

Acuerdo Departamental para el Manejo de la Osteoporosis

DEFINICIÓN DE OSTEOPOROSIS:

La osteoporosis se define como un trastorno del esqueleto caracterizado por una alteración de la resistencia ósea, que predispone a una persona a un mayor riesgo de fractura (1).

De forma práctica, se considera osteoporosis cualquiera de las siguientes circunstancias (2,3):

- a) T-score en columna lumbar, cuello femoral o cadera total $\leq -2,5$ DE
- b) Fractura femoral por fragilidad, independientemente del valor de la DMO, en mujeres posmenopáusicas y en varones > 50 años.
- c) Fractura por fragilidad de vértebra, húmero proximal o pelvis en mujeres posmenopáusicas y en varones > 50 años, si se constata una DMO baja (T-score $< -1,0$ DE).
- d) Riesgo elevado de fractura calculado por FRAX:
 - a. FRAX para fractura de cadera $\geq 3\%$
 - b. FRAX para fractura principal, $\geq 10\%$ sin DMO o $\geq 7,5\%$ con DMO.

IMPORTANCIA DE LA OSTEOPOROSIS

- 2,4 millones de españoles (1,9 millones de mujeres y 0,5 de varones) mayores de 50 años padecían OP en el año 2010. Como consecuencia se produjeron 204.000 nuevas fracturas y se gastaron 2.842 millones de euros (el 2,8% del gasto sanitario en España)
- Para el 2025 se estima un aumento de la incidencia de fracturas del 40% y un aumento de los costes del 30%.

SITUACION DE PARTIDA EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE-HOSPITAL GENERAL

- Insuficiente tratamiento en pacientes con osteoporosis establecida (4)
- Población envejecida, alto porcentaje de soledad y dificultad de desplazamiento.
- Frecuente derivación a reumatología sin estudio previo, lo que ocasiona nuevas visitas:
 - o Se generan desplazamientos evitables.
 - o Se incrementa la saturación de las consultas.
- A lo largo del primer trimestre de 2020, Reumatología ha mantenido reuniones con los médicos de atención primaria en todos los centros de salud del departamento. Entre los aspectos a mejorar, surge de forma unánime la necesidad de elaborar e implantar unas recomendaciones para el manejo de la osteoporosis a través de un "Acuerdo departamental".

OBJETIVOS DEL ACUERDO:

- Garantizar la mejor atención a los pacientes con osteoporosis en el departamento
- Disminuir la variabilidad, unificando criterios entre las diferentes especialidades
- Optimizar recursos en métodos diagnósticos, terapéuticos y asistenciales.
- Evitar nuevas fracturas (5):
 - a. mejoría en mortalidad y morbilidad
 - b. disminución de costes en gasto sanitario e institucionalización

SERVICIOS/UNIDADES A LOS QUE VAN DIRIGIDAS ESTAS RECOMENDACIONES

- A. REUMATOLOGÍA
- B. ATENCIÓN PRIMARIA
- C. URGENCIAS
- D. CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
- E. REHABILITACIÓN
- F. OTROS: Ginecología, Endocrinología, Oncología, y cualquier especialidad que emplee corticoides de forma prolongada.

RECOMENDACIONES Y PROTOCOLOS

1. Prevención primaria (6)
2. Consideraciones previas al inicio de tratamiento farmacológico
3. Cuando solicitar una densitometría ósea
4. Estudios a realizar en caso de diagnóstico de osteoporosis (7)
5. Cuando iniciar tratamiento para prevenir fracturas
6. Profilaxis o tratamiento de osteoporosis por corticoides
7. Hasta cuando tratar
8. Tratamiento de la fractura vertebral aguda
9. Abordaje de la fractura de cadera
10. Manejo de grupos especiales: pre-transplante hepático
11. Condiciones de derivación a Reumatología

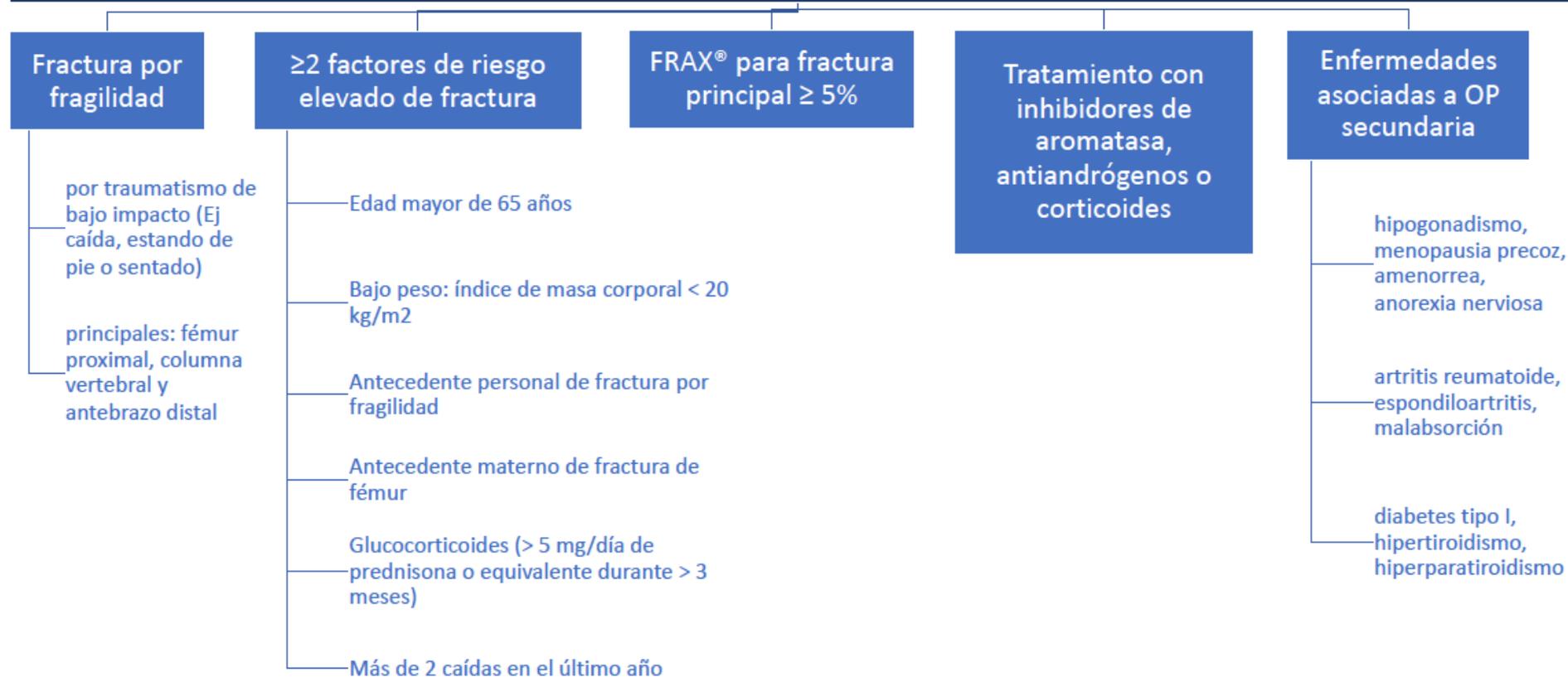
1. PREVENCIÓN PRIMARIA

- Se deben promover estilos de vida saludable, incluyendo dieta equilibrada y ejercicio físico regular, evitar el tabaco, limitar el consumo de alcohol e implementar medidas para la prevención de caídas.
- La ingesta diaria de calcio debe estar entre 1.000 y 1.200 mg y debe proceder en su mayor parte de la dieta habitual.
- Se debe recomendar la toma diaria de 800 UI de vitamina D en los siguientes casos:
 - pacientes con osteoporosis
 - personas mayores de 65 años con riesgo de fractura
 - personas con déficit de vitamina D
 - personas con una exposición solar limitada
 - personas con un aporte de calcio inadecuado (menos de 700-800 mg diarios).

2. CONSIDERACIONES PREVIAS AL INICIO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: se debe valorar:

- La eficacia y seguridad de los fármacos
- El coste efectividad
- La presencia de fractura, en particular vertebrales o fracturas múltiples por fragilidad
- Los tratamientos previos y adherencia a los mismos
- La edad
- Las comorbilidades y polimedicación
- Las limitaciones para la administración por vía oral.
- Pacientes con riesgo elevado de fractura a corto plazo (“riesgo inminente de fractura”):
 - fractura reciente
 - ancianos frágiles con caídas frecuentes
 - pacientes tratados con glucocorticoides a dosis elevadas
- Si al paciente con OP se le indica algún procedimiento odontológico invasivo -exodoncia o implante- se aconseja posponer el inicio del tratamiento antirresortivo hasta la cicatrización completa de la herida quirúrgica.

3. Cuándo solicitar una densitometría ósea



4. Estudios a realizar en caso de diagnostico de osteoporosis

Estudio analítico básico para descartar causas secundarias de osteoporosis

Hemograma completo
Reactantes de fase aguda
Calcemia, fosforemia
Fosfatasa alcalina total
Función hepática y renal
Proteínas totales, albúmina, Proteinograma
Calcidiol (25-OH-vitamina D)
Tirotropina
Calciuria

Opcional: PTH y marcadores bioquímicos del recambio óseo

Hombres jóvenes: testosterona, LH y FSH

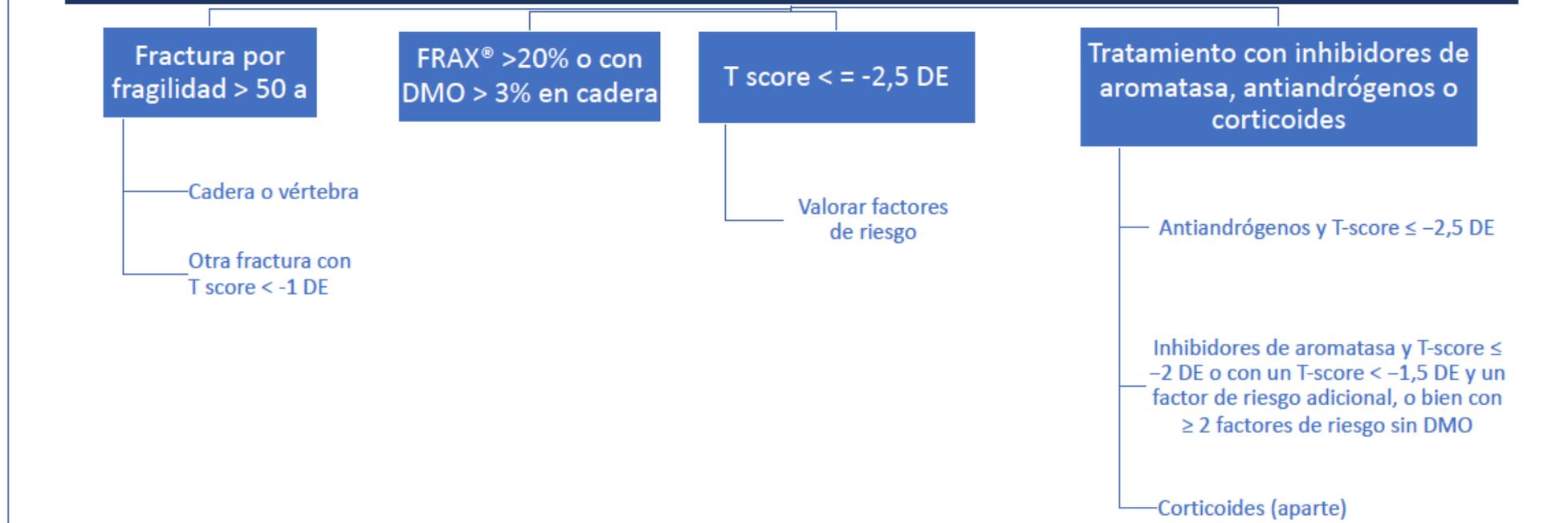
Otras pruebas: según características clínicas específicas

Estudio radiológico: Rx lateral de columna dorsal y lumbar

En todo paciente con osteoporosis, basalmente para conocer el estado de la columna y realizar el seguimiento

En el paciente con riesgo alto de fractura o con osteoporosis, cuando se objetiva cifosis o pérdida de altura significativa y ante dorsalgia o lumbalgia de inicio reciente.

5. Cuándo iniciar tratamiento farmacológico para prevenir fracturas



Iniciar tratamiento con fármacos que reducen el riesgo de fractura. Considerar los bifosfonatos como fármacos de primera elección

6. Profilaxis o tratamiento de osteoporosis por corticoides

(cuando se vaya a administrar el corticoide durante más de tres meses)

Dosis inicial
> 30 mg/día
prednisona o
equivalente

Mujeres posmenopáusicas y varones > 50 años con dosis ≥ 5 mg/día y que además presenten:

fractura previa por fragilidad

baja DMO (T-score $\leq -1,5$ en columna o cadera).

FRAX® para cadera $\geq 3\%$ o para fractura principal $\geq 10\%$ sin DMO o $\geq 7,5\%$ con DMO.

Mujeres premenopáusicas y varones < 50 años y dosis $\geq 7,5$ mg/día que además presenten:

Fractura previa por fragilidad

Baja DMO (Z-score ≤ -3 DE)

Iniciar tratamiento con fármacos que reducen el riesgo de fractura.

SIEMPRE (cualquier dosis y tiempo): profilaxis con vitamina D y calcio.

7. HASTA CUANDO TRATAR

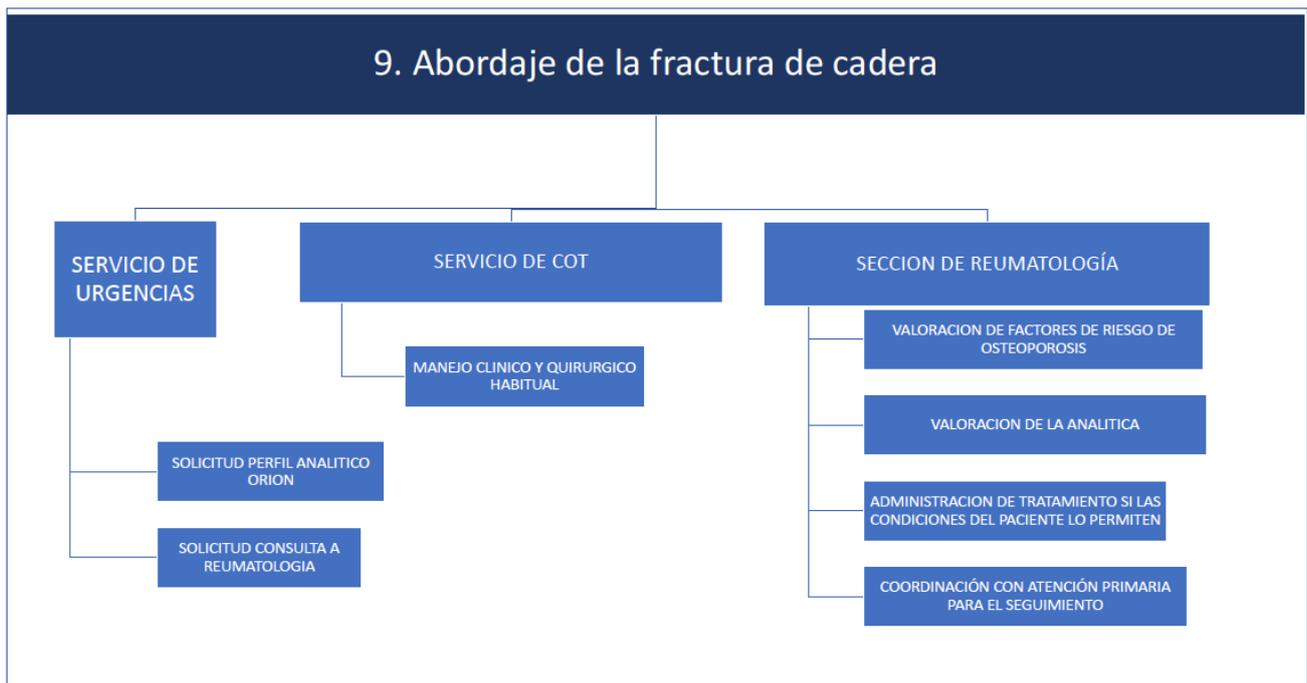
- Se recomienda una valoración clínica periódica para comprobar el cumplimiento y eficacia del tratamiento, la incidencia de fracturas y la posible aparición de efectos adversos.
- Se recomienda reevaluar el riesgo de fractura tras cinco años de tratamiento con bisfosfonatos orales o tras tres años de tratamiento con ácido zoledrónico.
 - En pacientes con alto riesgo de fractura (como aquellos con fractura previa por fragilidad, o con T-score de fémur proximal menor a -2,5) y tratamiento prolongado con bisfosfonatos (>5 años para los orales o >3 años para los IV) se recomienda no suspender el tratamiento ya que el riesgo de fractura atípica de fémur es muy bajo y los beneficios en reducción de fracturas superan en gran manera el riesgo de fractura atípica
 - En pacientes tratados con antirresortivos a los que se vaya a realizar un procedimiento dental no se recomienda suspender el tratamiento con BF ni con denosumab, excepto si existen factores de riesgo de osteonecrosis de los maxilares y el procedimiento quirúrgico va a ser extenso.
- Siempre que se suspenda un tratamiento con denosumab, deberá contemplarse un tratamiento alternativo para la osteoporosis, especialmente en casos que han sido tratados durante más de un año (tres o más dosis) por el elevado riesgo de fracturas múltiples
- Se considera fracaso terapéutico:
 - Incidencia de dos o más fracturas por fragilidad durante el tratamiento, siempre que haya una correcta adherencia al mismo.
 - Incidencia de una fractura por fragilidad junto con una pérdida significativa de DMO (> 5% en columna lumbar o > 4% en fémur proximal).

8. TRATAMIENTO DE LA FRACTURA VERTEBRAL AGUDA

- Tratamiento de elección: reposo, analgesia en escalada rápida para controlar el dolor, se valorará la necesidad de ortesis.
- Vertebroplastia y cifoplastia: únicamente en casos de dolor severo refractario a la escalera analgésica de la OMS incluyendo opiáceos.
- En caso de sospecha de compromiso de canal o inestabilidad, puede ser necesario el manejo quirúrgico.
- En caso de dolor no controlado, o duda diagnóstica, estará indicada la hospitalización (inicialmente a cargo de la Sección de Reumatología)

9. ABORDAJE DE LA FRACTURA DE CADERA

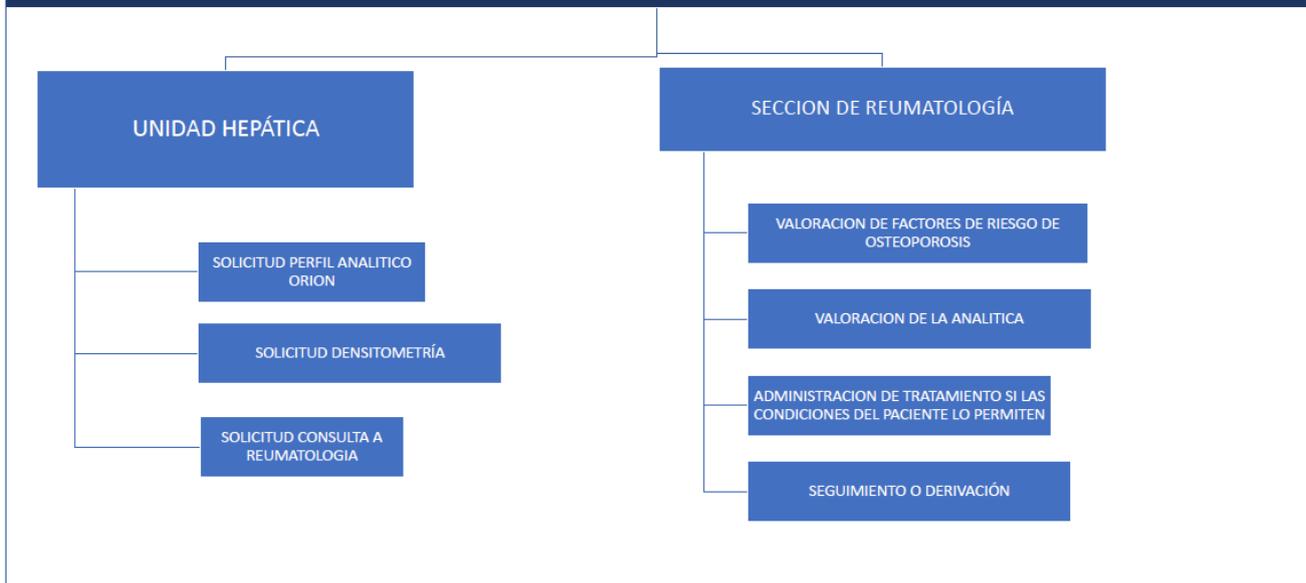
- Los pacientes con fractura de cadera requieren hospitalización, por lo que son susceptibles de iniciar el estudio e incluso tratamiento durante la misma.
- Se elaborará un protocolo de estudio y manejo de osteoporosis durante la hospitalización, y un plan de continuidad de cuidados implicando a las unidades de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Reumatología y Atención Primaria, con la participación de enfermería.



10. MANEJO DE GRUPOS ESPECIALES: PRE-TRASPLANTE HEPÁTICO

Existe un protocolo acordado por Reumatología y la Unidad Hepática, de estudio y tratamiento de los pacientes que van a ser sometidos a trasplante hepático. Durante el ingreso hospitalario para el estudio pre-trasplante, se realiza analítica para estudio de metabolismo óseo, densitometría ósea y valoración médica. En los casos que lo precisan, se administra medicación antiosteoporótica durante el mismo ingreso (habitualmente zoledronato IV)

10. Manejo de grupos especiales: pre-trasplante hepático



11. DERIVACIÓN A REUMATOLOGÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA, CONSULTAS EXTERNAS Y CENTROS DE ESPECIALIDADES

- Mediante interconsulta (preferiblemente tramitada a través del programa Abucasis)
- Indicar en la solicitud el objetivo de la consulta
 - Resolución de alguna duda (de diagnóstico y/o tratamiento), sin necesidad de cita presencial del paciente (modalidad preferente)
 - Valoración con presencia del paciente (con justificación adicional)
- Pruebas que se deben realizar, y estar los resultados disponibles, PREVIO a solicitar la interconsulta: densitometría ósea, analítica y estudio radiológico (punto 3 y 4).
 - DENSITOMETRÍAS RECOMENDADAS: Lumbar y/o femoral. En caso de antecedentes de cirugía lumbar (artrodesis instrumentada de varios niveles en col lumbar) o femoral (prótesis, material de osteosíntesis) se evitará solicitar DMO de la localización con cirugía previa.
- Procedimiento tras realizar la interconsulta:
 - Todas las interconsultas dirigidas a reumatología son valoradas de forma telemática por un miembro del equipo.

- Interconsultas remitidas para resolución de alguna duda: generalmente el reumatólogo contestará la consulta sin necesidad de contactar con el paciente, que continuará seguimiento por su médico de familia.
- Valoración con presencia del paciente: los pacientes serán entrevistados presencial o telefónicamente por una enfermera especializada, teniendo lugar la consulta con el reumatólogo con posterioridad.
- Cuando el reumatólogo lo considere conveniente, solicitará nuevas exploraciones para completar el estudio aportado, en cuyo caso el paciente seguirá a cargo de reumatología hasta que se proceda a su Alta por la especialidad.

11. Derivación a Reumatología desde atención primaria, consultas externas y centros de especialidades



FASES PARA LA IMPLANTACIÓN DEL ACUERDO

- A. VISTO BUENO DE LA DIRECCIÓN PARA EL INICIO DEL PROCESO**
- B. DIFUSIÓN DE LA PROPUESTA A LOS SERVICIOS CON MAYOR IMPLICACIÓN:**
 - a. ATENCIÓN PRIMARIA*
 - b. URGENCIAS*
 - c. CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA*
 - d. REHABILITACIÓN*
- C. REDACCIÓN DE LA PROPUESTA FINAL TRAS RECOGER LAS APORTACIONES DE LOS DIFERENTES SERVICIOS**
- D. APROBACIÓN POR LA DIRECCIÓN**
- E. DIFUSIÓN A TODOS LOS SERVICIOS**

BIBLIOGRAFÍA

1. NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. *JAMA*. 2001;285(6):785-95.
2. Siris ES, Adler R, Bilezikian J, Bolognese M, Dawson-Hughes B, Favus MJ, et al. The clinical diagnosis of osteoporosis: a position statement from the National Bone Health Alliance Working Group. *Osteoporos Int*. 2014;25(5):1439-43.
3. Naranjo Hernández A, Díaz del Campo Fontecha P, Aguado Acín MP, Arboleya Rodríguez L, Casado Burgos E, Castañeda S, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología sobre osteoporosis. *Reumatología Clínica*. j 2019;15(4):188-210.
4. Vela-Casasempere P, Elvira M, Bru AP, Gomez-Sabater S, Caño-Alameda R. Ab0858 Mainly Men, and Older People, with Fragility Hip Fracture Do Not Receive Antiosteoporotic Treatment. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2019;78(Suppl 2):1896-7.
5. Cummings SR, Cosman F, Lewiecki EM, Schousboe JT, Bauer DC, Black DM, et al. Goal-Directed Treatment for Osteoporosis: A Progress Report From the ASBMR-NOF Working Group on Goal-Directed Treatment for Osteoporosis. *J Bone Miner Res*. 2017;32(1):3-10.
6. González-Macías J, del Pino-Montes J, Olmos JM, Nogués X. Guías de práctica clínica en la osteoporosis posmenopáusica, glucocorticoidea y del varón. Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral (3.^a versión actualizada 2014). *Rev Clín Española*. 2015;215(9):515-26.
7. Cosman F, de Beur SJ, LeBoff MS, Lewiecki EM, Tanner B, Randall S, et al. Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. *Osteoporos Int*. 2014;25(10):2359-81.