

# Osteoporosis, ¿una epidemia inventada?

El tratamiento masivo de los huesos frágiles está en debate mientras crecen las ventas de fármacos

**GONZALO CASINO, Barcelona**  
**M**uchas mujeres de mediana edad viven preocupadas por la osteoporosis. Médicos y medios de comunicación les han explicado muy bien la amenaza: los huesos se vuelven frágiles a partir de la menopausia y crece el riesgo de fractura. ¿Qué mujer sensata no haría algo por evitar una temible fractura de cadera? Por suerte, la medicina les ofrece consejos preventivos, fármacos y, en España, asistencia gratuita para este problema de salud. Pero, según se considere, podemos estar ante un grave problema de salud pública con millones de casos o ante la exageración de un riesgo por intereses económicos y profesionales.

La controversia empieza con la definición de osteoporosis. Todas las personas con una densidad ósea (medida con una prueba, la densitometría ósea) inferior a cierto límite son consideradas enfermas. En España, hay 2,5 millones de mujeres enfermas, además de medio millón de hombres. Pero, como el hueso pierde masa con la edad, tendrían *preosteoporosis* (técnicamente, una osteopenia) el 40% de las mujeres de 50 a 59 años, el 60% de las de 60 a 69 y el 80% de las de 70 a 79 años.

¿Quién y cuándo debe hacerse una densitometría ósea y quién y cuándo debe recibir tratamiento? Éste es el debate abierto, porque no es lo mismo realizar una densitometría a todas las mujeres menopáusicas (lo que se llama un cribado poblacional) y tratar todos los casos de osteoporosis e incluso algunos de osteopenia, que mantener una actitud más prudente. “El clamor mediático, potenciado por el lucrativo mercado del medicamento, anima a las mujeres que inician su menopausia, hacia los 50 años y con un mínimo riesgo de fractura a medio plazo”, a realizarse pruebas y a someterse a tratamientos, a menudo injustificados, prolongados y con efectos secundarios inciertos a largo plazo”, alerta Pablo Alonso Coello, médico de familia del Centro Cochrane Iberoamericano, en Barcelona, y uno de los coordinadores de la *Guía de práctica clínica sobre menopausia y posmenopausia*.

El varapalo científico que recibió la terapia hormonal en 2002 significó una seria advertencia sobre los riesgos del uso masivo y prolongado de fármacos para los efectos de la menopausia. Lo que parecía la panacea resultó no serlo. Las hormonas cayeron en desgracia y esto ha dado paso a un *boom* comercial de los complementos de soja como nuevo remedio universal de la menopausia, junto con un auge de los fármacos para la osteoporosis.

Para muchos, sobran razones comerciales y faltan razones científicas en el enfoque de la osteoporosis, uno de los problemas de salud que generan mayor gasto sanitario. Aunque la pérdida de masa ósea y el riesgo de fractura por osteoporosis aumentan paulatinamente a partir de la menopausia, “el problema real de las fracturas de cadera y vertebrales se concentra en las mujeres de 80 y 70 años, respectivamente”, dice el médico de familia Alberto López García-Franco, director técnico del Área Sanitaria IX (Leg-

## Fragilidad ósea y riesgo de fracturas

La osteoporosis se define como una enfermedad caracterizada por una baja masa ósea y un deterioro de la microarquitectura del hueso que conduce a un aumento de la fragilidad ósea y un mayor riesgo de fractura.

### DIAGNÓSTICO DE OSTEOPOROSIS

Se realiza mediante una prueba (densitometría ósea) que mide la densidad mineral del hueso. El valor resultante se compara con el valor medio de la población adulta joven del mismo sexo, y según se desvíe más o menos (desviación estándar) de la normalidad la OMS establece cuatro categorías:

<b>Normal:</b>	0 a -1
<b>Osteopenia:</b>	-1 a -2,5
<b>Osteoporosis:</b>	Menor de -2,5
<b>Osteoporosis grave:</b>	Menor de -2,5 con fracturas

(Una crítica de esta clasificación de la OMS es que la comparación se hace siempre con la población joven y no con la de la misma edad).

### PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS Y OSTEOPENIA EN MUJERES ESPAÑOLAS. En porcentaje

	Edad	Osteopenia	Osteoporosis
<b>Vértebra</b>	20-24	13,1	0,3
	45-50	31,9	4,3
	50-59	42,0	9,1
	60-69	50,0	24,3
	70-79	39,4	40,0
<b>Cadera</b>	20-24	12,6	0,2
	45-50	26,7	0,0
	50-59	39,0	1,3
	60-69	51,4	5,7
	70-79	57,6	24,2

Fuente: OMS; Ministerio de Sanidad; J Bonne Miner Res; Osteoporos Int.

### RIESGO DE FRACTURA DE CADERA. En porcentaje

	50 años	60 años	70 años	80 años	A lo largo de la vida desde los 50 años
Noruega	1,2	2,9	9,0	17,8	24,5
Suecia	0,6	2,2	7,1	17,7	28,5
EE UU	0,7	1,8	5,0	14,2	15,8
Alemania	0,5	1,9	5,4	13,1	15,6
Francia	0,2	0,8	2,6	9,1	12,7
<b>España</b>	<b>0,2</b>	<b>0,8</b>	<b>3,3</b>	<b>9,7</b>	<b>12,0</b>
Portugal	0,3	1,2	5,3	6,7	10,1
Turquía	0,1	0,4	0,4	0,1	1,0



Realización de una densitometría a una mujer.

Foto: JOAN SÁNCHEZ / EL PAÍS

## Riesgos mal entendidos

La osteoporosis es un factor de riesgo de fractura, y no una enfermedad. “Solo cabría hablar de enfermedad cuando se producen fracturas”, indica el médico de familia Alberto López. “La pérdida de densidad mineral ósea es un proceso fisiológico, aunque hay gente interesada en asociarlo con la enfermedad”.

Muchas proclamas sobre la osteoporosis afirman que el 40% de

las mujeres mayores de 50 años tendrán una fractura a lo largo de su vida. Pero este dato no es tan alarmante como parece, según Carlos Isasi, reumatólogo del hospital Puerta de Hierro, de Madrid, “porque esa fractura ocurrirá hacia los 80 años en la cadera y hacia los 74 en las vértebras”.

Lo que importa para el diagnóstico y el tratamiento es, según López, el riesgo de

fractura en los próximos 10 años. Obviamente, tiene más probabilidades de sufrir una fractura en el resto de su vida una mujer de 50 años (le quedan por vivir 35 o 40 años) que una de 80 años (le pueden quedar 5 o 10), pero el riesgo real de fractura es superior en las personas mayores. “Además”, añade, “tampoco es cierto el dato del 40%, porque se refiere a Suecia. En España el porcentaje puede ser la

mitad o la tercera parte de ese 40%”.

Otro de los mensajes más persuasivos dice que el tratamiento reduce el riesgo de fractura a la mitad. Pero mostrar la efectividad de un tratamiento en términos relativos resulta engañoso, según Isasi. “En un conocido estudio, el tratamiento redujo la incidencia de fracturas del 2,2% al 1,1%. La reducción relativa es del 50%, ciertamente, pero en términos absolutos es del 1,1%. Es decir, tratando 100 mujeres se evitaría una fractura”.

Mientras, el valor que se da a la densitometría es desproporcionado, a juicio de Alonso y López. “Se ha exagerado su trascendencia y, por tanto, la necesidad de que las mujeres se hagan densitometrías”, indica el primero. “El dato de cuántas mujeres menores de 65 años tienen osteoporosis densitométrica no es importante, pues no se correlaciona con la incidencia de fracturas”, añade López.

Estos dos médicos de familia, miembros del grupo de estudio de la mujer de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), alertan de que se está produciendo un nuevo giro de tuerca en el tratamiento de la osteoporosis, extendiéndolo a las mujeres con osteopenia (el 42% de las mujeres de 50-60 años). “Se está pasando de sugerir que podría existir un beneficio a afirmar que es necesario tratarlas, y las mujeres con osteopenia son ahora el objetivo de la especulación del mercado de la salud”, afirma Pablo Alonso. “Y esta recomendación se hace con reanálisis de datos de ensayos clínicos, una estrategia muy cuestionable científicamente”.

Por su parte, Javier Ferrer y Santiago Palacios reconocen que este debate está abierto en la comunidad médica y que la conveniencia de tratar o no a una mujer con osteopenia hay que evaluarla en función de la existencia de otros factores de riesgo.

Las actuales campañas de publicidad de la industria farmacéutica para tratar la osteopenia carecen de rigor científico, según Pablo Alonso y Alberto López, y obedecen más a estrategias de mercadotecnia que a razones científicas o de salud pública. “Di-

## La baja densidad ósea en menores de 65 años no implica mayor riesgo de fractura

chas campañas”, asegura Alonso, “confunden a propios y extraños, ya que no todos los médicos tienen el tiempo suficiente para analizar con rigor toda la información científica disponible, y muchas veces son en exceso permeables al aluvión de información pseudocientífica que genera la propia industria”.

La medicalización de la menopausia y de la osteoporosis ya ha sido denunciada por las principales revistas médicas. “Las compañías farmacéuticas han patrocinado reuniones en las que se definía la osteoporosis, financiado estudios sobre los tratamientos y desarrollado importantes vínculos económicos con destacados investigadores. Han creado y pagado a grupos de pacientes, fundaciones sobre la osteoporosis, campañas de publicidad dirigidas a los médicos (tanto sobre los fármacos como sobre la enfermedad) y lucrativos premios de periodismo sobre la osteoporosis”, escribieron en el *British Medical Journal (BMJ)* Ray Moynihan, Iona Heath y David Henry hace ahora cuatro años.

¿Y qué pasa con el medio millón de hombres afectados? “Su menor cuota de mercado les ha relegado al anonimato”, dice Alonso. “Pero tiempo al tiempo”.

nés) del Servicio Madrileño de la Salud.

La cuestión es si hay que tratar a cientos de miles de mujeres durante 25 o 30 años para evitar una fractura a los 80 años. Para estos médicos, resulta desproporcionado y carece de justificación científica por el desconocimiento actual de la eficacia de los tratamientos preventivos en mujeres menores de 65 años y de los efectos secundarios de tratamientos tan largos.

Pero no todos ven así el problema. “Hay que tratar a todas las mujeres con osteoporosis”, afirma el ginecólogo Santiago Palacios, director del Instituto Palacios, un centro privado de salud de la mujer, y presidente de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM). En su opinión, “el objetivo es intentar prevenir la primera fractura por osteoporosis”. Por eso, de entrada, recomienda una densitometría a todas las mujeres de 50 años, aunque las

sociedades médicas desaconsejan el cribado antes de los 60.

La prevención universal tiene costes económicos y de salud. Así, para evitar una fractura de cadera en una mujer de 50 a 54 años hay que hacer una densitometría a

## La osteoporosis es uno de los problemas de salud que generan mayor gasto sanitario

7.446 mujeres (cada prueba cuesta entre 20 y 30 euros) y tratar a 227 mujeres (unos 400 euros anuales por persona), mientras que para prevenir esa fractura en el tramo de edad de 70 a 74 años hay que hacer una densitometría a 254 mujeres y tratar a 51. El coste de una fractura de cadera es, según Palacios, de unos 16.000 euros.