

Tamizaje para prevenir fracturas osteoporóticas: Informe de evidencia actualizado y revisión sistemática para el Equipo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. II

Screening to Prevent Osteoporotic Fractures: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. II

JAMA. 2018 Jun 26;319(24):2532-51. doi: 10.1001/jama.2018.6537. Viswanathan M, Reddy S, Berkman N, Cullen K, Middleton JC, Nicholson WK, Kahwati LC.

Importancia: Las fracturas osteoporóticas causan morbilidad y mortalidad significativas. **Objetivo:** Actualizar la evidencia sobre detección y tratamiento para prevenir fracturas osteoporóticas para la Fuerza de Tarea de Servicios Preventivos de EE. UU.

Fuentes de datos: PubMed, la Biblioteca Cochrane, EMBASE y registros de ensayos (1 de noviembre de 2009 hasta el 1 de octubre de 2016) y vigilancia de la literatura (hasta el 23 de marzo de 2018); bibliografías de artículos. **Selección de estudios:** Adultos de 40 años en adelante; cohortes de cribado sin fracturas prevalentes de bajo trauma o cohortes de tratamiento con mayor riesgo de fractura; estudios que evalúan el cribado, pruebas de medición ósea o evaluaciones de riesgos clínicos, tratamiento farmacológico.

Extracción y síntesis de datos: Revisión doble e independiente de títulos/resúmenes y artículos de texto completo; calificación de calidad del estudio; metanálisis de efectos aleatorios.

Principales resultados y medidas: Fracturas de incidentes y morbilidad y mortalidad relacionadas, precisión diagnóstica y predictiva, daños de detección o tratamiento.

Resultados: Se incluyeron ciento sesenta y ocho artículos de buena calidad. Un ensayo clínico aleatorizado (ECA) ($n = 12483$) que comparó el cribado con ningún cribado informó menos fracturas de cadera (2,6% frente a 3,5%; cociente de riesgos instantáneos [HR], 0,72 [IC 95%, 0,59-0,89]) pero ningún otro

dato estadístico sobre beneficios o daños significativos. La precisión de las pruebas de medición ósea para identificar osteoporosis varió (área bajo la curva [AUC], 0,32-0,89). La precisión combinada de las evaluaciones de riesgo clínico para identificar osteoporosis varió de AUC de 0,65 a 0,76 en mujeres y de 0,76 a 0,80 en hombres; la precisión para predecir fracturas fue similar.

Para las mujeres, los bifosfonatos, la hormona paratiroidea, el raloxifeno y el denosumab se asociaron con un menor riesgo de fracturas vertebrales (9 ensayos [$n = 23690$], riesgos relativos [RR] de 0,32-0,64).

Los bifosfonatos (8 ECA [$n = 16438$], RR agrupado, 0,84 [IC 95%, 0,76-0,92]) y denosumab (1 ECA [$n = 7868$]; RR, 0,80 [IC 95%, 0,67-0,95]) fueron asociados con un menor riesgo de fracturas no vertebrales.

El denosumab redujo el riesgo de fractura de cadera (1 ECA [$n = 7868$]; RR, 0,60 [IC 95%, 0,37-0,97]), pero los bifosfonatos no tuvieron una asociación estadísticamente significativa (3 ECA [$n = 8988$]; RR agrupado, 0,70 [IC del 95%, 0,44-1,11]).

La evidencia fue limitada para los hombres: el ácido zoledrónico redujo el riesgo de fracturas vertebrales radiográficas (1 ECA [$n = 1199$]; RR, 0,33 [IC 95%, 0,16-0,70]); ningún estudio demostró reducciones en fracturas clínicas o de cadera. Los bifosfonatos no se asociaron sistemáticamente con los daños informados, distintos de la trombosis venosa profunda (raloxifeno versus placebo, 3 ECA [$n = 5839$], RR, 2,14 [IC 95%, 0,99-4,66]).

Conclusiones y relevancia: En las mujeres, las pruebas de detección para prevenir las fracturas osteoporóticas pueden reducir las fracturas de cadera y el tratamiento reduce el riesgo de fracturas vertebrales y no vertebrales. No hubo evidencia consistente de daños al tratamiento. La precisión de las pruebas de medición ósea o las evaluaciones de riesgos clínicos para identificar osteoporosis o predecir fracturas variaron de muy pobres a buenas.