

CAPÍTULO 18. LA OSTEOPOROSIS NO ES ENFERMEDAD, LA DENSITOMETRÍA NO PREDICE NADA Y EL TRATAMIENTO NO TIENE BENEFICIOS

SITUACIÓN CLÍNICA: Rosario tuvo la menopausia hace dos años, a los 52. Todo va bien salvo algún sofoco. Un domingo por la tarde, en el Paseo Zorrilla (Valladolid), resbaló y se cayó. Fue un caída sin consecuencias, pero una amiga le insiste en que vaya al médico, que la osteoporosis es un problema muy importante: “Tienes que hacerte una densitometría. Te podías haber roto un hueso. Se vuelven frágiles con la falta de la regla”.

PREGUNTA: ¿Es la osteoporosis un problema que deba preocupar a la mujer tras la menopausia?

RESPUESTA: No. No la osteoporosis no es una enfermedad, ni merece tratamiento tras la menopausia.

COMENTARIO:

Introducción

Los huesos protegen los órganos internos y permiten la locomoción, entre otras muchas funciones. Por ejemplo, las costillas dan forma al tórax, soporte a las mamas, protegen los órganos torácicos, como el corazón y los pulmones y, además, permiten la respiración al ser movidas por distintos músculos.

De la misma forma que la piel se deteriora y con el paso de los años salen manchas y arrugas, los huesos también se deterioran y disminuyen en calidad y en cantidad. Pero como la piel, los huesos siguen cumpliendo su función a la perfección hasta el final de nuestros días. Ayuda a su normalidad la actividad física (que provoca y refuerza los cambios en las cargas estáticas y dinámicas que remodelan los huesos), la dieta variada clásica mediterránea y la irradiación suave de la piel por los rayos solares.

La osteoporosis no es una enfermedad, en las fracturas lo importante son las caídas

Se habla de osteoporosis cuando el hueso pierde densidad (deterioro en cantidad) y el remodelado óseo se enlentece (deterioro en calidad). Es decir, cuando el hueso es más poroso, de ahí el término.

La osteoporosis no es una enfermedad, como no es una enfermedad la piel añosa ni el envejecimiento en general; la osteoporosis es sólo un factor de riesgo para las fracturas óseas, pues el hueso con osteoporosis es menos resistente y flexible. El principal factor de riesgo para las fracturas no es la osteoporosis sino la caída ya que sin caída no hay fractura¹.

El aparato locomotor lo forman huesos, articulaciones y músculos. El aparato locomotor permite mantener la forma humana y el desplazamiento. Es característica de los mamíferos el tener vértebras, y de los humanos el andar sobre dos extremidades. Este “andar de pie”, el ortoestatismo, desplaza el centro de gravedad y hace fáciles las caídas.

En la mitad de las fracturas no se puede determinar un factor de riesgo concreto, excepto la edad. La edad tiene importancia tanto por la osteoporosis en sí cuanto por el aumento de la frecuencia de las caídas y la disminución de la defensa reactiva ante ellas.

La fractura de cadera es la más grave. En los mayores de 75 años se produjeron el 81% del total de fracturas de cadera en España. La edad media de la fractura de cadera fue de 80 años (y la de fractura de vértebra, de 74 años); por sexos, en varones la edad media de la fractura de cadera fue de 76 años, y en las mujeres, de 82 años. Las mujeres obesas tienen menos riesgo de fractura de cadera, pero más de fractura de vértebras; las delgadas tienen más riesgo de fractura de cadera.

La osteoporosis, modelo de invención de enfermedades

La osteoporosis es un ejemplo claro de medicalización y de creación de una enfermedad imaginaria, de *disease mongering*. Su difusión ha estado ligada al uso de la densitometría en las mujeres tras la menopausia y a la comercialización de distintos medicamentos “para la osteoporosis”.

El valor predictivo positivo de la osteoporosis diagnosticada por densitometría es bajísimo; para las mujeres menores de 60 años es menor del 5%. Es decir, un resultado en la densitometría de “osteoporosis” en 100 mujeres menores de 60 años se asocia a fractura en 5 de ellas en los próximos 10 años. Por ello la densitometría predice la fractura menos que la simple edad.

España es líder mundial en el consumo de medicamentos para la osteoporosis, pero las fracturas siguen aumentando pues dichos fármacos son poco efectivos y lo clave es evitar las caídas en ancianos, muchas veces provocadas por tratamientos abusivos e innecesarios (tranquilizantes, somníferos, antidepresivos, analgésicos, antihipertensivos, digoxina, anticolinérgicos, para el Alzheimer, neurolépticos, etc). Además, se ha demostrado reiteradamente el sobre-consumo de medicación para la osteoporosis en mujeres de bajo riesgo, y de bajo consumo en las de alto riesgo,

¹ Existen “fracturas espontáneas”, o “patológicas”, sin caída, pero son muy raras, debidas a enfermedades varias, incluyendo las metástasis cancerosas óseas, o a traumatismos menores continuados, y también a efectos adversos de algunos medicamentos. De hecho, hay medicamentos para la osteoporosis que producen este tipo de fracturas, e incluso necrosis ósea de la mandíbula.

por ejemplo, ancianas con fracturas previas de cadera, vertebrales, etc. Lo clave es que las mujeres postmenopaúsicas suelen visitar al ginecólogo y recibir por ello medicación innecesaria para la osteoporosis.

Síntesis

En síntesis: la osteoporosis no es una enfermedad, la densitometría no predice nada, y sobran los medicamentos para la osteoporosis (y los que hacen más probables las caídas). La medicalización de la osteoporosis en la menopausia es parte del encarnizamiento médico contra la mujer.

¿QUÉ HACER?

Viva y disfrute de la menopausia y del climaterio como una etapa fructífera y madura de la vida. Manténgase activa y haga ejercicio, si le gusta, desde subir escaleras (evitar el ascensor y las escaleras mecánicas) a pasear por el parque o campo, pasando por nadar en la piscina o el mar. Expóngase al sol sin miedo, un rato varios días en semana. Disfrute de la comida clásica mediterránea, con su pescado y productos lácteos tipo quesos. Rechace las densitometrías y el diagnóstico de osteoporosis, salvo que haya tenido fractura vertebral y/o de cadera. Evite los medicamentos que hacen más probables las caídas, y las caídas en general.

PARA TERMINAR:

La osteoporosis se mide respecto a niveles considerados «normales» (o ideales) de densidad de masa ósea (DMO), pero sin relación con la futura incidencia de fracturas. Las cifras normales se eligieron «porque sí», y así continúan. No se han realizado estudios de calibración al respecto. La definición de osteoporosis es puramente biométrica, artificial e inventada.

Se define como osteoporosis una densidad mineral ósea de al menos 2,5 la desviación estándar por debajo de la densidad ósea media del sano, del mismo sexo y raza, de 30 años de edad (*T-score*), o de la densidad ósea media del mismo grupo sano de edad, sexo y raza del paciente (*Z-score*). Al valor entre 2,5 y 1 se le considera osteopenia. La densidad en sí se mide como gramos de mineral por unidad de superficie mediante el empleo de dosis bajas de rayos X (DEXA, *dual energy X absorptiometry*, la densitometría, una prueba radiológica).

Hay muchos otros métodos de medición de la osteoporosis, pero domina la densitometría como DEXA. Carecen de todo valor las mediciones efectuadas con aparatos de ultrasonidos como los

empleados desde 2010 en farmacias españolas.

Se acepta como osteoporosis la medida según la DMO y por densitometría. Detrás de estas decisiones hay una idea de calidad ósea que tiene poco de científico, pues el hueso puede cumplir sus funciones con muy diversos niveles de calidad (composición y líneas de carga).

El valor predictivo positivo de la osteoporosis diagnosticada por densitometría es del 9% a los 10 años; es decir, la calificación del resultado de la densitometría como osteoporosis en 100 personas de 70 años se asocia a que nueve de ellas tendrán fractura en algún momento en los próximos 10 años. Tal bajo valor predictivo aumenta si hay factores de riesgo múltiples.

Por la ausencia de poder predictivo, no se recomienda el cribado (en la población general) de la osteoporosis. Tampoco se recomienda el «diagnóstico según oportunidad»² en mujeres sanas sin antecedentes de fracturas. Pero es muy frecuente realizar densitometrías, especialmente en las mujeres tras la menopausia (y antes). Se promociona la prueba incluso con participación de parlamentarias (en España) sin discriminación de edad. Así, en un trabajo con datos de práctica privada y pública, la edad media de las españolas que se realizaban densitometría fue de 57 años. Hay que tener en cuenta que la probabilidad de fractura a lo largo de 10 años en mujeres de 50 a 64 años es mínima, del 0,7%.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22618269>

Enlaces a bibliografía básica en contra de la osteoporosis como enfermedad, y de la densitometría, y a favor de la caída como factor clave

<http://www.bmj.com/content/323/7316/795>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22550966>

http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Publicaciones+tematicas/Medicamento/BIT/Vol+21/BIT+Vol+21+n+2.htm

http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1088

<http://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/28/disease-vs-non-disease-when-non-disease-becomes-disease>

<http://www.actasanitaria.com/la-arruga-es-bella-la-osteoporosis-tambien-evite-las-caidas-y-los-medicamentos-que-las-producen/>

<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0135475>

<http://www.sietes.org/buscar/cita/99391>

² Es diagnóstico según oportunidad el que se realiza en el curso del encuentro clínico con el médico pero sin relación con el motivo de consulta. Es decir, en este caso, una mujer acude porque tiene fiebre que dura una semana y el médico, después de atenderla por ello, le propone que se haga una densitometría ya que “Tiene usted 56 años, y lleva ya cinco sin regla, así que vamos a ver cómo tiene los huesos”.

Enlaces a bibliografía básica a favor de la osteoporosis como enfermedad y el uso de densitrometría y de su tratamiento

<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/osteoporosis-screening?ds=1&s=>

<http://www.bmj.com/content/323/7316/795>

<http://www.osteoporosis.ca/health-care-professionals/guidelines/>

http://www.sefh.es/fichadjuntos/ConsensoOsteoporosis_2015_es.pdf