

Jornadas de
**Reumatología en
Atención Primaria (RAP)**

**Alicante
2 de octubre
2018**



Dr. José Rosas
Jefe Sección Reumatología
Hospital Marina Baixa. Villajoyosa
rosas_jos@gva.es

OSTEOPOROSIS



1. **Diagnóstico**: Radiología y Densitometría ósea
 - Indicaciones
 - Interpretación
 - Uso adecuado.
2. Factores de **riesgo**.
3. **FRAX**: utilidad y limitaciones
4. **Prevención** primaria y secundaria
5. **Tratamientos**: indicaciones, duración y complicaciones
6. **Caso/s** clínico



¿Porqué la **Osteoporosis** es **todavía** hoy
una enfermedad **importante**?

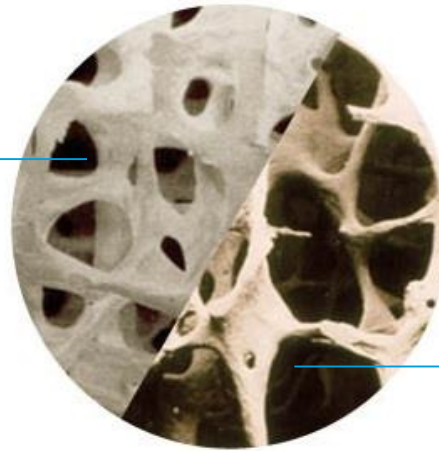


- En **España**, la **prevalencia** de **OP** es del **6%** → **2.450.000 españoles** tienen OP
- Las **fracturas osteoporóticas** afectan a **1 de cada 3 mujeres > 50 años**





Hueso normal



Hueso osteoporótico

Enfermedad frecuente:



Cada 3 segundos

una fractura osteoporótica



8,9 millones

Fracturas anuales en el mundo

Problema de salud pública en aumento:



50 %

**el 50 % de las personas que
sufren una fractura osteoporótica
experimentarán otra**



Aumenta

**La incidencia
de fracturas osteoporóticas
aumenta con la edad**

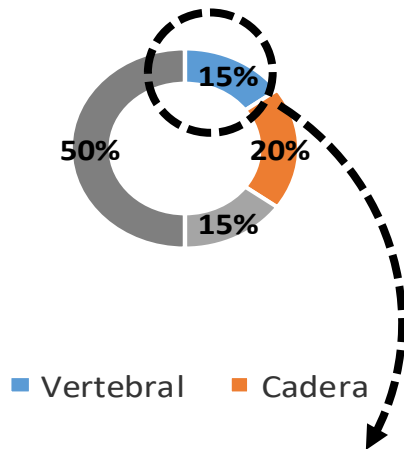
NIH. *JAMA* 2001;285(6):785-95.

International Osteoporosis Foundation (IOF). Facts and statistics. <http://www.iofbonehealth.org/facts-statistics>. Accessed August 13, 2014
European Commission Eurostat. Proportion population aged 65 and over. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00028>



ESPAÑA: 2.450.000 PACIENTES CON OSTEOPOROSIS

El n.º estimado de fracturas nuevas
en España en 2010 fue de **204.152**



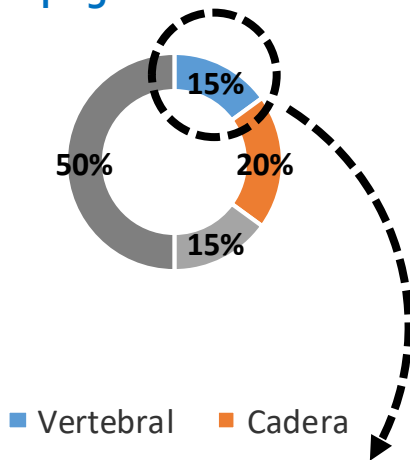
204.000 fracturas

Corresponde al **30 % del total de fracturas vertebrales**

(el **70 % restante no están diagnosticadas**)

ESPAÑA: 2.450.000 PACIENTES CON OSTEOPOROSIS

El n.º estimado de fracturas nuevas en España en 2010 fue de **204.152**



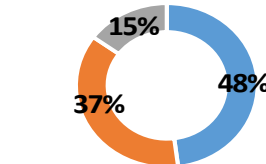
Corresponde al **30 % del total de fracturas vertebrales** (el 70 % restante no están diagnosticadas)

204.000 fracturas

Costes asociados a las fracturas en España en 2010

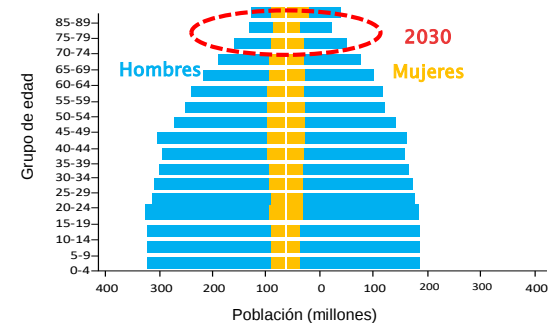
Cada fractura

Vertebral:	2.349 €
Cadera:	9.421 €
Muñeca:	1.073 €
Otras:	3.030 €



2.842 millones de €

Según las **proyecciones**, el n.º de fracturas aumentaría de **204.000 a 286.000 en 10 años**



Comisión Europea Eurostat.
Proporción de población mayor de 65 años

↑
35%

población >50 años

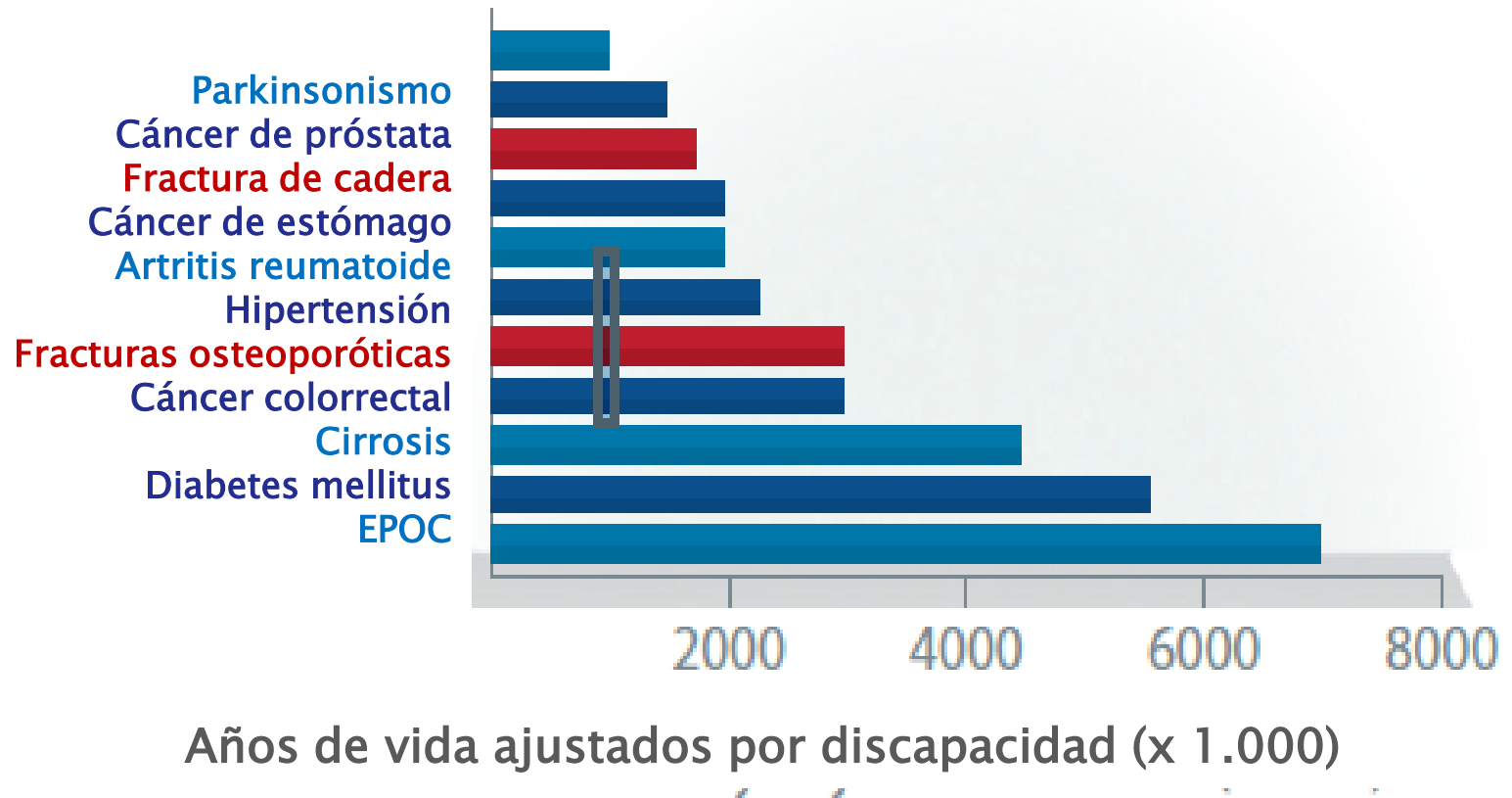
↑
40%

n.º fracturas

3.680 millones de €

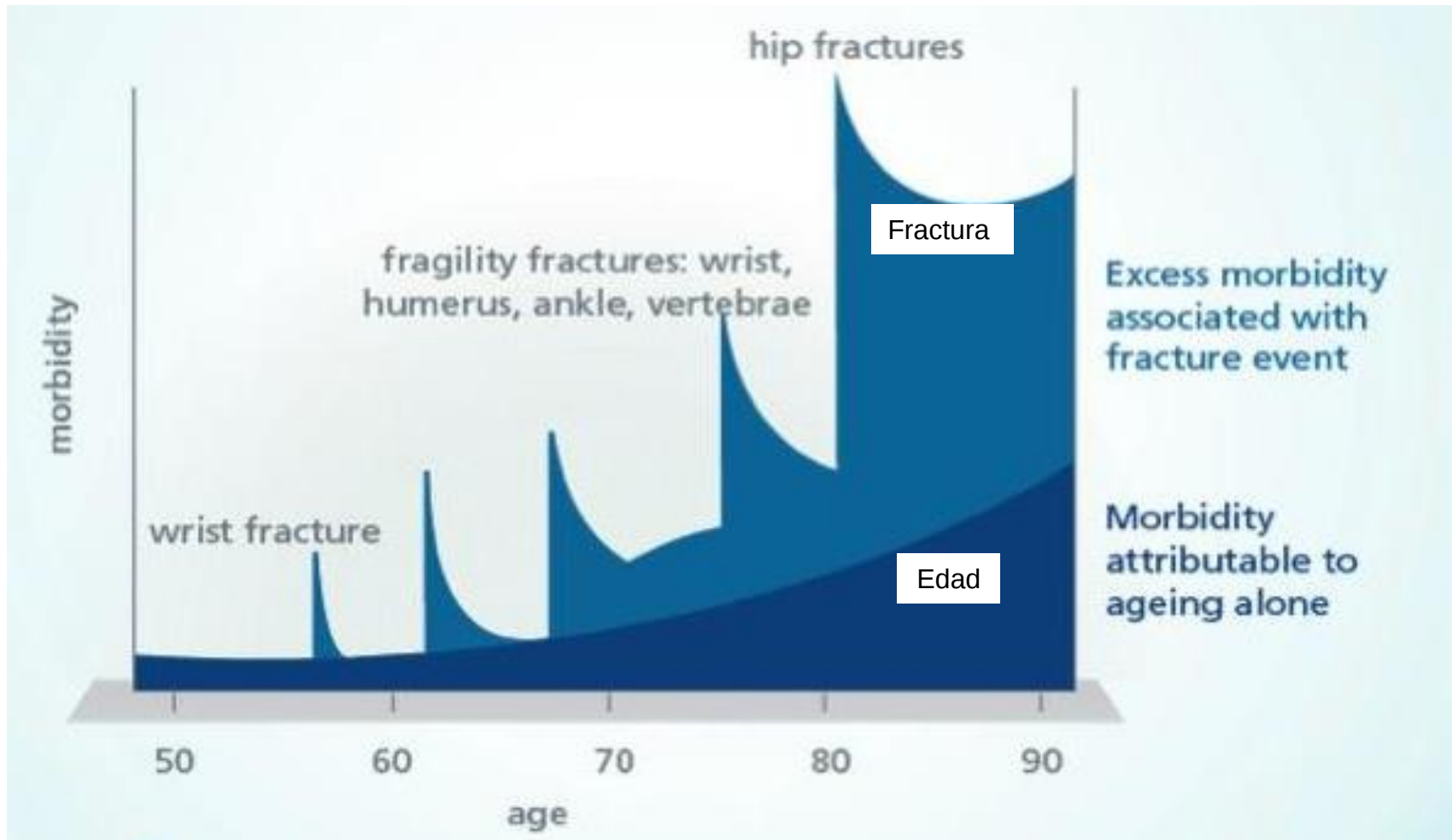


Carga de DISCAPACIDAD





Exceso de MORTALIDAD





8 de cada 10 mujeres con una fractura reciente de cadera o de muñeca **no reciben tratamiento** para la osteoporosis





8 de cada 10 mujeres con una fractura reciente de cadera o de muñeca **no reciben tratamiento** para la osteoporosis



.....y el **70%** de las **fracturas vertebrales no** están **diagnosticadas**



¿Tiene mi paciente **Osteoporosis**?



Pilar, 66 años: remitida por lumbalgia mecánica 6 meses, que no mejora con tratamiento analgésico



Pilar, 66 años: remitida por lumbalgia mecánica 6 meses

- Exfumadora 1 año (30 años/paquete)
- HTA (Enalapril 5 mg/d)
- No caídas recientes
- Lumbalgia no irradiada
- Expl: rigidez lumbar que interfiere vida normal





Pilar, 66 años: remitida por lumbalgia mecánica 6 meses

- Exfumadora 1 año (30 años/paquete)
- HTA (Enalapril 5 mg/d)
- No caídas recientes
- Lumbalgia no irradiada
- Expl: rigidez lumbar que interfiere vida normal
- RX col. Lumbar: ¿signos de osteopenia/OP?





Pilar, 66 años: remitida por lumbalgia mecánica 6 meses

- Edad menopausia: 49 años
- IMC: 21 kg/m²
- Fractura de Colles, hace 6 años
- Tratamiento actual: Ca+Vit D.....irregular



Pilar, 66 años:

- Edad menopausia: 49 años
- IMC: 21 kg/m²
- Fractura de Colles, hace 6 años
- Tratamiento actual: Ca+Vit D.....irregular

¿Tiene Pilar OP?

¿Necesita Pilar una RX?

¿Necesita Pilar una DMO?

¿Necesita Pilar otro tratamiento?



Pilar, 66 años:

- Edad menopausia: 49 años
- IMC: 21 kg/m²
- Fractura de Colles, hace 6 años
- Tratamiento actual: Ca+Vit D.....irregular

¿Tiene Pilar RIESGO de OP?

¿Necesita Pilar una RX?

¿Necesita Pilar una DMO?

¿Necesita Pilar otro tratamiento?



Pilar, 66 años:

- Edad menopausia: 49 años
- Exfumadora 1 año (30 años/paquete)
- IMC: 21 kg/m²
- Fractura de Colles, hace 6 años
- Fractura 5º metatarsiano, hace 1 año
- Tratamiento actual:
 - Ca+Vit D.....irregular
 - Alendronato 70 mg semanal x 5 años

Remitida para valorar **vacaciones terapéuticas**



Pilar, 66 años:

- Edad menopausia: 49 años
- Exfumadora 1 año (30 años/paquete)
- IMC: 21 kg/m²
- Fractura de Colles, hace 6 años
- Fractura 5º metatarsiano, hace 1 año
- Tratamiento actual:
 - Ca+Vit D.....irregular
 - Alendronato 70 mg semanal x 5 años

¿Tiene Pilar OP?

¿Necesita Pilar una RX?

¿Necesita Pilar una DMO?

¿Necesita Pilar otro tratamiento?

Remitida para valorar **vacaciones terapéuticas**



OMS en 1993:

Enfermedad **sistémica** del esqueleto caracterizada por una **masa ósea baja** y **deterioro** de la **microarquitectura** del tejido óseo, con el consiguiente aumento de la **fragilidad ósea** y una mayor **susceptibilidad a las fracturas**



OMS en 1993:

Enfermedad sistémica del esqueleto caracterizada por una **masa ósea baja** y **deterioro** de la **microarquitectura** del tejido óseo, con el consiguiente aumento de la **fragilidad** ósea y una mayor **susceptibilidad** a las **fracturas**

Ts de la DMO de columna lumbar y/o cadera (OMS):

- **Normal:** ≥ -1 DE
- **Osteopenia:** < -1 y > -2.49 DE
- **Osteoporosis:** ≤ -2.5 DE
- **Osteoporosis grave:** ≤ -2.5 DE + fractura por fragilidad



National Bone Health Alliance (NBHA), define OP en situaciones de **fractura** por fragilidad (bajo impacto), **sin** disponer del resultado de la **DMO**:

1. **T-score** en columna lumbar, cuello femoral o cadera total $\leq -2,5$.
2. **Fractura femoral**, independientemente del valor de la DMO, en mujeres postmenopáusicas y en varones >50 años.
3. **Fractura** vertebral, radio distal, húmero proximal o pelvis en mujeres postmenopáusicas y varones >50 años, si DMO baja/**osteopenia** (T score $\leq -1,0$).



¿Qué riesgo de Osteoporosis
tiene mi paciente ?



Consenso SER 2018

Se recomienda que la evaluación del riesgo de fractura por fragilidad no se base exclusivamente en la medición de la DMO, sino teniendo en cuenta además factores de riesgo clínicos.



Factores de **Riesgo Alto** de Fractura

1. Edad > 65 años
2. Bajo peso: IMC <20 Kg/m²
3. Antecedente de fractura por fragilidad en edad adulta
4. Fractura de fémur materna
5. Glucocorticoides (>5 mg/día de prednisona o equivalente >3 meses)
6. >2 caídas en el último año



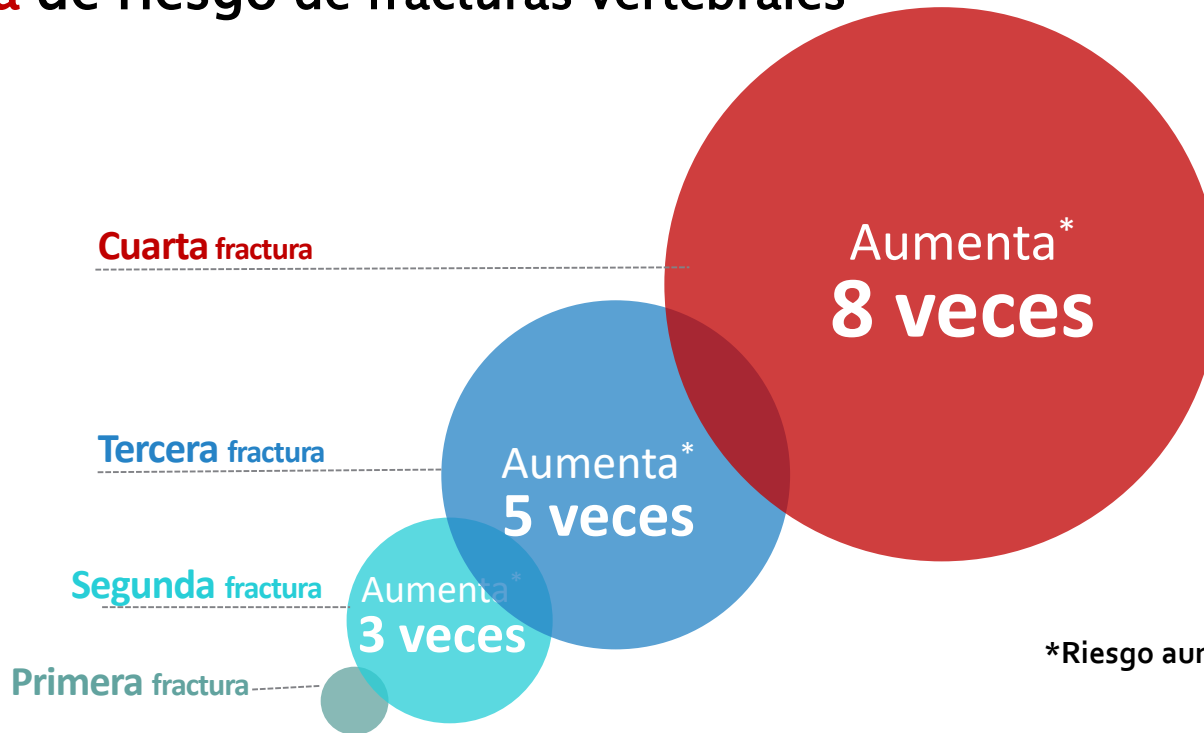
Riesgo moderado:

1. **Tabaquismo** activo.
2. > 3 unidades de **alcohol** diarias.
3. **Menopausia precoz** (<45 años), amenorrea primaria/secundaria, **hipogonadismo** varón.
4. **Enfermedades** que pueden reducir la DMO: artritis reumatoide y otras artropatías inflamatorias, patología intestinal inflamatoria, celiaquía, malabsorción, hepatopatías, hiperparatiroidismo, hipertiroidismo, anorexia y bulimia, trasplante de órgano sólido, etc.
5. **Fármacos** con capacidad de reducir la DMO: hidantoínas, anti-retrovirales, anticomieles, inh. aromatasa bloqueo androgénico, etc.
6. Relacionado con **caídas**: trastornos visuales, enfermedades neurológicas (Ictus, Parkinson), psicofármacos



Una Fractura....Provoca más Fracturas

Cascada de riesgo de fracturas vertebrales





Consenso SER 2018

Se recomienda que la **evaluación del riesgo de fractura por fragilidad** no se base exclusivamente en la medición de la **DMO**, sino teniendo en cuenta **además factores de riesgo clínicos**.

Se recomienda la utilización de la herramienta **FRAX**, con o sin **DMO**, para evaluar el **riesgo de fractura**.



ÍNDICE FRAX

Por favor responda las preguntas siguientes para calcular la probabilidad de fractura a diez años sin DMO o con DMO.

país: **España** Nombre/ID: [Sobre los Factores de riesgo](#)

Cuestionario:

1. Edad (entre 40-90 años) o fecha de nacimiento
Edad: A: M: D:

2. Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer

3. Peso (kg)

4. Estatura (cm)

5. Fractura previa ☒ No ☐ Sí

6. Padres con Fractura de Cadera ☒ No ☐ Sí

7. Fumador Activo ☒ No ☐ Sí

8. Glucocorticoides ☒ No ☐ Sí

9. Artritis Reumatoide ☒ No ☐ Sí

10. Osteoporosis secundaria ☒ No ☐ Sí

11. Alcohol, 3 o más dosis por día ☒ No ☐ Sí

12. DMO de Cuello Femoral
Seleccione BMD

Kanis JA. Osteoporosis International 2001; 12: 989-995

Herramienta de Cálculo

Por favor responda las preguntas siguientes para calcular la probabilidad de fractura a diez años sin DMO o con DMO.

país: **España**Nombre/ID: [Sobre los Factores de riesgo](#)

Cuestionario:

1. Edad (entre 40-90 años) o fecha de nacimiento

Edad:

Fecha de Nacimiento:

A: M: D:

2. Sexo



Hombre



Mujer

3. Peso (kg)

4. Estatura (cm)

5. Fractura previa



No



Sí

6. Padres con Fractura de Cadera



No



Sí

7. Fumador Activo



No



Sí

8. Glucocorticoides



No



Sí

9. Artritis Reumatoide



No



Sí

10. Osteoporosis secundaria



No



Sí

11. Alcohol, 3 o más dosis por día



No



Sí

12. DMO de Cuello Femoral

Seleccione BMD ▼ **IMC: 29.6**

La probabilidad de diez años de fractura (%)

**Sin DMO**

Mayor osteoporótica

9.9

La fractura de cadera

3.0

Peso de Conversión

libras ➔ kg

Conversión Altura

pulgadas ➔ cm

00709884Individuals with fracture risk
assessed since 1st June 201

Herramienta de Cálculo

Por favor responda las preguntas siguientes para calcular la probabilidad de fractura a diez años sin DMO o con DMO.


 país: **España**

 Nombre/ID:
[Sobre los Factores de riesgo](#)

Cuestionario:

1. Edad (entre 40-90 años) o fecha de nacimiento

Edad:

Fecha de Nacimiento:

 A:

 M:

 D:

2. Sexo

☐

Hombre

☒

Mujer

3. Peso (kg)

4. Estatura (cm)

5. Fractura previa

☐

No

☒

Sí

6. Padres con Fractura de Cadera

☒

No

☐

Sí

7. Fumador Activo

☒

No

☐

Sí

8. Glucocorticoides

☒

No

☐

Sí

9. Artritis Reumatoide

☒

No

☐

Sí

10. Osteoporosis secundaria

☐

No

☒

Sí

11. Alcohol, 3 o más dosis por día

☒

No

☐

Sí

12. DMO de Cuello Femoral

GE-Lunar

T-score: -2.4

[Borrar](#)
[Calcular](#)
IMC: 29.6
La probabilidad de diez años de fractura (%)
con DMO

Mayor osteoporótica

9.1

La fractura de cadera

2.7

Si usted tiene un valor TBS, haga clic aquí:

[Ajuste con TBS](#)

Peso de Conversión

libras ➡ kg

[convertir](#)

Conversión Altura

pulgadas ➡ cm

[convertir](#)
00709884

Individuals with fracture risk assessed since 1st June 2011



Consenso SER 2018

Se recomienda clasificar como **alto riesgo de fractura por FRAX:**

- Riesgo fractura de **cadera: $\geq 3\%$.**
- Riesgo fractura principal: **$\geq 10\%$ sin DMO $\rightarrow \geq 7,5\%$ con DMO.**

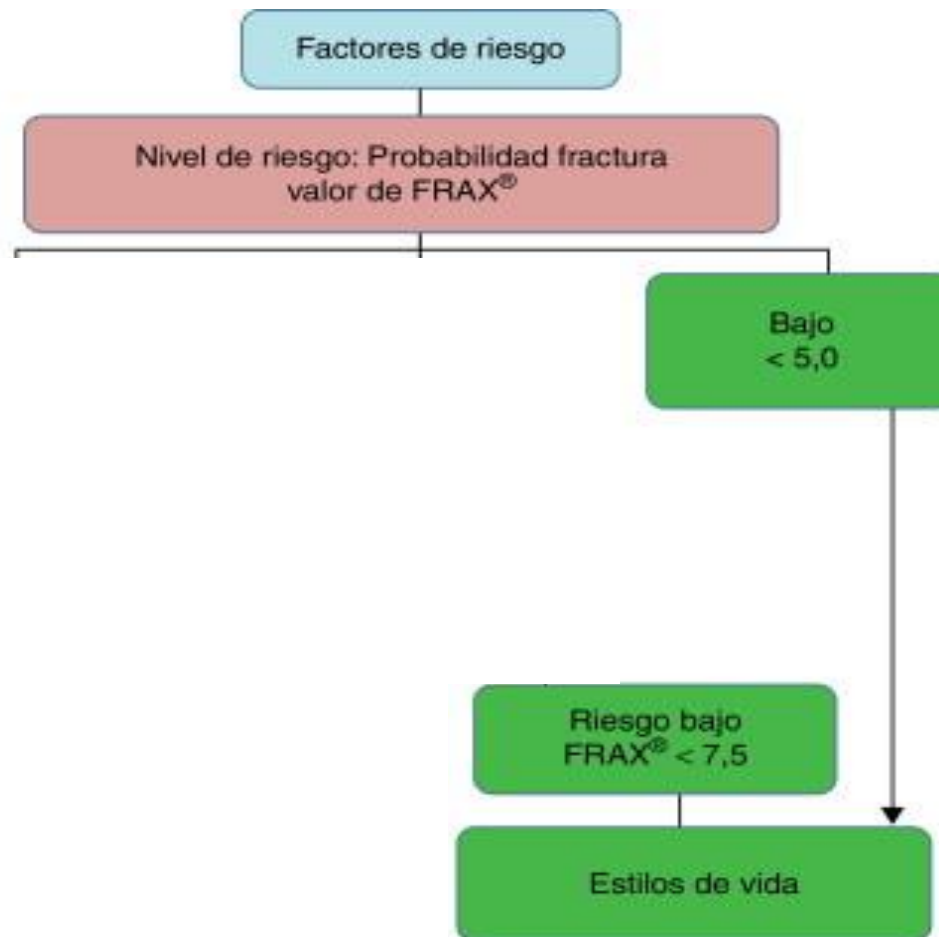
Osteoporosis: Factores de Riesgo



RAP
2018

Se recomienda clasificar como **alto riesgo de fractura por FRAX**:

- Riesgo fractura de **cadera**: $\geq 3\%$.
- Riesgo fractura principal: $\geq 10\%$ sin DMO $\rightarrow \geq 7,5\%$ con DMO.



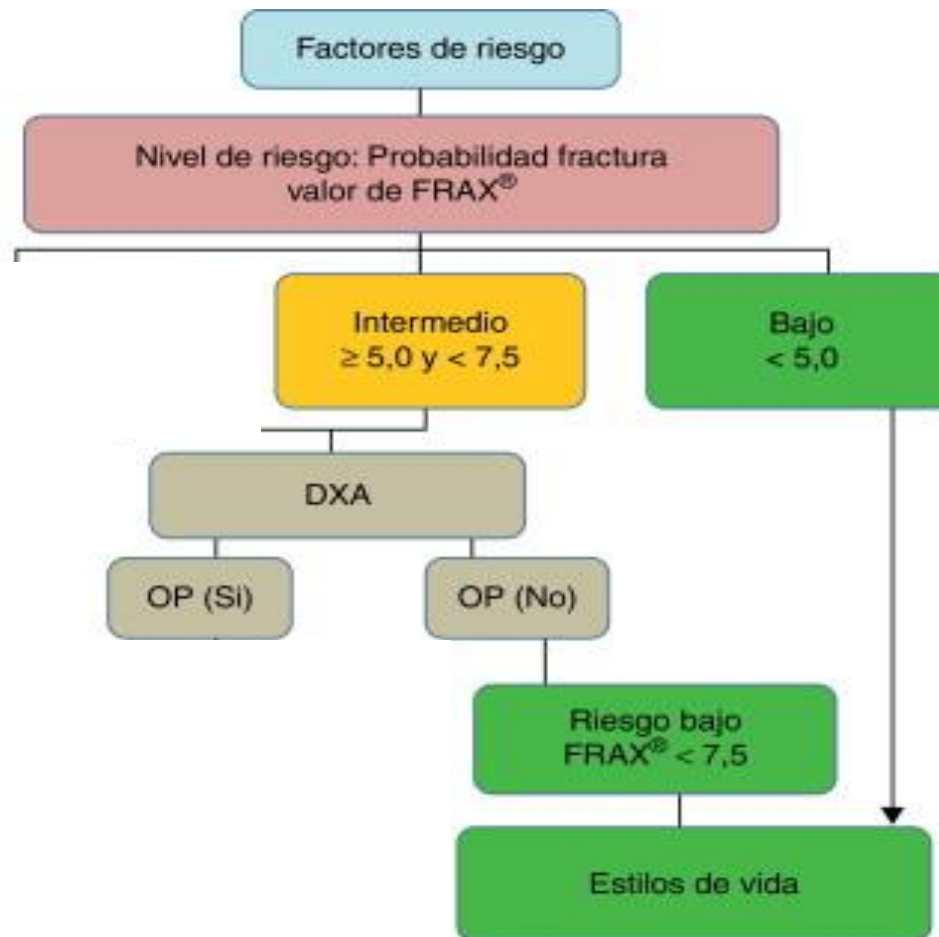
Osteoporosis: Factores de Riesgo



RAP
2018

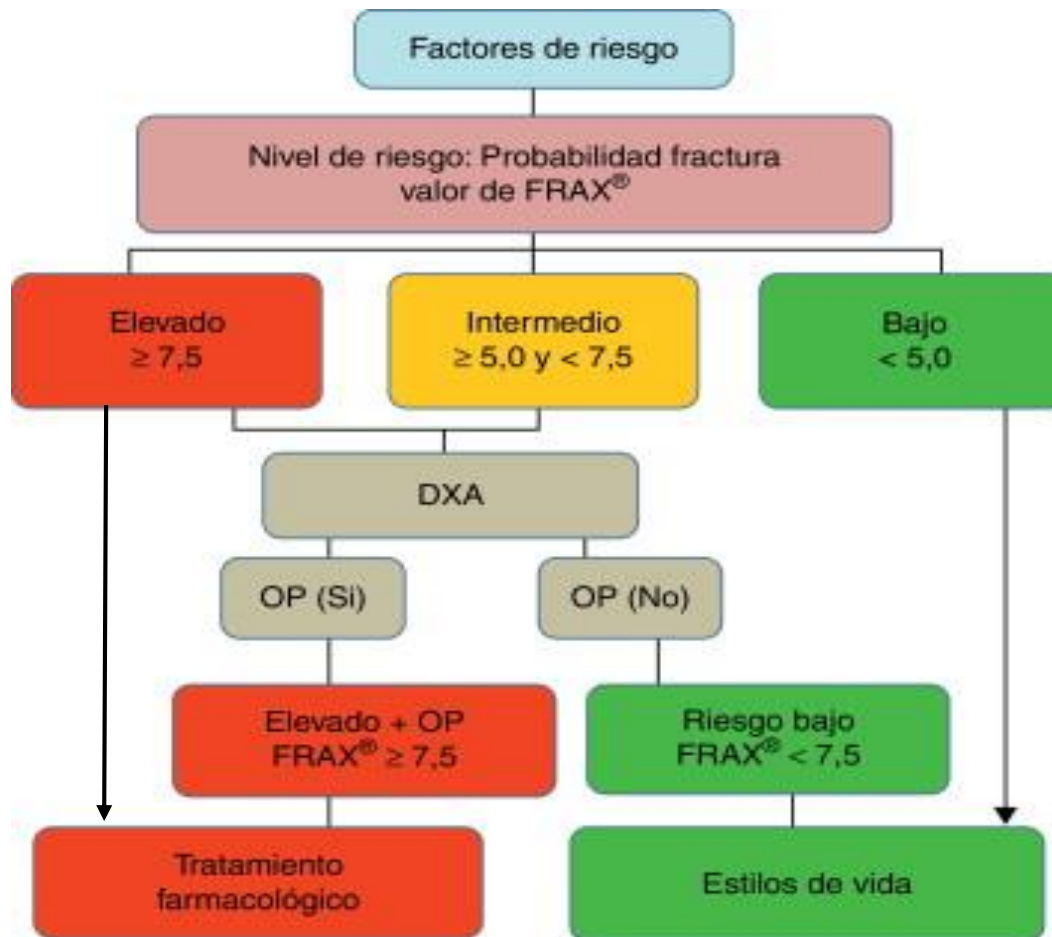
Se recomienda clasificar como **alto riesgo de fractura por FRAX**:

- Riesgo fractura de **cadera**: $\geq 3\%$.
- Riesgo fractura principal: $\geq 10\%$ sin DMO $\rightarrow \geq 7,5\%$ con DMO.



Se recomienda clasificar como **alto riesgo de fractura por FRAX**:

- Riesgo fractura de **cadera**: $\geq 3\%$.
- Riesgo fractura principal: $\geq 10\%$ sin DMO $\rightarrow \geq 7,5\%$ con DMO.





Ventajas **FRAX**:

- Herramienta que evalúa riesgo objetiva y validada
- Acceso libre (www.sheffield.ac.uk)
- Indica umbral terapéutico
- Tiene en cuenta factores de riesgo relevantes

Desventajas **FRAX**:

- Sobreestima riesgo
- Gran impacto de la edad
- No tiene en cuenta DMO lumbar
- No diferencia fractura vertebral/Cadera/Colles, de otras
- No se valora número de fracturas.....vertebrales?



¿Cómo confirmo el diagnóstico
de **Osteoporosis** en mi paciente ?

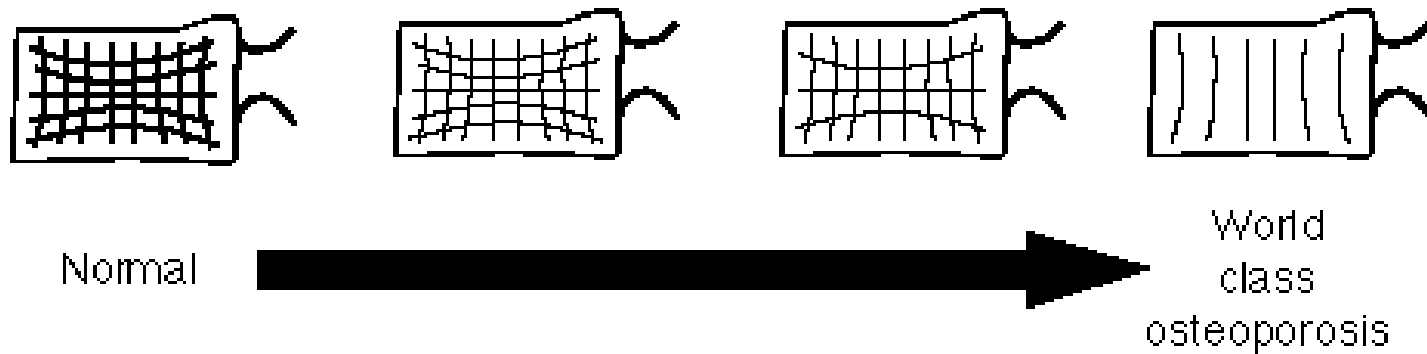


Diagnóstico:

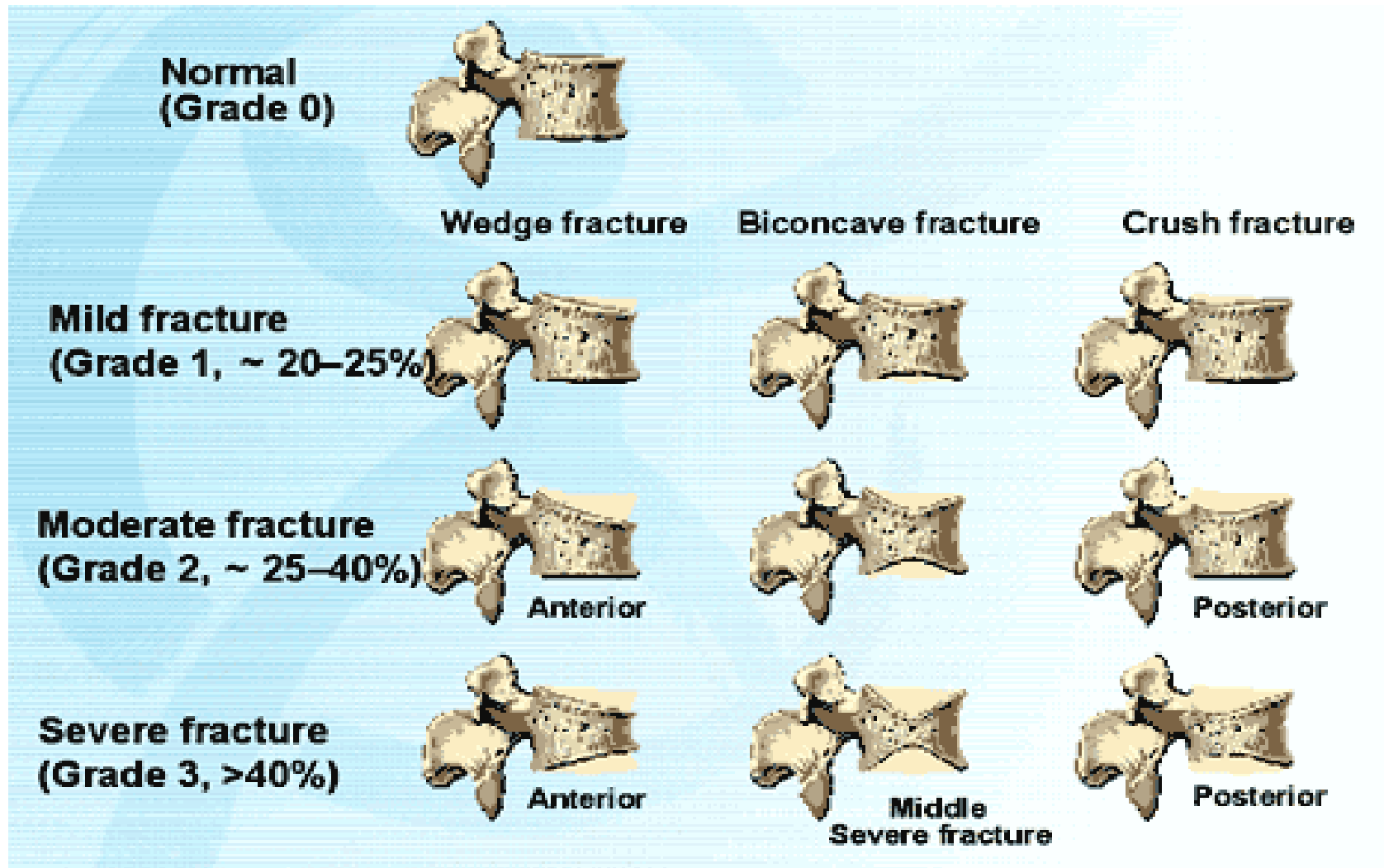
1. Radiológico
2. DMO



“La **regla de Resnick**”: “puedes tener un paciente normal y un técnico de rayos que provoque osteopenia cuando quiera.”

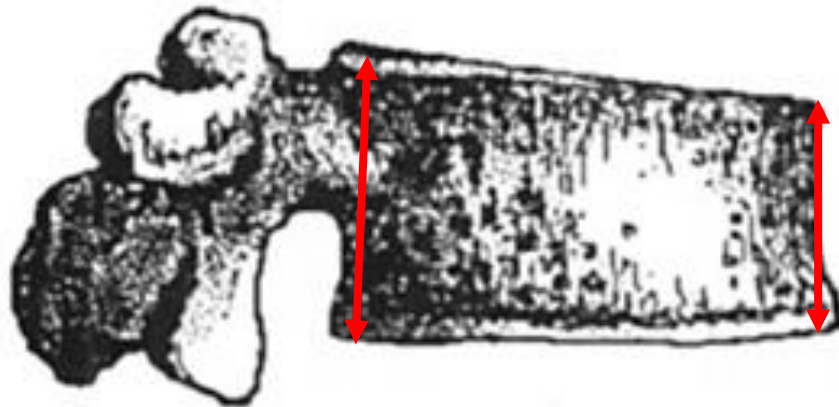


Método semicuantitativo de Genant





Método semicuantitativo de **Genant**



> 25%





En paciente con OP, debe realizarse
RX lat. Col dorsal y lumbar



Alto porcentaje de Fx silente



Consenso SER 2018

Recomendación: Valorar fractura vertebral

Paciente con riesgo alto de fractura o con osteoporosis:

- Se objetiva **cifosis o pérdida de altura** significativa
- Ante **dorsalgia o lumbalgia** de inicio reciente.



Consenso SER 2018

Se **recomienda** realizar **DMO**:

1. **Fractura** por fragilidad.
2. ≥ 2 **factores** de riesgo de fractura mayores.
3. **FRAX** fractura principal: $\geq 5\%$.
4. **Fármacos** inh. aromatasa, antiandrógenos y corticoides.
5. **Enfermedades** asociadas a OP secundaria.

REU Marina Baixa

Paciente con sospecha de Osteoporosis

Unidad DMO Clínica

Atención Primaria

- Historia clínica dirigida a factores de riesgo OP
- Analítica general y calciuria de 24 hs
- Radiología lateral de columna dorsal y lumbar

- No Fractura vertebral
- Al menos 1 factor de riesgo OP

Densitometría ósea Axial

Normal ($Ts: \leq -1$ DE)

Seguimiento **Atención Primaria**

Osteopenia ($Ts: > -1$ a -2.5 DE)

Osteoporosis ($Ts: > -2.5$ DE)

Tratamiento y seguimiento por **Atención Primaria**

Osteoporosis grave ($Ts: \leq -3$ DE)

Tratamiento y seguimiento por **Reumatología**

- Si Fractura vertebral

Remitir a **Reumatología**

Factores de Riesgo Osteoporosis

- Menopausia precoz (≤ 45 años)
- IMC: 19. Peso < 55 kg
- Fractura de cadera materna
- Fractura de bajo impacto
- Tabaquismo, Alcoholismo
- Cortisona, Li, anticonv, tiroxina, hep.
- Baja ingesta de calcio (< 2 lácteos)
- Osteopenia radiológica
- Enfermedades osteopenizantes: AR, malabsorción, IRC, $\uparrow$ TSH/PTH, EPOC, hepatopatía crónica



Pilar, 66 años:

- Edad menopausia: 49 años
- IMC: 21 kg/m²
- Exfumadora, hasta hace 1 año (30 años/paquete)
- Fractura de Colles, hace 6 años
- Tratamiento actual: Ca+Vit D.....irregular

¿Tiene Pilar OP?

¿Necesita Pilar una DMO?

¿Necesita Pilar una RX?

¿Necesita Pilar más tratamiento?

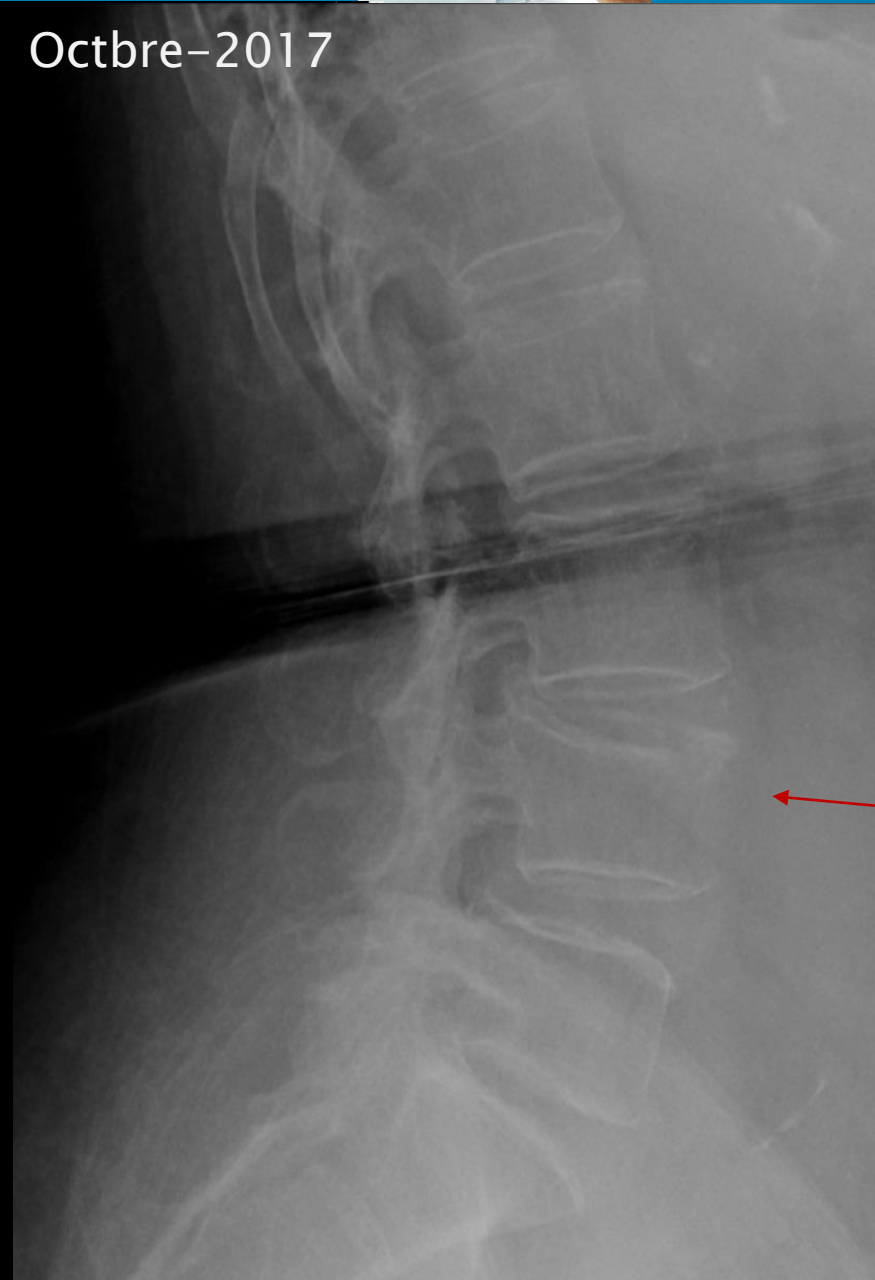
Si/Si



Abril-2017



Octbre-2017





DMO:

1. Ts Columna Lumbar: -3.1 DE
2. Ts Cadera:
 - Cuello Femoral: - 2.4 DE
 - Cadera Total: -2.6 DE



¿Hay que repetir DMO.....¿Cuándo?

Intervalo: variable, según escenario clínico y cambio esperable de DMO



DMO-Pacientes **SIN** tratamiento



Lejos OP → 10 años



Cerca OP → 2-3 años



DMO-Pacientes **CON** tratamiento



Primer control → 1-2 años



Posteriores → 2-4 años



¿Qué **tratamiento** necesita
mi paciente?



Consenso SER 2018

Se recomienda **iniciar tratamiento farmacológico**:

1. **Fractura** por fragilidad de **vértebra o cadera** en pacientes >50 años.
2. **Otras fracturas** por fragilidad en pacientes >50 años **y OSTEOPENIA** (T-score <-1 DE).
3. En aquellos casos con OP definida por **T-score $\leq$ - 2,5 DE** en columna, cuello de fémur o cadera total habría que valorar también la edad, la DMO y otros factores de riesgo.
4. Riesgo elevado de fractura de **cadera FRAX con DMO $\geq$ 3%**.
5. Varones en tratamiento de **privación androgénica y T $\leq$ -2,5**.



Se recomienda iniciar tratamiento farmacológico:

1. Fractura por fragilidad de vértebra o cadera en pacientes >50 años.
 2. Otras fracturas por fragilidad en pacientes >50 años y baja masa ósea (T-score <-1).
 3. En aquellos casos con OP definida por T-score $\leq -2,5$ en columna, cuello de fémur o cadera total habría que valorar también la edad, la DMO y otros factores de riesgo.
 4. Riesgo elevado de fractura de cadera FRAX con DMO $\geq 3\%$.
 5. Varones en tratamiento de privación androgénica y T $\leq -2,5$.
6. Tratamiento con **inh. aromatasa** y Ts ≤ -2 o con un Ts <-1,5 +factor riesgo adicional, o con ≥ 2 factores de riesgo sin DMO.
7. Tratamiento con **corticoides** y:
- a) Dosis inicial ≥ 30 mg/día de prednisona
 - b) Mujeres posmenopáusicas y varones >50 años con dosis ≥ 5 mg/d y:
 - **Fractura** previa por fragilidad o T-score $\leq -1,5$
 - o Riesgo elevado de fractura **FRAX**
 - Para cadera $\geq 3\%$
 - o Para fractura principal $\geq 10\%$ sin DMO o $\geq 7,5\%$ con DMO.



Tratamiento Farmacológico OP

Fármaco oral

Diario: RLX, BZX

Semanal: ALN, RIS

Mensual: IBN, RIS

Fármaco subcutáneo

Diario: PTH

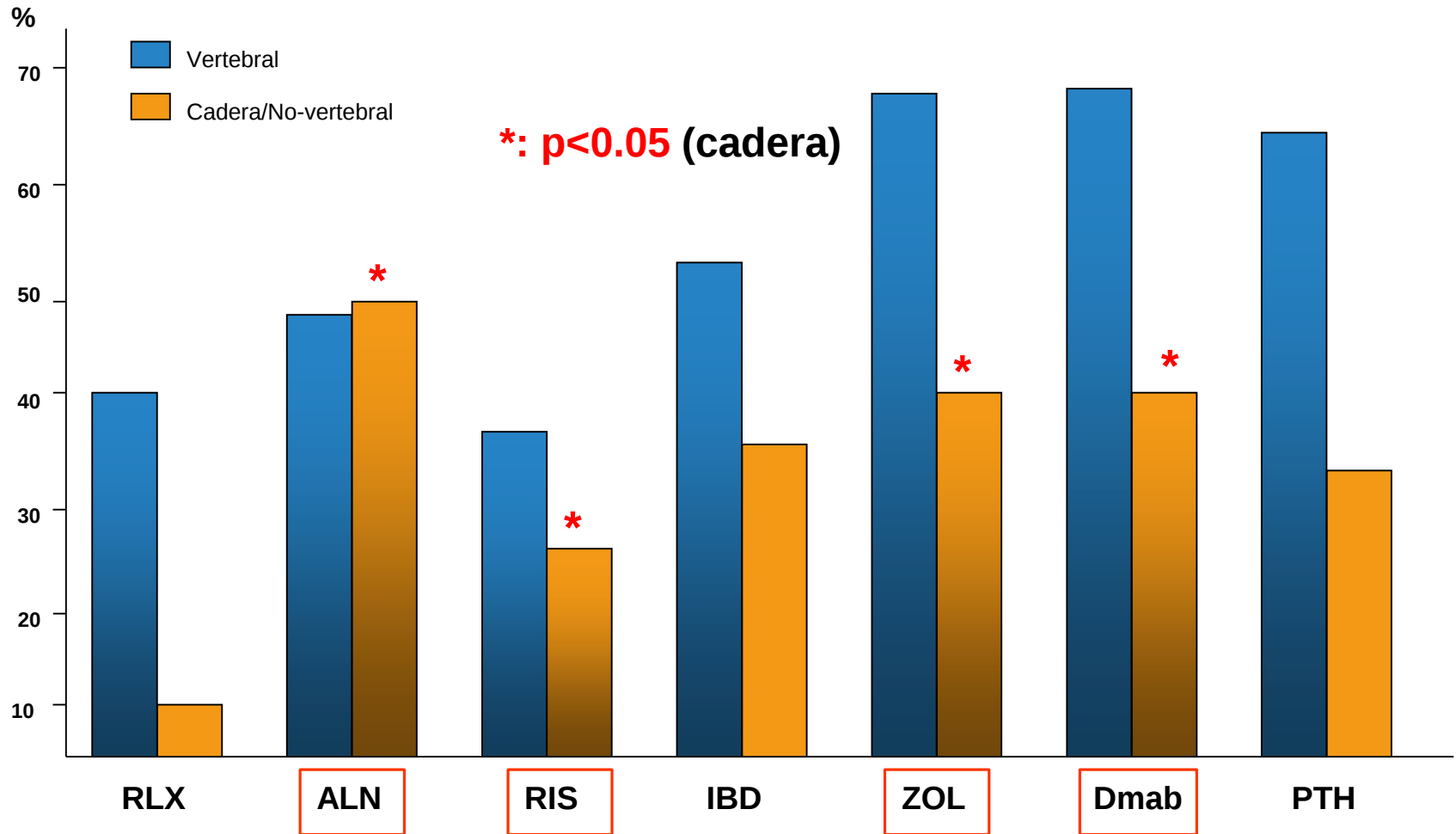
Semestral: Dmab

Fármaco intravenoso

Anual: ZOL

Osteoporosis: Tratamiento

RAP
2018



RLX: raloxifeno

ALN: alendronato

RIS: risedronato

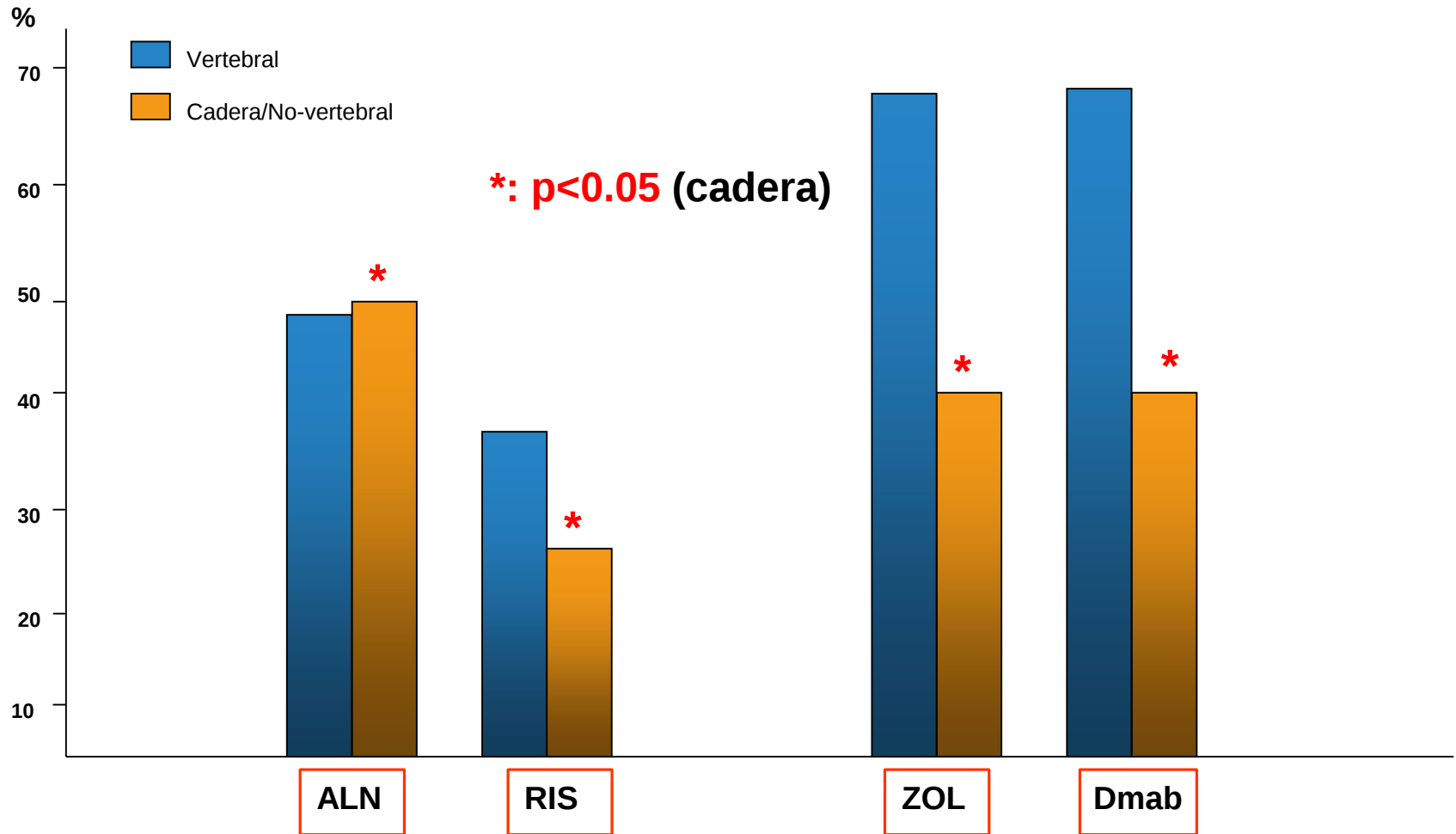
IBN: ibandronato

ZOL: zoledronato

Damb: Denosumab

Osteoporosis: Tratamiento

RAP
2018



RLX: raloxifeno

IBN: ibandronato

ALN: alendronato

ZOL: zoledronato

RIS: risedronato

Dmab: Denosumab



Consenso SER 2018

Elección el tratamiento:

1. Eficacia, seguridad y coste-efectividad de los fármacos
2. Presencia de fractura, en particular vertebrales o fracturas múltiples
3. Tratamientos previos y adherencia a los mismos
4. La edad
5. Las comorbilidades y polimedicación
6. Las limitaciones para la administración por vía oral.



8 de cada 10 mujeres con una fractura reciente de cadera o de muñeca **no reciben tratamiento** para la osteoporosis



.....y el **70%** de las **fracturas vertebrales** no están diagnosticadas



Fracturas por Fragilidad: **¿Por qué no se busca y trata la OP?**

.....Como se busca la HTA o la Hiperlipemia.....



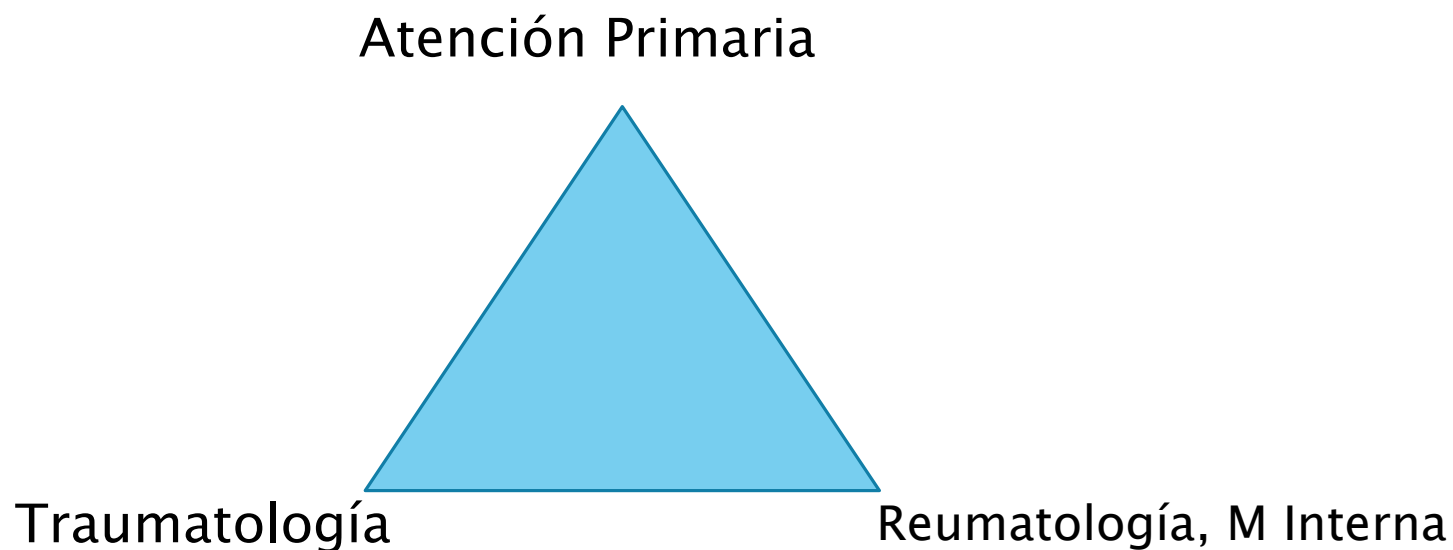
Fracturas por Fragilidad.....: el triángulo de las Bermudas



fracturas....invisibles.....

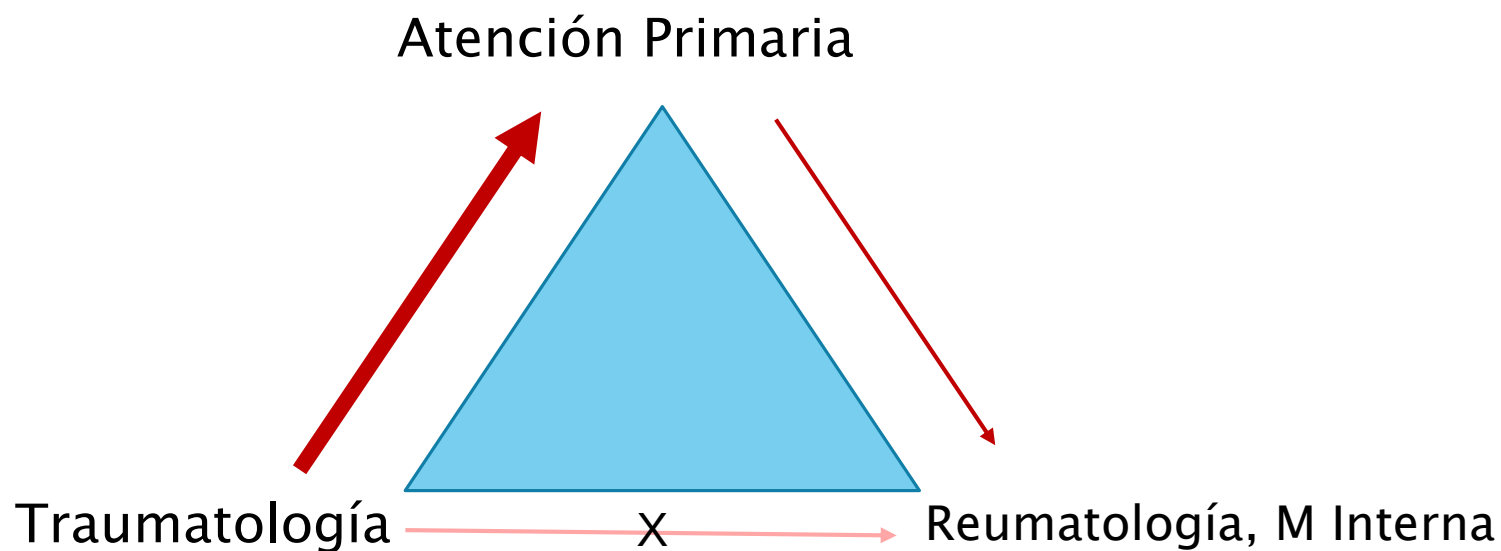


“Triángulo de las Bermudas” de la Fractura Osteoporótica





“Triángulo de las Bermudas” de la Fractura Osteoporótica

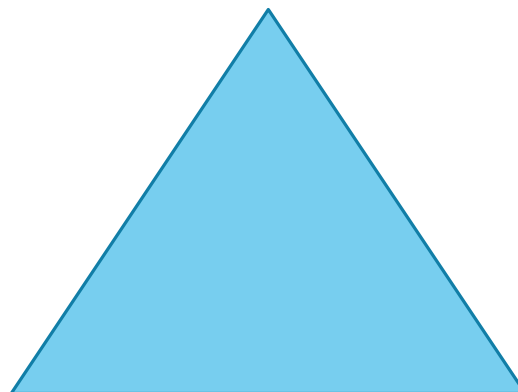




“Triángulo de las Bermudas” de la Fractura Osteoporótica

Atención Primaria

- ¿Tratto indicado por COT?
- ¿Inician tratto?
- ¿Solicitan DMO?
- ¿Remiten a REU?



Traumatología

- Trata la fractura
- ¿Remite a A Primaria?
- No busca/trata la OP

Reumatología, M Interna

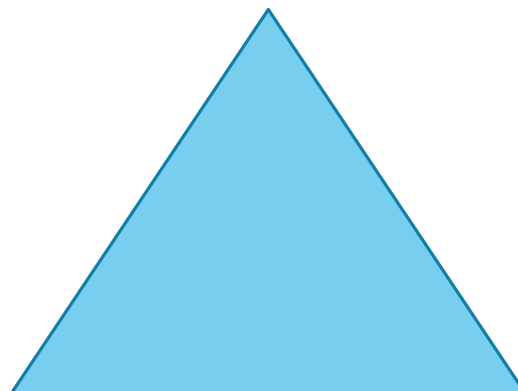
- No interviene en la fractura
- ¿Le remite A Primaria o COT?
- Busca/trata la OP
- ¿Le interesa la OP?



“Triángulo de las Bermudas” de la Fractura Osteoporótica

Atención Primaria

- ¿Tratto indicado por COT?
- ¿Inician tratto?
- ¿Solicitan DMO?
- ¿Remiten a REU?



Traumatología

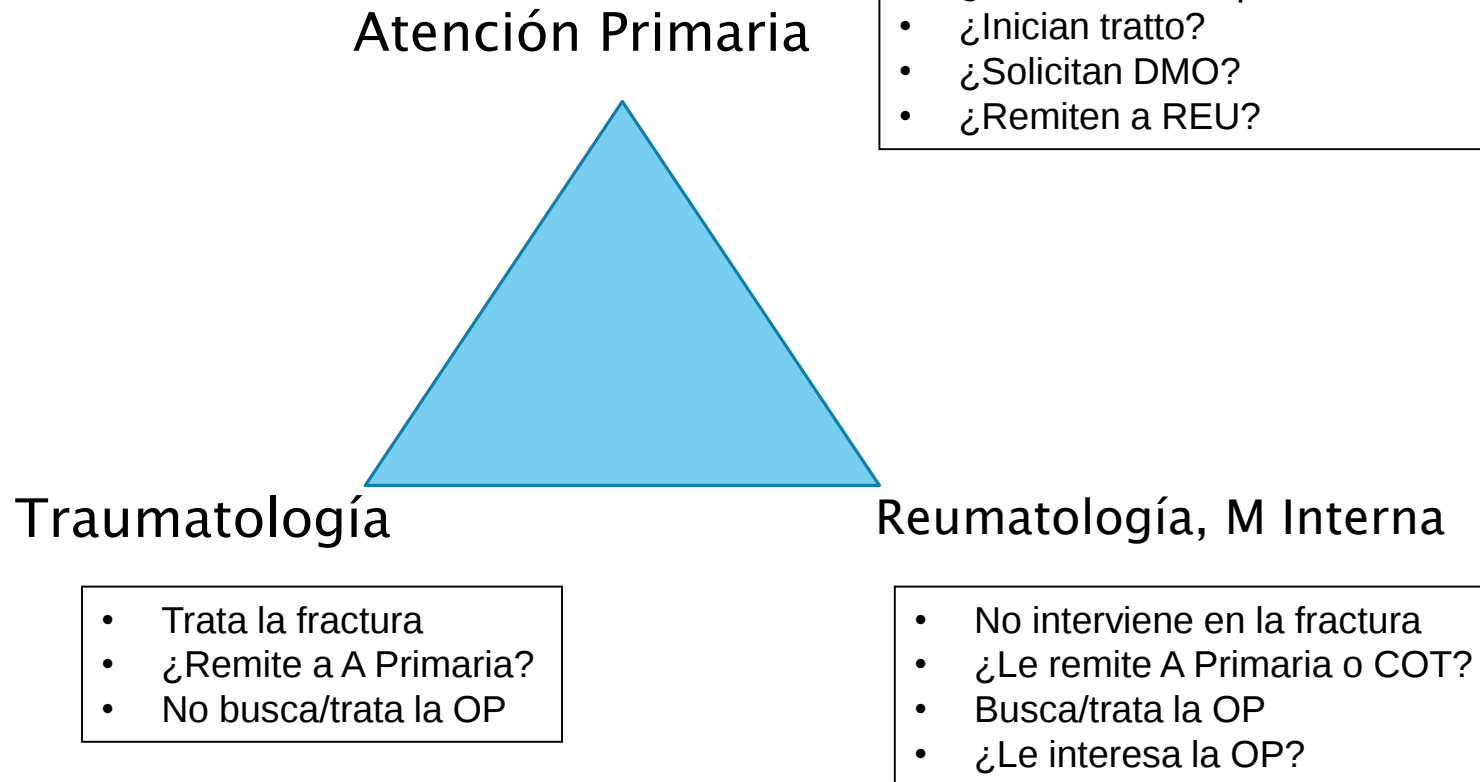
- Trata la fractura
- ¿Remite a A Primaria?
- No busca/trata la OP

Reumatología, M Interna

- No interviene en la fractura
- ¿Le remite A Primaria o COT?
- Busca/trata la OP
- ¿Le interesa la OP?



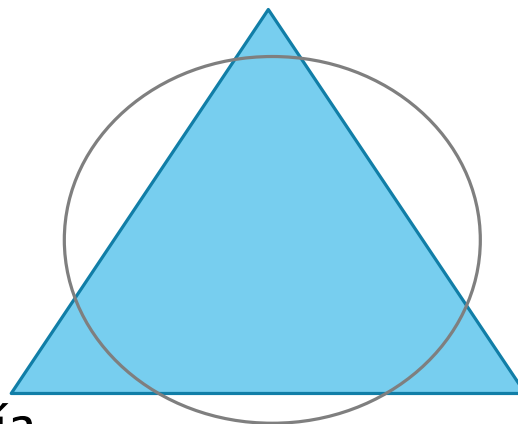
“Triángulo de las Bermudas” de la Fractura Osteoporótica





“Triángulo de las Bermudas” de la Fractura Osteoporótica

Atención Primaria



Traumatología

Reumatología, M Interna

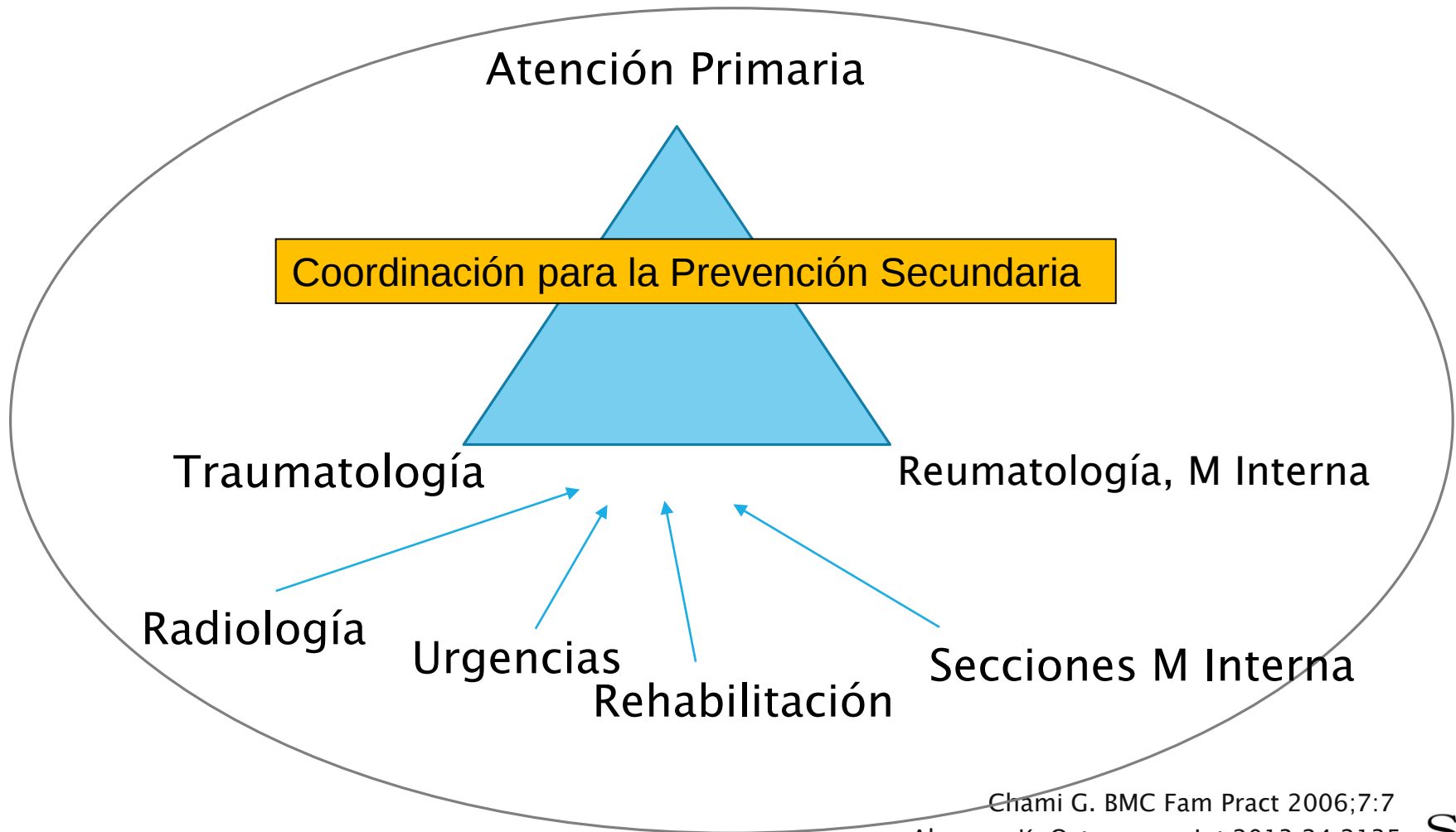
- Trata la fractura
- ¿Remite a A Primaria?
- No busca/trata la OP

- Tratamiento indicado por COT?
- ¿Busca/trata la OP?
- ¿Esperan DMO?
- ¿Remiten a REU?

- No interviene en la fractura
- ¿Le remite A Primaria o COT?
- Busca/trata la OP
- ¿Le interesa la OP?



“Triángulo de las Bermudas” de la Fractura Osteoporótica



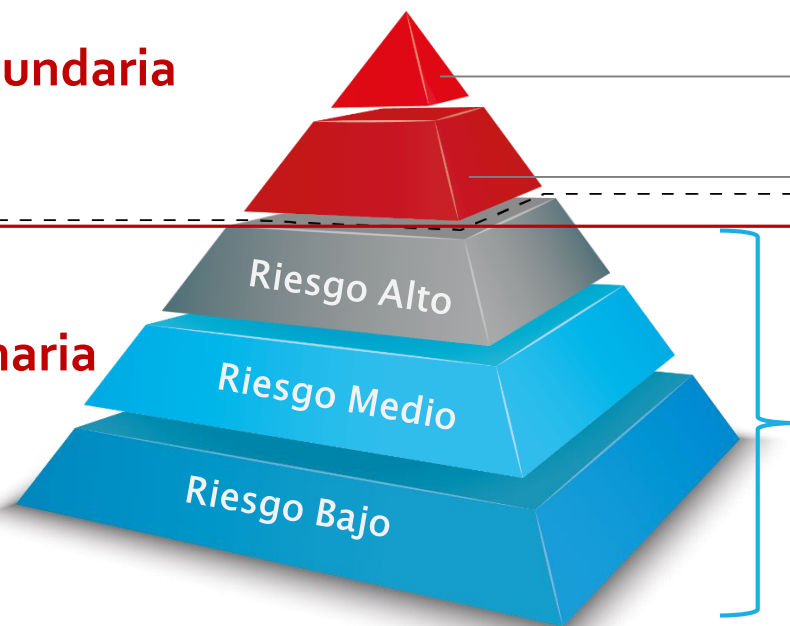


Prevención Secundaria

Pacientes con **nueva** fractura

Pacientes con **fractura** previa

Prevención Primaria



Riesgo de Fractura



Pilar, 66 años:

- Edad menopausia: 49 años
- Exfumadora 1 año (30 años/paquete)
- IMC: 21 kg/m²
- Fractura de Colles, hace 6 años
- **Fractura 5º metatarsiano, hace 1 año**
- Tratamiento actual:
 - Ca+Vit D.....irregular
 - Alendronato 70 mg semanal x 5 años

¿**Tiene Pilar OP?**

¿Necesita Pilar una RX?

¿Necesita Pilar una DMO?

¿Necesita Pilar otro tratamiento?

Remitida para valorar **vacaciones terapéuticas**



Consenso SER 2018

No se recomienda RETIRAR el tratamiento en Alto riesgo de fractura:

1. Fractura previa por fragilidad, o
2. DMO: Ts cuello femoral $\leq -2,5$ DE

¿VACACIONES? → Depende...del Riesgo



BAJO RIESGO

- No fracturas previas al inicio del tratamiento con bifosfonatos (prevalentes),
- No fracturas durante el periodo de 5 años en tratamiento con bifosfonatos (incidentes)
- Osteopenia: DMO lumbar y/o cadera ≤ -2.5 DE
- Actitud: vacaciones terapéuticas: 2 años (ALN), 1 año (RIS, IBN).



RIESGO MODERADO

- **Fracturas previas** al inicio del tratamiento con bifosfonatos (**prevalentes**), de bajo impacto
- **No fracturas** durante el periodo de **5 años en tratamiento** con bifosfonatos (**incidentes**)
- **DMO** lumbar y/o cadera **entre -2.5 a -3 DE Ts** o **pérdida de DMO >2%** durante el periodo de 5 años
- **Valorar comorbilidades**: fármacos (inhibidor aromatasa, tiroxina, antiepilépticos) y/o enfermedades osteopenizantes: artritis reumatoide, endocrinas, digestivas, celiaquía.
- **Actitud**: valorar continuar **bifosfonato hasta 10 años o cambio de diana**: denosumab, pth, bazedoxifeno

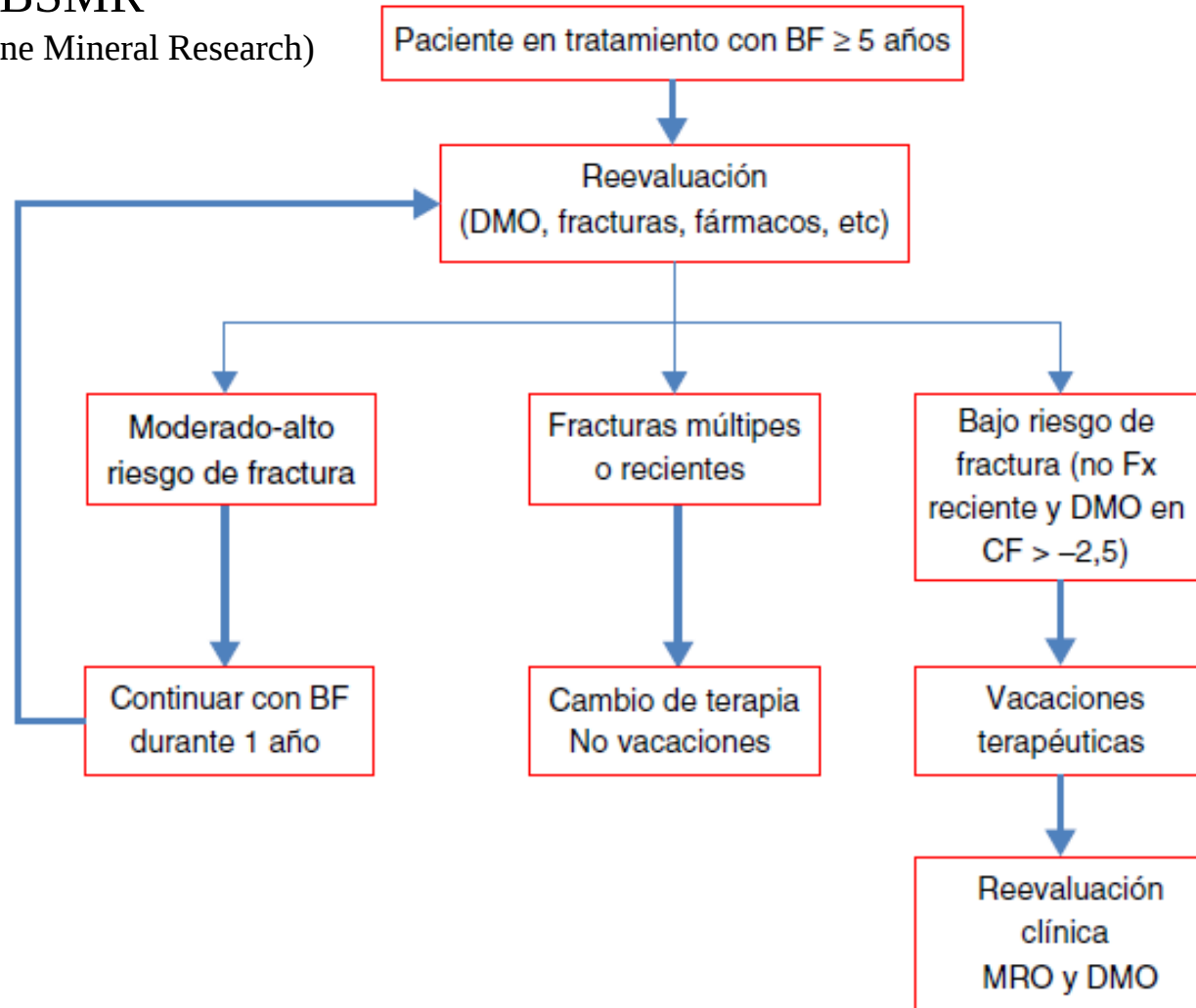


RIESGO ALTO

- Edad ≥ 75 años.
- Fracturas previas al inicio del tratamiento con bifosfonatos (prevalentes), especialmente vertebrales, cadera.
- Fracturas durante el periodo de 5 años en tratamiento con bifosfonatos (incidentes)
- DMO lumbar y/o cadera entre <-3 DE o pérdida de DMO $>2\%$ durante el periodo de 5 años
- Tratamiento con corticoides más de 3 meses a dosis ≥ 7.5 mg diarios
- Actitud: valorar continuar bifosfonato hasta 10 años o cambio de diana: denosumab, pth, bazedoxifeno (este último si la paciente NO presenta osteoporosis de cadera)

Algoritmo de la ABSMR

(American Society for Bone Mineral Research)





Pilar, 66 años:

- Edad menopausia: 49 años
- Exfumadora 1 año (30 años/paquete)
- IMC: 21 kg/m2
- Fractura de Colles, hace 6 años
- **Fractura 5º metatarsiano, hace 1 año**
- Tratamiento actual:
 - Ca+Vit D.....irregular
 - Alendronato 70 mg semanal x 5 años

¿**Tiene Pilar OP?**

¿Necesita Pilar una RX?

¿Necesita Pilar una DMO?

¿Necesita Pilar otro tratamiento?

Remitida para valorar **vacaciones terapéuticas**



NO vacaciones



Consenso SER 2018

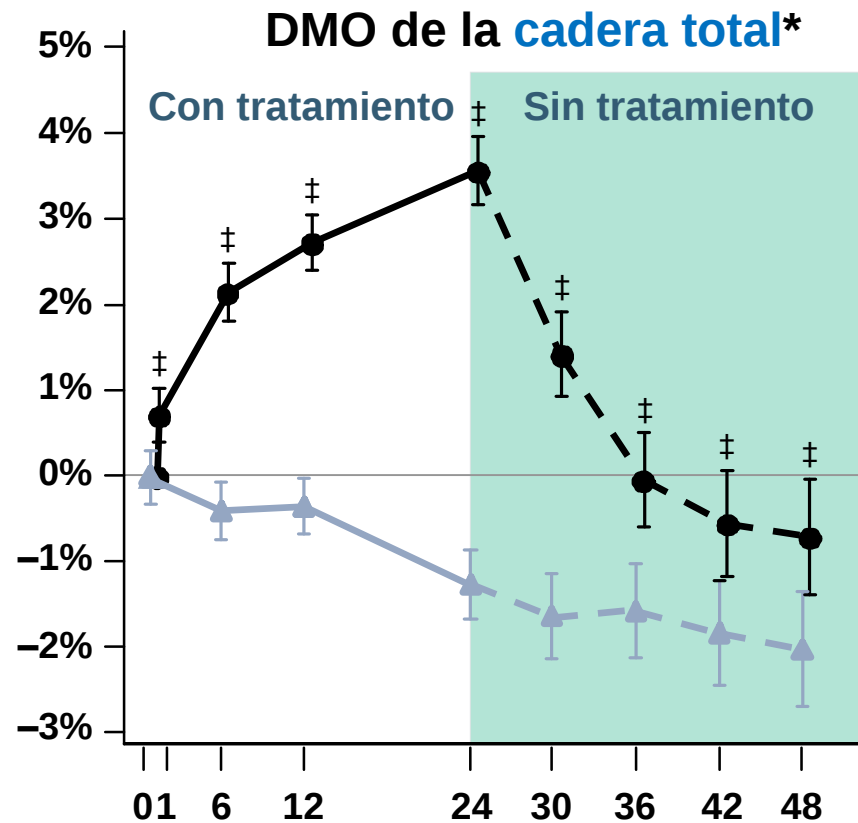
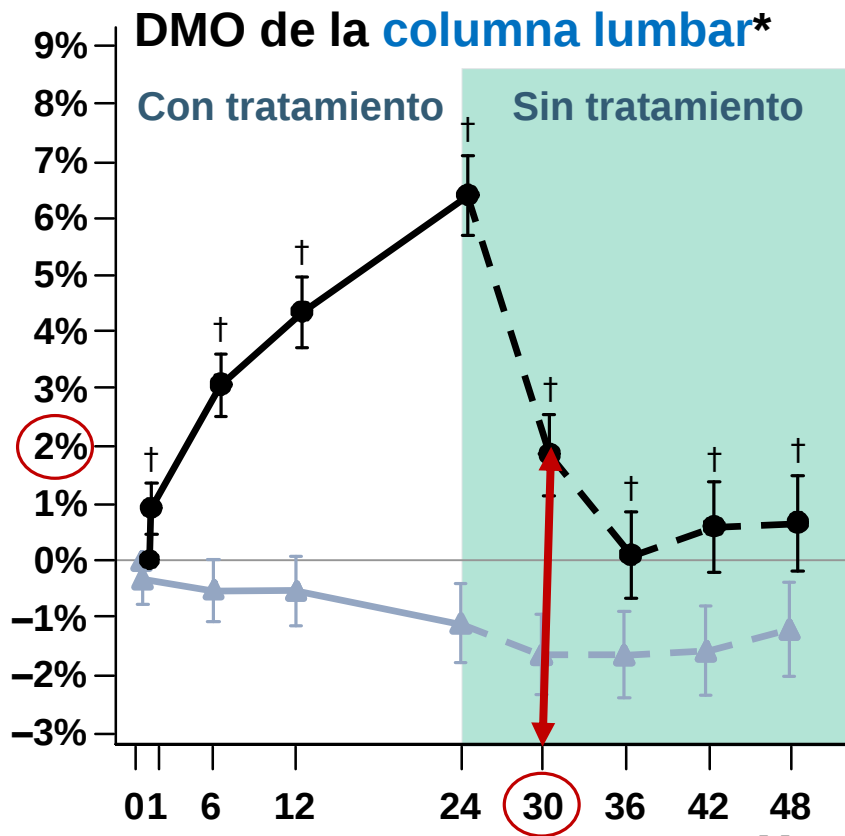
Si se retira DENOSUMAB, el paciente debe recibir un tratamiento alternativo:

Efectos de la interrupción de Denosumab en la DMO de columna lumbar y la cadera total

Estudio fase III-DEFEND: (estudio de extensión)

Cambio porcentual medio de mínimos cuadrados desde el valor basal

▲ Placebo (n = 128) ● Denosumab (n = 128)



Mes del estudio

Adaptado.

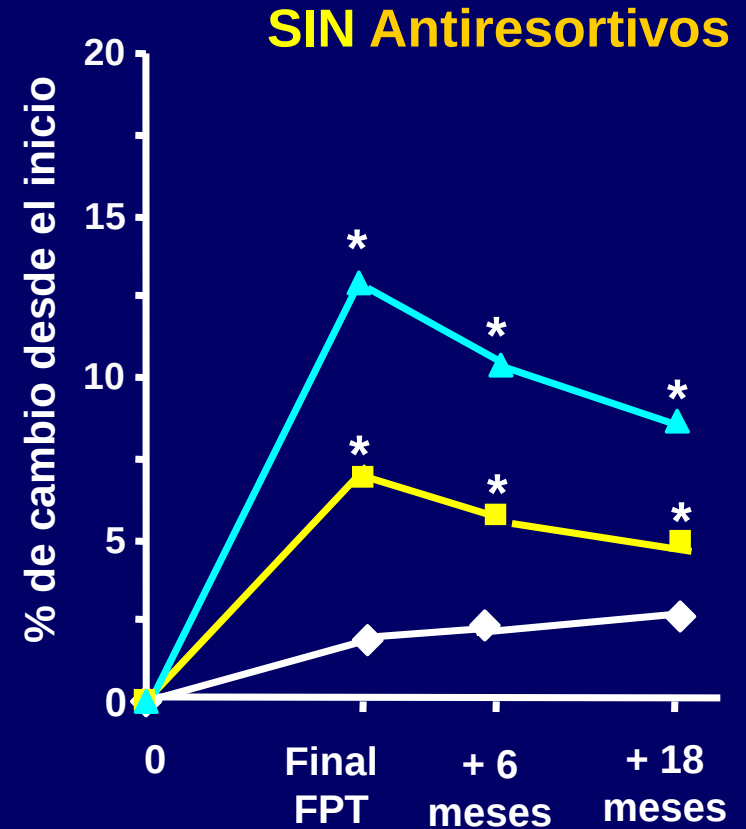
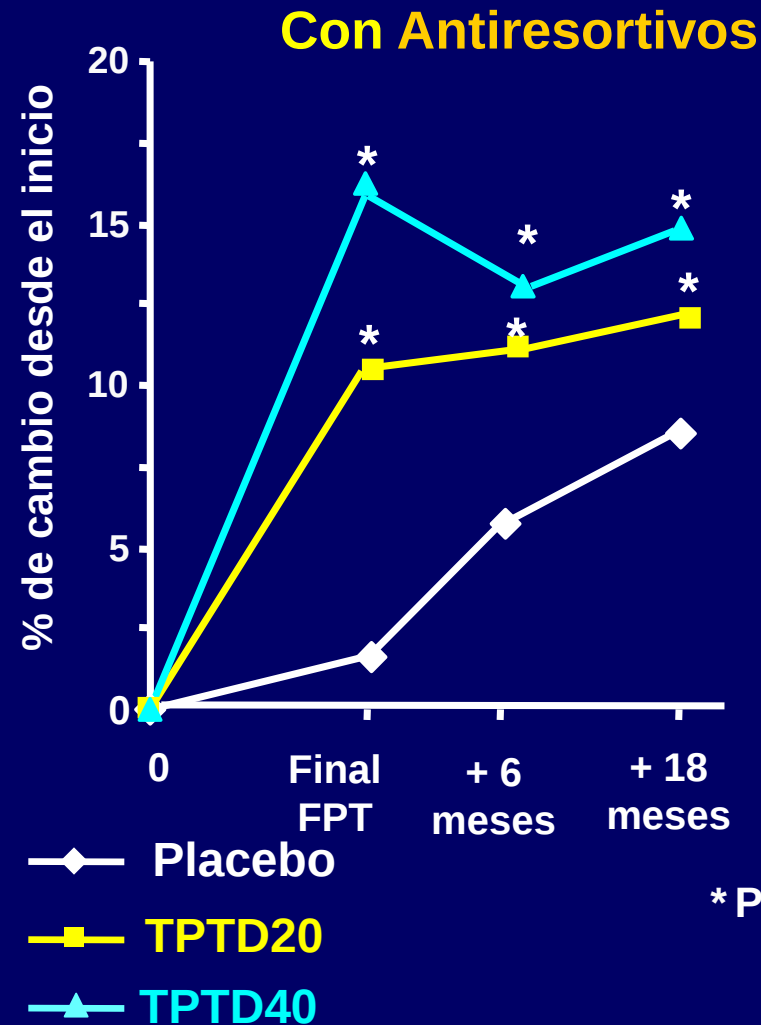
*Los valores fueron porcentajes medios de mínimos cuadrados e IC del 95%. La línea continua indicaba "con tratamiento"; la línea discontinua indicaba "sin tratamiento".

†P < 0,002; ‡P ≤ 0,007; IC = intervalo de confianza.

Bone H, et al. *J Bone Miner Res*. 2009;24(Suppl 1). <http://www.asbmr.org>. Accessed September 17, 2009. Abstract A09001485 and oral presentation.

Bone HG, et al. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011; 96(4): 972-980.

Seguimiento Fracture prevention trial (PTH) DMO Lumbar





Consenso SER 2018

Si al paciente con OP se le indica algún procedimiento odontológico invasivo (exodoncia o implante):

1. RETRASAR el inicio del tratamiento antirresortivo hasta la cicatrización completa de la herida quirúrgica.
2. En los que están en tratamiento: **NO** se recomienda suspender el tratamiento con BF o Denosumab, **excepto** si existen factores de riesgo de osteonecrosis maxilar y el procedimiento quirúrgico va a ser extenso



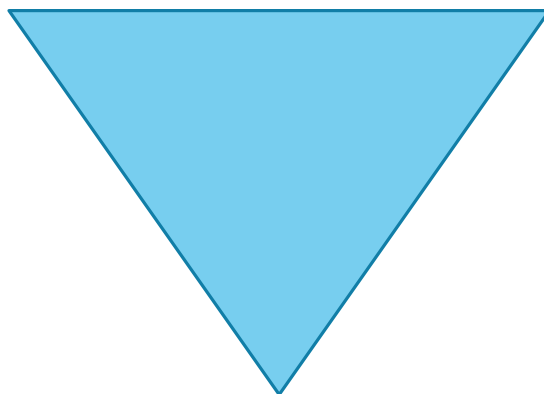
1. Si existe duda diagnóstica o de tratamiento
2. Pacientes con “Alto Riesgo de Fractura”, que precise tratamiento parenteral: PTH, ZOL, Dmab
3. Fractura vertebral, cadera
4. REU Marina Baixa: programa adherencia, en fármacos parenterales: Dmab, PTH, ZOL



Haz que sean visibles las fracturas

Información

Formación



Colaboración–Coordinación

