

# Fractura de cadera: ¿una oportunidad para tratar la osteoporosis?

**Hernández Hernández JL**

Unidad de Metabolismo Óseo - Servicio de Medicina Interna - Hospital Marqués de Valdecilla-IDIVAL. Santander - Universidad de Cantabria - RETICEF

Correspondencia: José L. Hernández - Unidad de Metabolismo Óseo - Servicio de Medicina Interna - Hospital Universitario Marqués de Valdecilla - Avda. Valdecilla, s/n - 39008 Santander (España)  
Correo electrónico: hernandezjluis@gmail.com

**L**a fractura de cadera es la complicación más grave de la osteoporosis, no sólo por la morbilidad que conlleva sino por los costes socio-sanitarios que genera<sup>1</sup>. Sin embargo, a pesar de este enorme impacto, en la práctica, la identificación y el tratamiento de la osteoporosis y el seguimiento adecuado de los individuos que han sufrido una fractura de cadera es muy irregular<sup>2</sup>.

En España, el uso de medicación antiosteoporótica, en general, y en el ámbito de la Atención Primaria en particular, es mayor en el grupo de mujeres con una media de edad de 65 años. Sin embargo, es mucho menor en aquéllas con edades más propensas a la fractura de cadera<sup>3,4</sup>. Además, a pesar de que el arsenal terapéutico de la osteoporosis se ha incrementado notablemente en la última década, el uso de fármacos antirresortivos u osteoformadores después de sufrir una fractura de cadera es bajo, e incluso, ha disminuido en países como los Estados Unidos<sup>5</sup>.

Las razones de este bajo empleo del tratamiento antiosteoporótico en los pacientes con fracturas por fragilidad son complejas y probablemente diferentes en los diversos sistemas de salud. No obstante, cabe señalar en primer lugar que, el conocimiento de la osteoporosis y del riesgo de fractura y de sus complicaciones, por parte de la población y del personal sanitario que atiende a estos pacientes, no siempre es el adecuado<sup>6</sup>. En segundo lugar, los efectos secundarios asociados al uso de los fármacos antirresortivos (osteonecrosis de maxilares, fracturas femorales atípicas, fibrilación auricular...) han podido jugar un papel, en los últimos años, en la decisión de iniciar un tratamiento antiosteoporótico<sup>7</sup>. Finalmente, una de las razones más importantes es la fragmentación del cuidado de estos pacientes en los diferentes ámbitos clínicos (Servicios de Urgencias, Traumatología y Cirugía Ortopédica, Reumatología, Medicina Interna, Geriátrica, Rehabilitación, Atención Primaria). De hecho, en los últimos años, se ha potenciado por parte de distintas sociedades médicas el desarrollo de unidades multidisciplinares de fractura. En esta

línea, un reciente trabajo, realizado en los Estados Unidos, ha evidenciado que este tipo de unidades serían coste-efectivas y derivarían en una reducción de nuevas fracturas en aquellos sujetos que han presentado una fractura de cadera<sup>8</sup>.

En este número de la Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral, León Vázquez y cols.<sup>9</sup>, analizan la variación del tratamiento antiosteoporótico antes y después de sufrir una fractura de cadera, a través de la revisión de la base de datos para la Investigación Farmacoepidemiológica en Atención Primaria (BIFAP), durante los años 2005 a 2010. Aunque con las limitaciones que representan los registros clínicos y las señaladas por los autores, observaron que cerca de una cuarta parte de los sujetos que sufrieron una fractura de cadera por fragilidad, recibían algún fármaco antiosteoporótico en el año previo a la fractura (de hecho solamente el 15% tenía registrado un diagnóstico de osteoporosis). Aproximadamente la mitad de los medicamentos prescritos eran bisfosfonatos, seguidos de la calcitonina (12%), siendo el uso de teriparatida cercano al 2% (no se registró ningún paciente tratado con denosumab dado que no estaba aún comercializado). En conjunto, representa una cifra llamativa, que incluso podría ser más baja, puesto que sólo se consideró como paciente tratado aquel al que se le habían cumplimentado al menos dos recetas de alguno de estos agentes o una única prescripción si se había realizado en los últimos 6 meses. En este sentido, tampoco se pudo obtener información sobre las dosis o el tiempo de exposición al fármaco. Además, no se analizó ni la persistencia ni la adherencia al tratamiento.

En el caso de la prescripción de tratamiento antiosteoporótico tras la fractura de cadera, solamente se evidenció un discreto incremento en la misma (39% de los pacientes). Un tercio de los pacientes fracturados recibieron suplementos de calcio y/o vitamina D, mientras que, globalmente, la prescripción de algún fármaco antirresortivo con eficacia en la cadera (bisfosfonatos y ranelato de estroncio) fue de cerca del 25% (principalmen-

te alendronato y risedronato, en un 20% de los casos). La prescripción de teriparatida tras la fractura, fue muy baja (2%). El predictor más fuertemente asociado con recibir un tratamiento antiosteoporótico tras la fractura de cadera fue el sexo femenino (OR: 2,4), seguido de tener un diagnóstico previo de osteoporosis (OR: 1,61). Es de notar que en este trabajo se consideraron todos aquellos fármacos prescritos dentro del año posterior a la fractura y no se especificó el momento en el que se inició su consumo, ni la dosis, ni la persistencia o la adherencia a los tratamientos pautados. Dado que se trata de un registro en el ámbito de la Atención Primaria tampoco constan datos sobre la prescripción de ácido zoledrónico.

Por tanto, aun con las limitaciones señaladas, estos datos del registro BIFAP no hacen sino constatar, entre otros, el bajo uso de fármacos antiosteoporóticos tras una fractura por fragilidad, en concreto, la fractura de cadera. En este sentido, los registros clínicos en pacientes con osteoporosis, como el registro OSTEOMED del Grupo de Trabajo de Osteoporosis de la Sociedad Española de Medicina Interna, pueden ser herramientas útiles para identificar áreas de mejora en el manejo de esta enfermedad y de sus complicaciones.

De acuerdo con lo expuesto, las sociedades científicas y los clínicos implicados, debemos aunar esfuerzos para identificar, valorar adecuadamente y ofrecer un estrecho seguimiento a los pacientes con osteoporosis y fracturas por fragilidad, a fin de mejorar su riesgo de nuevas fracturas, su calidad de vida y ser eficientes para los sistemas de salud. La formación de unidades clínicas multidisciplinarias de fractura posiblemente pueda contribuir a mejorar el abordaje de estos pacientes, en especial, a asegurar un adecuado tratamiento de la osteoporosis tras una fractura de cadera.

## Bibliografía

1. Hernández JL, Olmos JM, Alonso MA, González-Fernández CR, Martínez J, Pajarón M, et al. Trend in hip fracture epidemiology over a 14-year period in a Spanish population. *Osteoporos Int* 2006;17:464-70.
2. Eisman JA, Bogoch ER, Dell R, Harrington JT, McKinney RE Jr, McLellan A, et al. ASBMR Task Force on Secondary Fracture Prevention. Making the first fracture the last fracture: ASBMR task force report on secondary fracture prevention. *J Bone Miner Res* 2012;27:2039-46.
3. De Felipe R, Cáceres C, Cimas M, Dávila G, Fernández S, Ruiz T. Características clínicas de los pacientes con tratamiento para la osteoporosis en un centro de Atención Primaria: ¿a quién tratamos en nuestras consultas? *Aten Primaria* 2010;42:559-63.
4. Martínez Laguna D, Sancho Almela F, Cano Collado E, Gardeñes Morón JM, Morro i Pla J, Cos Claramunt FX. Uso adecuado en Atención Primaria de los fármacos antirresortivos frente a la osteoporosis. *Rev Osteoporos Metab Miner* 2011;3:77-83.
5. Solomon DH, Johnston SS, Boytsov NN, McMorrow D, Lane JM, Krohn KD. Osteoporosis medication use after hip fracture in U.S. patients between 2002 and 2011. *J Bone Miner Res* 2014;29:1929-37.
6. Beaton DE, Dyer S, Jiang D, Sujic R, Slater M, Sale JE, et al. Osteoporosis Fracture Clinic Screening Program Evaluation Team. Factors influencing the pharmacological management of osteoporosis after fragility fracture: results from the Ontario Osteoporosis Strategy's fracture clinic screening program. *Osteoporos Int* 2014;25:289-96.
7. Reyes C, Hitz M, Prieto-Alhambra D, Abrahamsen B. Risks and Benefits of Bisphosphonate Therapies. *J Cell Biochem* 2015. doi: 10.1002/jcb.25266.
8. Solomon DH, Patrick AR, Schousboe J, Losina E. potential economic benefits of improved postfracture care: a cost-effectiveness analysis of a fracture liaison service in the US health-care system. *J Bone Miner Res* 2014;29:1667-74.
9. León Vázquez F, Bonis J, Bryant Cerezo V, Herrero Hernández S, Jamart Sánchez L, Díaz Holgado A. Prevención de la fractura osteoporótica en España: uso de fármacos antes y después de una fractura de cadera. *Rev Osteoporos Metab Miner* 2015;7(2):54-62.