

Qué es ? Los Fármacos Antiosteoporóticos

Los fármacos o medicamentos antiosteoporóticos son aquellos que se emplean para prevenir o tratar la osteoporosis. Su efecto es contener la pérdida del tejido (sustancia) del hueso que causa la osteoporosis (prevención) y favorecer el aumento de ese tejido del hueso (tratamiento). De esta forma se mejora la resistencia de los huesos frente a los esfuerzos a los que los sometemos con las actividades diarias y los protegemos mejor frente a posibles traumatismos. Con ello se disminuye la posibilidad de sufrir fracturas (riesgo de fractura). En la actualidad hay varios medicamentos con eficacia probada. Dependiendo de cual sea la causa o causas de la osteoporosis se indicarán unos u otros como tratamiento inicial.

Es muy importante que Ud., como paciente, sepa que los tratamientos para la osteoporosis son eficaces para reducir el riesgo de sufrir fracturas de los huesos pero en general no lo son para controlar síntomas como el dolor, que en muchos casos se debe a otros procesos asociados, como artrosis ("desgaste" de las articulaciones), que pueden tratarse con otros medicamentos.

Además de los medicamentos frente a la osteoporosis, hay otros medios (plan de vida general, dieta, ejercicio, prevención de caídas y traumatismos, etc.) que su reumatólogo le explicará y que pueden también contribuir a un mejor tratamiento de su problema.

¿A QUÉ PACIENTES SE LES RECOMIENDA EL EMPLEO DE FÁRMACOS ANTIOSTEOPORÓTICOS?

Principalmente a tres grupos de personas: 1) Para prevenir la aparición de osteoporosis en las mujeres que dejan de tener la regla (menopausia), sobre todo cuando aún son muy jóvenes o en su historial médico hay datos que indiquen que tienen mayor riesgo de padecer osteoporosis. A esto se llama prevención de la osteoporosis postmenopáusica. 2) Para prevenir la aparición de osteoporosis en personas que toman tratamientos que pueden provocar osteoporosis, sobre todo los fármacos corticoides (Ud. puede conocerlos también como "derivados de la cortisona"). 3) En el tratamiento de la osteoporosis establecida; es decir, de personas que ya han desarrollado osteoporosis, bien por la menopausia, bien por la edad u otros factores. En estos casos el objetivo del tratamiento es "fortalecer" sus huesos para evitar que sufra fracturas y, si las ha padecido ya, evitar que vuelva a tenerlas.

Estas son, en general, las indicaciones más habituales para empezar a tomar medicamentos antiosteoporóticos. Existen algunas más, y si Ud. se encuentra en alguno de estos casos, su reumatólogo le explicará por qué se los recomienda.

¿SON EFICACES LOS MEDICAMENTOS ANTIOSTEOPORÓTICOS?

Los medicamentos antiosteoporóticos son eficaces en la mayoría de los casos, siempre que se empleen adecuadamente y durante suficiente tiempo para que su efecto en los huesos sea apreciable.

Su utilidad se demuestra tanto en la mejoría de las exploraciones (densitometrías o pruebas para medir la cantidad de tejido de hueso), como en que habrá menos fracturas, fundamentalmente de las vértebras, las muñecas o las caderas. El empleo de medicamentos para la osteoporosis puede reducir el riesgo de tener una fractura entre un 25% (reducen a las tres cuartas partes la probabilidad de fractura) hasta en más del 50% (reducen a la mitad el riesgo de padecer una fractura).

Para evitar que un medicamento pueda producir problemas y controlar mejor su eficacia, es recomendable que usted sea valorada/o por su reumatólogo, quien repasará su historial, le solicitará análisis pertinentes y otras pruebas para diagnosticar si usted tiene osteoporosis, a qué se debe en su caso la osteoporosis y el grado de la misma. Así podrá recomendarle el tratamiento más adecuado.

¿DE QUÉ FÁRMACOS ANTIOSTEOPORÓTICOS DISPONEMOS?

A continuación le resumiremos los medicamentos de los que actualmente se dispone en España para la prevención y el tratamiento de las osteoporosis.

- A) Calcio y vitamina D. Son, por sí solos, los menos potentes para reducir el riesgo de osteoporosis o para tratarla cuando se emplean solos (reducen en un 20-25% el riesgo de fractura). En casos en los que la debilidad del hueso no llega a ser "osteoporosis", sino un grado más leve ("osteopenia"), pueden emplearse solos. También se recetan para aportar suplementos de calcio y vitamina D a personas que por edad o dieta tomen una menor cantidad de la recomendada y sobre todo se dan asociados a otros tratamientos antiosteoporóticos. Actualmente se comercializan medicamentos que llevan calcio y vitamina D combinados, facilitando así su toma.
- B) Etidronato. Es un medicamento "clásico", de la familia de los bisfosfonatos, con eficacia demostrada. Puede emplearse para prevención y para tratamiento. Se suele prescribir en pautas cíclicas, es decir, se toma durante dos semanas y se descansan otras 14 semanas, para completar ciclos de 3 meses. Algunos pacientes notan molestias intestinales al tomarlo. Se debe tomar, para que se absorba mejor, con el estómago vacío y nunca acompañado de leche o derivados lácteos o medicamentos con calcio.
- C) Alendronato y Risedronato. Son bisfosfonatos más recientes que el etidronato. Son de los medicamentos más potentes contra la osteoporosis, reduciendo en al menos un 50% la posibilidad de fracturas. Se toman diariamente, también en ayunas, con abundante líquido y sin lácteos. Debe evitar tumbarse después

de tomarlos, para que la pastilla no vuelva del estómago y pueda producir problemas de irritación en la parte superior del tubo digestivo (esófago).

- D) Calcitonina. Es una hormona que favorece el depósito de calcio en el hueso. Tiene, además, efecto analgésico. Se pueden administrar mediante inyección debajo de la piel (subcutánea) o en el músculo (intramuscular), y recientemente se emplea en pulverización en la nariz (intranasal). La calcitonina es un antiosteoporótico, que reduce el riesgo de fractura entre un 25% y un 50%. Administrada por las vías intramuscular o subcutánea puede producir, en ocasiones, náusea, sofoco, mareo y enrojecimiento de la piel. Administrada por vía intranasal, estos efectos son mucho menos frecuentes y, de aparecer, son menos intensos. Algunos expertos recomiendan su empleo para el tratamiento inicial de la osteoporosis en pacientes que acaban de sufrir una fractura de origen "osteoporótico".
- E) Tratamiento hormonal sustitutivo (THS). Consiste en sustituir la pérdida de la producción de las hormonas femeninas cuando los ovarios dejan de funcionar o son extraídos en una operación. Las hormonas femeninas tienen un efecto protector del hueso, por lo que con la menopausia y el climaterio ("retirada") el hueso puede debilitarse y convertirse en osteoporótico. Por ello, y tras un estudio pertinente, se valorará la conveniencia del tratamiento con estas hormonas. Su reumatólogo le realizará un historial para comprobar que no existen contraindicaciones para este tipo de tratamiento. Pueden administrarse por boca, mediante parches en la piel que duran tres días (vía transdérmica) o colocándolos debajo de la piel (método que emplean los ginecólogos). En otros países se dispone de formas de administración intranasal. Cuando la mujer aún tiene un útero normal, se administra, además, otra hormona (progesterona). Las ventajas del tratamiento hormonal sustitutivo son que es más natural (fisiológico) y corrige además los síntomas de la "retirada" (sofocos, cansancio, sequedad de la vagina, pérdida de deseo sexual, etc), reduce el colesterol y la frecuencia de hipertensión. Sin embargo, aumenta ligeramente el riesgo de tumores de mama (por lo que es importante que la paciente se someta a revisiones periódicas para la detección precoz del cáncer de mama) y de padecer tromboflebitis. También debe tenerse en cuenta que reaparece la regla, o manchado y la tensión de las mamas al final del periodo. Su reumatólogo le comentará las ventajas e inconvenientes de estos tratamientos, recomendándole que, además, debe realizarse controles ginecológicos periódicos si opta por estos medicamentos.
- F) Raloxifeno. Es un medicamento de reciente aparición, de acción parecida a una hormona (análogo hormonal). Actúa como una hormona femenina en los huesos, protegiéndolos de la menopausia, sin tener efectos sobre los órganos femeninos como las mamas o la matriz. Por lo tanto, no produce tensión mamaria ni regla. También tiene un efecto beneficioso sobre los niveles de colesterol y hay datos que indican que su empleo reduciría el riesgo de padecer cáncer de mama, efecto contrario al tratamiento con estrógenos. Por ello no son imprescindibles controles ginecológicos especiales con este fármaco.

- G) Tratamientos combinados. Algunos estudios relativamente recientes indican que algunos de los medicamentos que hemos comentado previamente son más eficaces si se administran conjuntamente. En principio, las combinaciones de fármacos antiosteoporóticos se reservarían para pacientes en los que se aprecie que el efecto del fármaco elegido inicialmente es insuficiente, y siempre con la supervisión de su reumatólogo.

¿CUÁNTO TIEMPO HAY QUE TOMARLOS?

El mayor tiempo posible, y probablemente un mínimo de tres a cinco años para que tengan algún efecto de protección frente a las fracturas. Cuando se dejan de administrar, su efecto protector sobre el hueso también desaparece. Si usted no está dispuesta a seguir un tratamiento prolongado, con los controles pertinentes que fije para el mismo su reumatólogo especialista, considere seriamente no iniciar el tratamiento.

En los casos en que el tratamiento es por el efecto perjudicial de otros medicamentos o enfermedades sobre los huesos, si se dejan de tomar los medicamentos perjudiciales o se cura la enfermedad causal, el tratamiento antiosteoporótico podría suspenderse tras la evaluación por su reumatólogo de que ello no le va a reportar ningún perjuicio.

¿QUÉ CONTROLES HAY QUE SEGUIR POR EL TRATAMIENTO?

Como la mayoría de los tratamientos prolongados, se realizan dos tipos de controles: de eficacia y de seguridad. En el caso de los fármacos antiosteoporóticos, los controles de eficacia son los que emplea su especialista reumatólogo para comprobar que el efecto que se consigue sobre sus huesos es el esperado y, en caso contrario, diseñar un nuevo tratamiento. Los controles de seguridad serán aquellos que controlen la aparición de efectos perjudiciales de los medicamentos. Generalmente serán análisis y controles ginecológicos (solo en pacientes con tratamiento hormonal sustitutivo). Aunque en la mayoría de los pacientes no se producirá ningún problema especial, le recomendamos que siga las instrucciones de su especialista.