

Osteoporosis

Se caracteriza por una disminución de la masa ósea y deterioro de la microarquitectura del tejido óseo, con un consecuente incremento en la fragilidad ósea y susceptibilidad a fracturas

EPIDEMIOLOGÍA

- El desarrollo de fracturas es la **PRINCIPAL CONSECUENCIA DE OSTEOPOROSIS**
- Prevalencia de osteoporosis en mujeres postmenopáusicas >50 años= 10.3-23%
- 16.8% en columna
- 15.6% en cadera
- 90% de fracturas de columna y cadera son atribuibles a osteoporosis

CLASIFICACIÓN

- **Primaria:** Tipo I (postmenopáusica) y Tipo II (senil)
- **Secundaria**

CLÍNICA

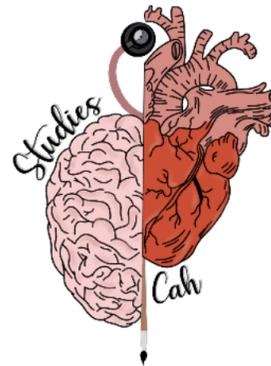
- Dolor de espalda en fractura o colapso de vertebra
- Postura encorvada
- Pérdida de estatura con el paso del tiempo

Fracturas más comunes de bajo impacto

- Columna
- Cadera (mas grave)
- Carpo o tercio distal del antebrazo

Importante recordar:

- La fractura de **COLUMNA** es el principal predictor de futuras fracturas
- La fractura de **CADERA:** 36% de mortalidad en el primer año y 40% recupera su nivel de independencia



VALORES T-SCORE PARA DIAGNÓSTICO

- Normal: Índice T -1.0 desviación estándar o mayor
- Osteopenia: Índice entre -1.0 a -2.5 desviaciones estándar
- Osteoporosis: Índice T -2.5 desviación estándar o menor

TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO

- Densitometría ósea con absorciometría de rayos x dual (DXA): de elección para cadera y columna lumbar
- Historia clínica completa
- FRAX (de elección); HERF (valido en México)
- Niveles de 25-Hidroxivitamina D (>20 normal)

¿Cuándo realizar el tamizaje?

- Mujeres > 65 años
- Mujeres > 50 años con factores de riesgo

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Calcio 1000-1200mg Diarios
- Vitamina D 600-800 UI
- Cambios en el estilo de vida

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Un **SÓLO FÁRMACO** por 6 a 10 años

- Bisfosfonatos (alendronato)
- Raloxifeno (Alto riesgo de fractura lumbar)
- Terapia estrogénica (ya no se recomienda como primera línea)

