SEFRAOS Sociedad Española Fracturas Osteoporóticas

PUBLICACIONES

PREVENCIÓN SECUNDARIA DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA EN EL ADULTO MAYOR

Leonor Cuadra Llopart - Teresa Pareja Sierra - Pilar Sáez López
Íñigo Etxebarría Foronda - José Ramón Caeiro Rey



ISBN: 978-84-09-56475-0





Robusto Autónomo | Pre-frágil | Frágil | Fragilidad avanzada | Enfermedad terminal

AUTÓNOMO/VULNERABLE Y EXPECTATIVA DE VIDA > 12 MESES

Secuencia de tratamiento
1º osteoformador
2º antiresortivo de forma indefinida(*)

*En pacientes muy mayores (> 80 años), con alto riesgo de fractura mantenido en el tiempo.

INDIVIDUALIZAR

¿Cómo es la deambulación?
¿Presenta deterioro cognitivo moderado-severo?
¿Presenta trastorno de conducta?
¿Tiene soporte social?
Valorar comorbilidad y expectativa de vida

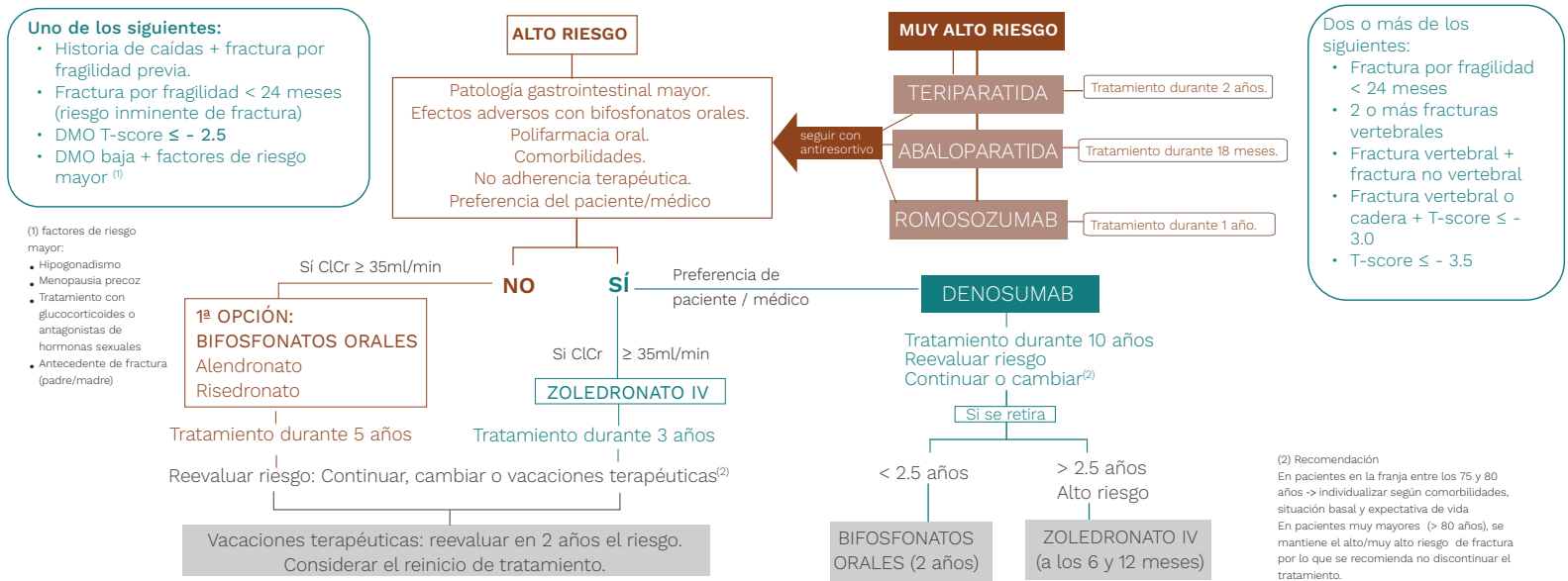
DEPENDENCIA FUNCIONAL SEVERA IRREVERSIBLE Y/O EXPECTATIVA DE VIDA < 12 MESES

NO iniciar tratamiento
Si realizaba tratamiento valorar deprescribir

Adaptado de Rockwood K, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ. 2005;173(5):489-495. doi:10.1503/cmaj.050051

PREVENCIÓN SECUNDARIA DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA EN ADULTO MAYOR

- **SIEMPRE:** Aporte adecuado de calcio y vitamina D.
- Se recomienda realizar Valoración Geriátrica Integral para individualizar tratamiento



(2) Recomendación
En pacientes en la franja entre los 75 y 80 años -> individualizar según comorbilidades, situación basal y expectativa de vida
En pacientes muy mayores (> 80 años), se mantiene el alto/muy alto riesgo de fractura por lo que se recomienda no discontinuar el tratamiento.

SUPLEMENTACIÓN DE LA DEFICIENCIA E INSUFICIENCIA DE VITAMINA D EN ADULTO MAYOR CON OSTEOPOROSIS

Objetivo: Conseguir niveles séricos óptimos de vitamina D -> 25 (OH) D > 30ng/mL

Niveles séricos 25 (OH)D	Colecalciferol	Calcifediol
Deficiencia severa 25 (OH)D ≤ 10ng/mL	**50.000 UI semanal** **Duración: 6-8 semanas**	**266 µg semanal (16.000 UI semanal)** **Duración: 5 semanas**
Insuficiencia 25 (OH)D 10-30 ng/mL	**25.000 UI mensual** **1.000-2.000 UI diaria ± calcio (600mg diario)**	**266 µg semanal (16.000 UI mensual)**
Nivel "óptimo" 25 (OH)D >30ng/mL	**1.000-2.000 UI diaria ± calcio (600mg diario)** **Si polifarmacia valorar:** **25.000 UI mensual**	**No hay formulaciones que combinen calcifediol + calcio** **Si polifarmacia valorar:** **266 µg mensual (16.000 UI mensual)**

- Asegurar toma diaria de 1-1,2 g de calcio, preferentemente de los alimentos. En caso de aporte insuficiente con la dieta, realizar suplementación de calcio
- Monitorización de valores de vitamina D a los 3-4 meses de inicio del tratamiento recomendado. Una vez alcanzados los valores deseados, se realizará cada 6-12 meses

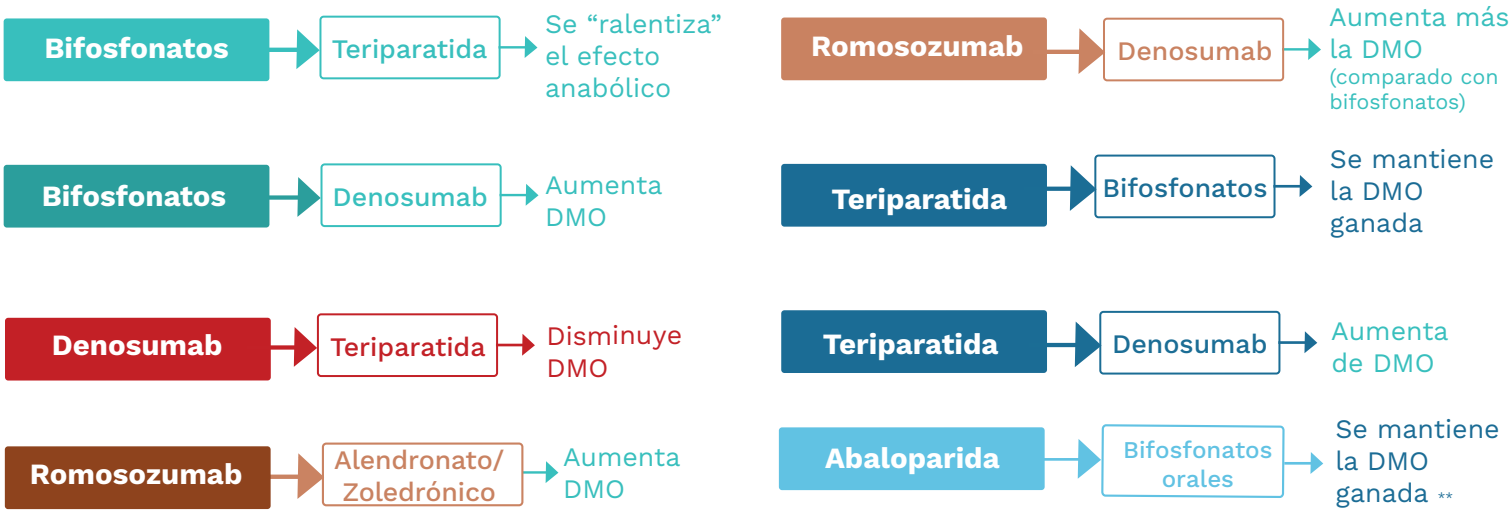
Adaptado de la Guía de la Buena Práctica de Geriatría. Vitamina D en el adulto mayor. 2023. ISBN: 978-84-09-51750-3

VALORACIÓN DE COMORBILIDAD Y/O POLIFARMACIA PARA DECIDIR EL TRATAMIENTO A INICIAR

Patología	Fármaco					
	Bifosfonato oral	Bifosfonato ev	Denosumab	Teriparatida	Abaloparatida	Romosozumab
Insuficiencia renal crónica (FG < 35 ml/min)			✓ [1]			✓ [1]
Hernia de Hiato Dispepsia Problemas deglutorios		✓	✓	✓	✓	✓
Infecciones de orina recurrentes	✓	✓	⚠	✓	✓	✓
Antecedente de infarto agudo de miocardio o accidente cerebrovascular	✓	✓	✓	✓	✓	
Patología ósea neoplásica	✓	✓	✓			⚠ [2]
Hiperparatiroidismo primario Hipercalcemia preexistente	✓	✓	✓			✓
Hipocalcemia				✓	✓	
Riesgo de pobre adherencia y/o polifarmacia [3]		✓	✓	✓	✓	✓

1.Precaución si FG < 30 ml/min. Se recomienda control de calcemia - 2.Evidencia limitada - 3.Mayor adherencia con fármacos de administración parenteral. Romosozumab y Abaloparatida con evidencia en osteoporosis postmenopáusica/mujeres.

ASPECTOS PRÁCTICOS PARA REALIZAR TERAPIA SECUENCIAL



* DMO = Densidad Mineral ósea

** La mayor parte de las guías clínicas consideran razonable la secuencialidad abaloparatida a denosumab para mantener o aumentar la DMO y evitar la pérdida del beneficio esquelético, pero la recomendación procede de la experiencia con otras secuenciaciones de osteonabólicos, especialmente con teriparatida o romosozumab.