes que recibieron RLX demostraron mayor satisfacción que los tratados con ALN. Este estudio demuestra que la adherencia al tratamiento para la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas difiere de acuerdo a la droga administrada, siendo más alta con el RLX en comparación con el ALN. Los autores consideran que la información aportada aquí debería ser tenida en cuenta en el ámbito de la atención primaria al prescribir un tratamiento antiosteoporótico analizando los beneficios de una buena adherencia y satisfacción por parte del paciente en el éxito del mismo.

ANALISIS DE LA OSTEOPOROSIS EN PRESENCIA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Revisión de su fisiopatología, diagnóstico y tratamiento

Pittsburgh, Estados Unidos :

Se justifica una densitometría en pacientes con enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa que son posmenopáusicas, que tuvieron fracturas vertebrales o que recibieron tratamiento prolongado con glucocorticoides. Los pacientes con evidencia de osteopenia u osteoporosis deberían comenzar con medidas preventivas básicas y considerar el uso de bifosfonatos.MY4204

Fuente científica:

[**Journal of Clinical Gastroenterology** 38(3):218-224, Mar 2004] – aSNC

Autores

Harpavat M, Keljo D y Regueiro M

La osteoporosis se caracteriza por una pérdida de la masa ósea y tiene un impacto negativo sobre la calidad de vida. Existe un conocimiento creciente de que los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tienen un riesgo mayor para adquirir esta patología. Diversos estudios pudieron demostrar una disminución en la densidad mineral ósea (DMO) en pacientes con enfermedad de Crohn, y en un grado menor en aquellos afectados por colitis ulcerosa, en comparación con la población que no las padece. De esta manera, los autores de esta trabajo revisan la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en la EII, citando que su causa sea probablemente multifactorial, y relacionada con el uso de corticosteroides, con las citokinas inflamatorias y con la malabsorción y desnutrición. Los glucocorticoides son importantes contribuidores en la desmineralización ósea que se observa en estos pacientes, debido a la supresión de la formación ósea a través de un efecto inhibitorio directo sobre los osteoblastos, inhibición de los factores de crecimiento e incremento en la apoptosis osteoblástica; y por la aceleración de la reabsorción ósea mediante la reducción de la producción de andrógenos y estrógenos y el aumento en la secreción de hormona paratiroidea. Además, disminuyen la absorción intestinal de calcio y incrementan la excreción renal del mismo. Más del 50% de las personas en tratamiento con glucocorticoides a largo plazo desarrollan osteoporosis, independientemente de la patología por la cual lo reciben. La mayor pérdida de masa ósea ocurre en las semanas o meses iniciales al tratamiento, y un estudio informó una reducción de la DMO del 27% del raquis lumbar dentro del primer año de comenzado el tratamiento con prednisona. Otros estudios mostraron una correlación directa entre los glucocorticoides y el descenso en la DMO en pacientes con EII, pero en otros estudios no se pudo comprobar esta asociación. Las citokinas proinflamatorias circulantes incrementan la actividad osteoclástica. El factor de necrosis tumoral alfa es responsable de la inhibición de la diferenciación de los osteoblastos, induce la diferenciación osteoclástica, aumentan la sobrevivencia de los osteoclastos y protegen a los mismos de la apoptosis. Recientemente, se propuso una interacción basada en el receptor del factor de necrosis tumoral entre los osteoblastos y osteoclastos como la vía final común a través de la cual se altera el metabolismo óseo. La desnutrición en pacientes con EII es resultado de anorexia, malabsorción, aumento de la pérdida de nutrientes o aumento de las demandas metabólicas. La ingesta dietaria deficiente y la malabsorción de calcio y de vitamina D pueden contribuir a la reducción de la DMO

en algunos pacientes. En dos estudios diferentes se halló que la ingesta diaria de calcio y vitamina D se hallaron por debajo de las recomendadas (uno de los estudios se basó en pacientes con enfermedad de Crohn inactiva). Se halló que los niveles séricos de 1,25 dihidroxivitamina D fueron significativamente menores tanto en pacientes con colitis ulcerosa como con enfermedad de Crohn al ser comparados con voluntarios sanos. Aunque la afectación extensa del íleon y la esteatorrea pueden provocar déficit de vitamina D, no se hallaron correlaciones entre los cambios en la DMO y la localización de la enfermedad. La medición de la DMO es el mejor método para diagnosticar osteoporosis, predecir el riesgo de fracturas, monitorear la progresión de la pérdida ósea y determinar la respuesta al tratamiento médico. El método gold-estándar es la absorciometría de rayos X de energía dual (DXA, por sus siglas en inglés), ya que es relativamente rápida, requiere de radiación mínima y es reproducible. Los marcadores bioquímicos como los N-telopéptidos urinarios o la osteocalcina no están disponibles en forma comercial y sus mediciones se realizan como parte de los ensayos clínicos de investigación. En estudios realizados en adultos, la determinación de estos marcadores fueron prometedores para correlacionar la pérdida o formación ósea, pero los ensayos realizados en poblaciones pediátricas no pudieron demostrar esta asociación. El tratamiento farmacológico aprobado por la FDA para la prevención y el tratamiento de la osteoporosis en adultos incluye la terapia de reemplazo hormonal, raloxifeno, bifosfonatos (alendronato, etidronato, risedronato) y calcitonina. Las guías actuales de la Fundación Nacional de la Osteoporosis recomiendan el tratamiento farmacológico para aquellas mujeres con fractura vertebral o de cadera, los pacientes con una puntuación T de DMO mayor a -2 en ausencia de factores de riesgo, las mujeres con una puntuación T de DMO menor a -1.5 con factores de riesgo (etnia caucásica o asiática, edad avanzada, género femenino, deficiencia de estrógenos, tabaquismo actual, peso corporal bajo y actividad física inadecuada), y pacientes bajo tratamiento esteroideo con una puntuación menor a -1. Existen estudios limitados que evalúan el tratamiento de la disminución de la DMO en pacientes con EII. En un ensayo controlado y aleatorizado con pacientes portadores de enfermedad de Crohn y DMO baja fueron asignados a recibir placebo o 1 000 mg de calcio más 400 IU de vitamina D en forma diaria. Luego de un año de seguimiento, no se observaron beneficios en la DMO de acuerdo a las mediciones de absorciometría. En otro estudio, la administración de 1 000 IU diarias de vitamina D evitó la pérdida ósea en el antebrazo. Aunque el beneficio de los bifosfonatos para la prevención y el tratamiento está bien establecido, existe al momento de la redacción de esta publicación sólo un ensayo doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo en pacientes con EII, en el cual 32 pacientes con enfermedad de Crohn y DMO reducida por osteopenia u osteoporosis, recibieron placebo o 10 mg diarios de alendronato durante 1 año. Los casos que se trataron en forma farmacológica mejoraron la DMO del raquis lumbar al ser comparados con aquellos que recibieron placebo. El alendronato también mostró el incremento en la DMO y la disminución de la incidencia de fracturas en mujeres posmenopáusicas osteoporóticas. LA FDA aprobó el uso de este fármaco para la prevención de osteoporosis posmenopáusica y para el tratamiento de la pérdida ósea en hombres y en mujeres como resultado del uso prolongado de corticosteroides. Los autores consideran que se debería realizar un barrido DXA en pacientes con EII que sufrieron una fractura vertebral, que son posmenopáusicos o que recibieron corticoterapia por un tiempo mayor a 3 meses. Si el puntaje T es menor a -1, recomiendan medidas preventivas básicas como la administración de calcio (1 500 mg/día) y vitamina D (800 IU/día), ejercitación regular, abandono del cigarrillo y evitar el exceso de alcohol. En aquellos casos con valores de T normales pero con un factor de riesgo o más, debería repetirse el estudio cada 2 o 3 años. Si el puntaje T se encuentra entre -1 y -2.5 y el paciente no recibió corticosteroides por más de tres meses, se recomiendan las medidas preventivas expuestas más arriba y la repetición del estudio cada dos años. Si en cambio el paciente recibe esteroides en forma prolongada, se recomienda la terapéutica con bifosfonatos y repetición de la DXA al año siguiente. Para aquellos puntajes de T mayores a -2.5, se recomiendan además de las medidas preventivas básicas y los bifosfonatos, la derivación a un especialista o la realización de pruebas de laboratorio para descartar otras causas de DMO baja (análisis completos de sangre, determinación de calcio y vitamina D, proteinograma electroforético y niveles de testosterona). Actualmente no existe una definición estándar para la osteoporosis en niños o consenso acerca del grado de pérdida ósea que coloca a los niños a mayor riesgo para sufrir fracturas. El uso de DXA, tomografía computada cuantitativa y ecografía cuantitativa para esta población de pacientes en particular se encuentra en investigación. Aunque no existen guías para el tratamiento de DMO baja en pacientes pediátricos con EEI, los autores recomiendan una ingesta adecuada de calcio y vitamina D, la utilización frugal de corticoides y la ejercitación regular. La eficacia y la seguridad de los bifosfonatos se desconocen en esta población. Se requieren estudios

adicionales para determinar la utilidad de los bifosfonatos administrados en forma profiláctica para todos los pacientes con EII que comienzan tratamiento con corticosteroides por primera vez.

UTILIDAD DE LA AUTOEVALUACION DE INDICES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES

Eficacia de 4 índices de riesgo para la sospecha de osteoporosis

Sart-Tilman, Bélgica :

Los índices de riesgo evaluados constituyen herramientas efectivas y eficientes para detectar mujeres con alto riesgo de sufrir esta enfermedad.

Fuente científica:

[**QJM** 97(1):39-46, Ene 2004] – aSNC

Autores

Richy F, Gourlay M, Ross PD y colaboradores

La osteoporosis constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial. Las consecuencias médicas, sociales y psicológicas pueden afectar de forma severa la calidad de vida de los pacientes. Se caracteriza por pérdida de la masa ósea y deterioro de la micro-arquitectura del tejido óseo con el consecuente incremento de la fragilidad ósea y riesgo de fracturas. El diagnóstico se puede hacer por medición de la densidad mineral ósea (DMO) a nivel de la cadera o espinal, aunque se recomiendan estas determinaciones en sujetos con factores de riesgo debido a la limitada disponibilidad de la tecnología para realizar las mismas y su costo. Estudios epidemiológicos han identificado factores de riesgo para la osteoporosis y los mismos se utilizaron para desarrollar índices de evaluación del riesgo (IER). El objetivo de los mismos es identificar mujeres con mayor probabilidad de tener una baja DMO, y referir a las mismas para realizarse esta determinación. Por otro lado la herramienta de auto-evaluación de osteoporosis (HAO) se basa en la edad y el peso. Fue desarrollada y validada en diversos estudios realizados en poblaciones asiáticas y caucásicas y fue comparada con otros índices de riesgo demostrando ser igualmente útil. Otras herramientas de riesgo también se basan en el peso y la edad en combinación con factores adicionales: el Instrumento de Evaluación de Riesgo de Osteoporosis (IERO), la Estimación Simple Calculada de Riesgo de Osteoporosis (ESCRO), el Índice de Riesgo de Osteoporosis (IRO). En este estudio, investigadores de la Facultad de Medicina, Universidad Liege, Bélgica se propusieron evaluar la validez de la HAO y comparar la utilidad de la misma con la de los otros índices de riesgo (IERO, ESCRO e IRO) para identificar mujeres con riesgo de tener bajos niveles de DMO y que por lo tanto se podrían beneficiar con la evaluación específica para el diagnóstico de osteoporosis. Se incluyeron en la evaluación 4 035 mujeres caucásicas posmenopáusicas sin enfermedad de Paget u osteoartritis avanzada atendidas en un centro ambulatorio entre enero de 1996 y septiembre de 1999. Los puntajes para los índices de riesgo de osteoporosis se compararon con la DMO. Se evaluó la habilidad de cada uno de los índices de riesgo para identificar a las mujeres con menores niveles de DMO o con osteoporosis. Utilizando un puntaje para la HAO < 2 para recomendar la determinación de la DMO, la sensibilidad para detectar niveles de DMO ≤ -2.5 desvíos estándar de la media abarcó un rango de 85% a nivel de la espina lumbar hasta un 97% a nivel de la cadera; y una especificidad que fue de 34% a nivel de cadera a 37% a nivel del cuello femoral y espina lumbar. El valor predictivo negativo fue alto en todas las localizaciones esqueléticas (89-99%), demostrando la utilidad de la HAO para identificar pacientes con DMO normal y que por lo tanto no requieren esta determinación. Todos los índices de riesgo analizados fueron similares en cuanto a su utilidad para identificar mujeres en riesgo de osteoporosis, aunque la HAO demostró tener mejor sensibilidad y menor especificidad que los otros índices. Entre el 11-12% de mujeres clasificadas como con mayor riesgo por medio de la

HAO o el IRO, el 81-85% presentaron baja DMO y 68-74% tenían osteoporosis. Los resultados indican que tanto la HAO como los otros índices de riesgo permiten identificar mujeres con mayor riesgo de tener un bajo nivel de DMO u osteoporosis declarada, siendo útiles para la pesquisa de mujeres posmenopáusicas que obtendrían beneficios de las determinaciones diagnósticas específicas como la medición de la DMO. La principal ventaja de la HAO es la simplicidad y rapidez con que se puede calcular.

Trabajos Distinguidos, Serie Osteoporosis y Osteopatías Médicas, integra el Programa SIIC de Educación Médica Continua