



PREVENCIÓN SECUNDARIA DE FRACTURA OSTEOPORÓTICA EN EL ADULTO MAYOR

Leonor Cuadra Llopart - Teresa Pareja Sierra - Pilar Sáez López
Íñigo Etxebarria 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

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

Uno de los siguientes:

- Historia de caídas + fractura por fragilidad previa.
- Fractura por fragilidad < 24 meses (riesgo inminente de fractura)
- DMO T-score $\leq - 2.5$
- DMO baja + factores de riesgo mayor ⁽¹⁾

(1) factores de riesgo mayor:

- Hipogonadismo
- Menopausia precoz
- Tratamiento con glucocorticoides o antagonistas de hormonas sexuales
- Antecedente de fractura (padre/madre)



Dos o más de los siguientes:

- Fractura por fragilidad < 24 meses
- 2 o más fracturas vertebrales
- Fractura vertebral + fractura no vertebral
- Fractura vertebral o cadera + T-score $\leq - 3.0$
- T-score $\leq - 3.5$

(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

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