

El debate sobre la escala FRAX

Díez Pérez A

Servicio de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas - Hospital del Mar-IMIM-UAB - Barcelona

El juicio clínico, empírico, intuitivo y basado en la experiencia, es uno de los pilares de las decisiones clínicas. Junto con las pruebas clínicas (“evidencias”) y en pie de igualdad, sirve para adaptar lo que ofrece la ciencia al paciente individual. La osteoporosis no es una excepción. Durante años, los clínicos hemos utilizado una larga lista de factores clínicos de riesgo, unos modificables, otros no, para evaluar en cada paciente cuanto riesgo tenemos que contrarrestar con nuestras intervenciones en el típico análisis de riesgo-beneficio.

El problema es que la cuantificación de dicho riesgo ha sido difícil. Otros campos de la patología nos han precedido en la búsqueda de fórmulas que nos permitan calcular el riesgo de enfermar del paciente individualizado, atribuyendo su peso relativo, si es que lo tienen, a cada uno de los factores que desempeñan un papel en la determinación del riesgo. En el caso de la osteoporosis, del riesgo de fractura.

Numerosas escalas se han venido construyendo con esta intención en los últimos años. Escalas como ORAI, *Fracture Index*, etc. han gozado de limitado predicamento bien porque su utilización era compleja, bien porque su capacidad predictiva era (o se ha percibido) como limitada.

Tras una larga gestación, se ha puesto a disposición de los clínicos la escala FRAX. Su inmediato éxito queda certificado porque ha suscitado un intenso debate desde el principio. Otras razones explican el porque de su impacto. Basada en un amplio mega-análisis de estudios de cohorte prospectivos, de varios países, ha sido capaz de tener un rigor metodológico y una representatividad internacional como ninguna otra antes había tenido. Avalada por la etiqueta de la OMS y por el prestigio de sus creadores, ha sido adaptada por numerosos países y traducida a los respectivos idiomas. Además, es clínicamente plausible ya que introduce varios de los elementos demostrados como clave en la determinación del riesgo de fractura, y permite cuantificar el riesgo absoluto a diez años en cada caso tanto para la fractura de fémur como para las principales fracturas derivadas de la osteoporosis.

Sin embargo, ya desde el principio se han señalado carencias en el cálculo de riesgo que ofrece. Aunque permite estimaciones independientes de la medición de la densidad ósea, su adición es importante para refinar el cálculo. En este caso, sin embargo, se limita a la medida en cuello femoral, muchas veces disociada de deterioros más importantes en otras localizaciones como la columna, y menos robusta para la misma región que la medición de fémur total. Hay potentes predictores independientes de riesgo que no son tenidos en cuenta, como por ejemplo la presencia de caídas frecuentes o las alimentaciones muy deficientes en calcio. La estimación de algunos factores es muy aproximativa. Así, por ejemplo, se valora igual haber padecido una o varias fracturas, el haber tomado dosis muy altas o muy bajas de corticoides, o la existencia de algunas enfermedades fuertemente asociadas a osteoporosis, por poner tres ejemplos. Además, su aplicabilidad queda limitada a mujeres no previamente tratadas, excluyendo a un gran número de casos que diariamente afrontamos. También es cierto que la base epidemiológica de incidencias de fracturas es aproximativa para la mayoría de países a los que se ha adaptado la herramienta.

Dos recientes publicaciones, basadas en el SOF (*Study of Osteoporotic Fractures*) y en el análisis de la rama placebo del estudio pivotal de alendronato (estudio FIT) han venido a abrir una vía de agua en su credibilidad. En ambos estudios se ha constatado que la capacidad predictiva de utilizar simplemente edad + DMO o edad + fractura previa¹ en un estudio o de edad + DMO + fractura vertebral² en otro es igual de acertada que la de utilizar la escala FRAX.

En España estas limitaciones han sido asimismo detectadas a partir del análisis de un amplio estudio prospectivo de cohorte. Tanto por su sobre como por su infravaloración del riesgo, en los casos extremos de riesgo de fractura observado, la linealidad del instrumento es limitada³.

¿Qué podemos concluir? Ante todo hay que felicitarse de que la escala FRAX se haya creado. Sin ninguna duda es un avance crucial en nuestro análisis clínico de la osteoporosis. Imperfecta, de validez limitada, con defectos metodológicos, con carencias llamativas. Y, sin embargo, representa la

primera escala global; va a marcar un nuevo paradigma en el abordaje de la osteoporosis, ya que será, sin duda, la columna vertebral sobre la que vamos a trabajar en los próximos años. Perfeccionarla y mejorarla en su aplicabilidad a países concretos va a ser una tarea inmediata a desarrollar. Mientras tanto, su uso juicioso, consciente de sus limitaciones, va a ser una ayuda en nuestra práctica clínica. Como siempre, volviendo al juicio clínico.

Jesús Hurtado

Es inevitable no dedicar unas palabras de recuerdo a Jesús. Nadie que lo conociese puede disputar sus cualidades. Persona terriblemente humana, discreto, trabajador, sencillo, afectuoso, clarividente, sagaz científico y médico... Todos estos tópicos que se aplican a los que han muerto de forma rutinaria, la mayoría de veces simplemente porque ya han muerto, son rigurosamente aplicables a

Jesús. Ejemplar en su vida y en su discurrir hacia la muerte, constituía un punto de referencia para todos los que le conocían y, por tanto, querían. Por su inmutable sonrisa y por la paz que irradiaba. Disfrutemos todos de su recuerdo.

Bibliografía

1. Ensrud KE, Lui LY, Taylor BC, Schousboe JT, Donaldson MG, Fink HA, et al. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. A comparison of prediction models for fractures in older women: is more better? Arch Intern Med 2009;169:2087-94.
2. Donaldson MG, Palermo L, Schousboe JT, Ensrud KE, Hochberg MC, Cummings SR. FRAX and risk of vertebral fractures: the fracture intervention trial. J Bone Miner Res 2009;24:1793-9.
3. González-Macías J, Vila J, Marín F, Díez-Pérez A. Análisis del comportamiento predictivo de la herramienta FRAX® en la cohorte de 5.201 mujeres del estudio ECOSAP. 14 Congreso de la SEIOMM. Santander 27-30 Octubre 2009.