



<https://www.revclinesp.es>

## O-003 - VALORACIÓN DE LOS MOTIVOS DE DERIVACIÓN A LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE OSTEOPOROSIS DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

*N. Galofré<sup>1</sup>, C. Castaño<sup>2</sup>, N. Navarro<sup>3</sup>, J. Sahuquillo<sup>1</sup>, R. Benítez<sup>1</sup>, G. Tolchinsky<sup>1</sup>, M. Castellanos<sup>2</sup> y J. Vila<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Medicina Interna; <sup>2</sup>Reumatología; <sup>3</sup>Sistemas de información. Hospital Municipal de Badalona. Badalona (Barcelona).

### Resumen

**Objetivos:** La osteoporosis (OP) es una enfermedad diagnosticada y tratada en su mayor parte en Atención Primaria (AP), la derivación a la Atención Especializada (AE) se realiza según criterios protocolizados: osteoporosis secundaria; fracturas, respuesta inadecuada del tratamiento (Guía de osteoporosis de SEMFYC - 2014). Sin embargo, las nuevas recomendaciones sobre el uso de los bifosfonatos han condicionado un cambio en los criterios de derivación. Hemos examinado como se cumplen estos criterios en nuestro ámbito.

**Material y métodos:** En un Hospital General Básico con una población de referencia de 120.000 de una zona metropolitana, se revisan 50 derivaciones de pacientes con OP a AE, que en nuestro centro se distribuye entre una consulta monográfica de osteoporosis dirigida por una internista y la consulta general de Reumatología. Se recogen las siguientes variables: edad; sexo; ABS de referencia; factores de riesgo de fractura; datos densitométricos; cálculo de FRAX; motivo de consulta: cambios en la DMO, valoración de tratamiento, osteoporosis secundaria, protocolo oncología, otras causas; tipo estudio realizado en AP: DMO, DMO y vitamina D, DMO y vitamina D y PTH; DMO y radiografías de columna; presencia de fracturas, otras causas; tiempo de espera para la AE.

**Resultados:** En Medicina Interna se visitaron 27 pacientes (54%) y 23 en Reumatología (46%). La edad media fue de 66,32 años (67,44 años en M. interna y 65 años en Reumatología). El 92% fueron mujeres. El 26% de los pacientes no presentan factores de riesgo, 60% tienen 1 factor de riesgo, 12% tienen 2 factores de riesgo y 2% tienen 3. El factor de riesgo más frecuente: 38% la fractura previa, 20% menopausia precoz, 18% fractura de fémur en los padres, 6% fármacos osteopenizantes (ninguno corticoides), 4% IMC 20, 4% tabaco y 2% enfermedades osteopenizantes. Según la DMO: el 75% tiene criterios de OP en Columna lumbar y el 42% en cuello femoral. La media del FRAX calculado para fractura mayor es de 6,47% (40% tienen FRAX > 10%) y la media para fractura de fémur es del 3,722% (36% con FRAX > 3%). El motivo más frecuente de consulta es la valoración del tratamiento (64%), seguido de la valoración densitométrica (16%). El estudio realizado en AP fue en el 50% sólo densitométrico, y en 20% se añadió determinación de vitamina D/PTH. El tiempo de espera para la AE es de 100,06 días en global (64,22 para M. Interna y 142,13 para Reumatología).

**Discusión:** Creemos que las recomendaciones sobre la duración del tratamiento con bifosfonatos y las dificultades que existen en AP para prescribir fármacos alternativos específicos para la osteoporosis han modificado los criterios de derivación de los pacientes a la AE tal como hemos observado en esta revisión. Cabe decir que este trabajo tiene limitaciones: La dificultad en la revisión de historia clínica de AP en la recogida de factores de riesgo y cálculo de FRAX. Estos datos se extraen de la historia clínica de AE.

*Conclusiones:* La valoración del tratamiento es el motivo más frecuente de derivación a AE. El estudio de osteoporosis en AP se basa fundamentalmente en la densitometría. La fractura por fragilidad es un factor de riesgo no despreciable (38%) en la edad de este grupo de pacientes. 4- Un% muy alto de los pacientes precisan tratamiento específico para OP según el FRAX (40% > 10% en fractura mayor).