



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



2016



# Osteoporosis post- menopáusica (OPM)

*Cribado, diagnóstico y tratamiento,*



Antonio Fornos Garrigós. Subdirector  
Atención Primaria

# Osteoporosis post-menopáusica (OPM)

*Cribado, diagnóstico y tratamiento,*

## ¿Qué prueba debemos utilizar para medir la densidad mineral ósea (DMO)?

Se recomienda la absorciometría radiográfica dual (DXA) en cadera y columna lumbar como técnica de referencia para medir la DMO. El cribado de la osteoporosis no es coste efectivo por lo que la indicación de realizar una densitometría debe realizarse en función de criterios clínicos que permitan seleccionar a las pacientes en que su utilización resulte eficiente.

## ¿A quién debemos realizar una densitometría?

- Pacientes con fractura previa por fragilidad (vértebra, cadera, muñeca o tercio proximal de húmero). Aunque no sea necesaria para iniciar tratamiento se considera adecuada para evaluar la eficacia del mismo.
- Presencia de dos factores de riesgo mayores.
- Presencia de un factor de riesgo mayor + 2 menores.

### FACTORES DE RIESGO MAYORES

- Edad  $\geq 65$  años.
- Tratamiento con corticoides a dosis  $\geq 7,5$  mg/día de prednisona durante 3 meses o fármacos de alto riesgo \*
- IMC  $< 20$  kg/m<sup>2</sup>
- Menopausia precoz ( $< 45$  años, no tratada)
- Más de dos caídas en el último año.
- Fractura de cadera en padres

(\*) Inhibidores de la aromatasas, terapia de privación androgénica.

### FACTORES DE RIESGO MENORES

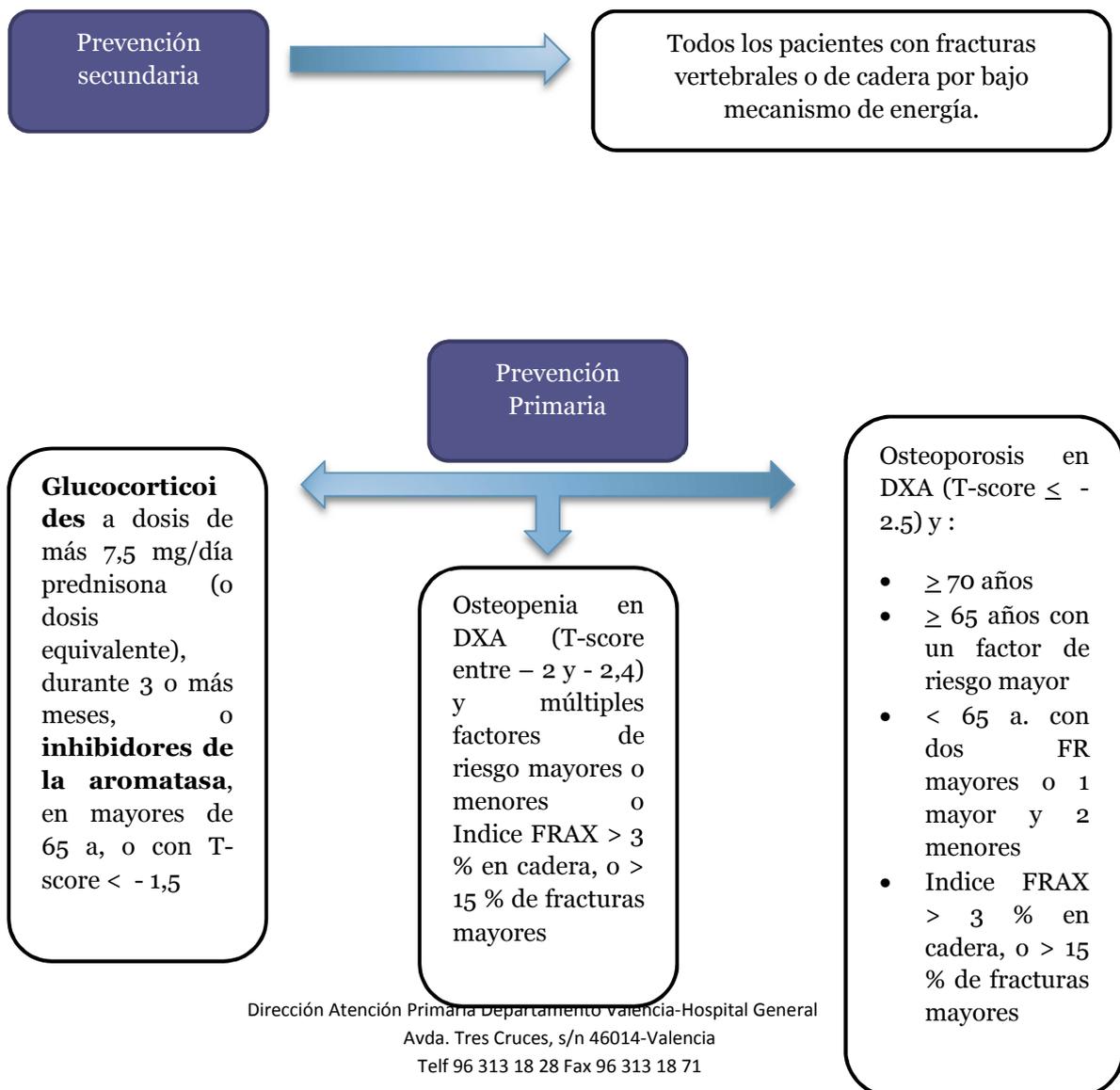
- Tabaquismo
- Alcohol:  $> 20$  U/ semana hombre, 13 U/semana mujer.
- Enfermedades crónicas osteopenizantes: Artritis reumatoide, malabsorción, diabetes mellitus tipo 1, hiperparatiroidismo
- Fármacos: inhibidores de la aromatasas, anticonvulsivos, citotáticos, heparina, antirretrovirales

**El cribado poblacional mediante densitometría no es coste/efectivo por lo que deberemos basarnos en los criterios clínicos arriba mencionados para seleccionar a las pacientes en las cuales su utilización resulte más eficiente.**

## ¿Cada cuánto se debe repetir la densitometría?

- En pacientes en tratamiento se debe realizar una densitometría a los dos años de iniciar el mismo para monitorizar la respuesta al tratamiento, posteriormente con la misma periodicidad o incluso, si la DMO permanece estable, con menor frecuencia.
- En pacientes que no reciben tratamiento el determinante principal de la frecuencia será el valor basal de T-score
  - T-score entre  $-2$  y  $-2,49$  con factores de riesgo de pérdida de masa ósea: DXA cada 2 años
  - T-score entre  $-1,5$  y  $-1,99$  y sin factores de riesgo de pérdida de masa ósea: DXA cada 3 – 5 años.
  - En pacientes con DMO normal (T-score  $> -1,5$ ) y sin factores de riesgo: DXA cada 5 – 10 años.

## ¿A quién debemos tratar?



## ¿Y con qué?

Para poder valorar cual es tratamiento farmacológico para nuestros pacientes debemos tener en cuenta que el objetivo de este es evitar las fracturas, especialmente las de cadera. Las fracturas de cadera se asocian con una elevada tasa de mortalidad (20 % de las personas que sufren una fractura de cadera no sobreviven al primer años después de esta) y de pérdida de calidad de vida. Por lo tanto debemos emplear fármacos con “evidencia” en la prevención de la fractura de cadera. Las fracturas vertebrales son asintomáticas en muchas ocasiones o se pueden asociar con dolor, dificultad respiratoria y dificultad para realizar actividades de la vida diaria.

### ***CALCIO Y VITAMINA D***

El primer paso debe ser intentar siempre una adecuada ingesta de calcio y vitamina D, que se puede conseguir a través de la dieta. En la Redbedca (<http://www.bedca.net>) podemos obtener información sobre la composición de alimentos y el contenido en calcio de los mismos.

La mayoría de las GPC recomiendan la administración conjunta de calcio y vitamina D junto con fármacos para la osteoporosis dado que en la mayoría de los ensayos clínicos de estos se incluían de forma rutinaria. Las cantidades de calcio recomendadas en mujeres post-menopáusicas son de 1000 a 1200 mgrs/día, y de 800 UI/día de vitamina D. Algunas guías recomiendan determinar niveles de vitamina D en sangre y administrarla solo en caso de deficiencia. Aunque en algún momento se relacionaron los suplementos de calcio con un incremento en el riesgo cardiovascular, las evidencias actuales han puesto de manifiesto que los suplementos de Ca hasta el límite máximo admitido (2000 a 2500 mgrs/día) no se asocian con un incremento del riesgo cardiovascular.

También debemos de tener precaución para no doblar las dosis de vitamina D ya que muchas preparaciones de bifosfonatos comercializadas tienen asociada vitamina D al igual que la mayoría de las formulaciones de los suplementos de Ca.

### ***BIFOSFONATOS***

Se consideran el tratamiento de elección en el tratamiento de la OPM. Alendronato, risedronato y ácido zolédronico han demostrado reducir las fracturas tanto vertebrales como no vertebrales y las de cadera en mujeres con OPM. Ibandronato solo ha mostrado eficacia a la hora de reducir las fracturas vertebrales sin reducir las de cadera o las no vertebrales por lo que no se recomienda su empleo. Alendronato es el más coste-efectivo.

Los efectos adversos más graves de los bifosfonatos como son la fractura atípica de fémur y la osteonecrosis maxilar se dan con una frecuencia muy baja (menor de 1 por cada 10.000 pacientes tratados/año) y en relación con su uso a largo plazo (dosis acumulada)

## ***DENOSUMAB***

Anticuerpo monoclonal que impide la activación de los osteoclastos y por ende la reabsorción ósea. Ha demostrado reducir el riesgo de padecer fracturas vertebrales, no vertebrales y de cadera en mujeres con OPM. Se administra por vía subcutánea una vez cada 6 meses. Se han descrito casos de osteonecrosis de maxilar y de hipocalcemia con su empleo.

Se considera de segunda elección por debido su coste más elevado. Su pauta de administración favorece el cumplimiento y es más cómoda para los pacientes.

## ***MODULADORES SELECTIVOS DEL RECEPTOR DE ESTRÓGENOS (SERM)***

Actúan en el hueso disminuyendo la reabsorción ósea, raloxifeno y bazedoxifeno disminuyen la pérdida de DMO y las fracturas vertebrales en mujeres con OPM. Ninguno de los dos ha demostrado eficacia a la hora de disminuir las fracturas no vertebrales. Su principal efecto secundario es un incremento de eventos tromboembólicos.

Se recomiendan como tercera línea de tratamiento en pacientes que no toleren las bifosfonatos o desonumab. Se recomienda utilizar raloxifeno frente a bozedoxifeno por su mejor relación coste-eficacia.

## ***TERIPARIDE***

Actúa incrementando la formación de hueso, aumentando la absorción intestinal y reabsorción tubular de calcio y la excreción renal de fosfatos. Eficaz en la reducción de fracturas vertebrales y no vertebrales en mujeres con OPM, no ha demostrado eficacia en la disminución de fracturas de cadera.

Sus principales efectos adversos son hipercalcemia, náuseas y cefalea y no debe superar los 24 meses de tratamiento, ni repetir este ciclo a lo largo de la vida del paciente. Su empleo debe reservarse a personas con fracturas previas y de alto riesgo.

## **¿Hasta cuándo hay que tratar?**

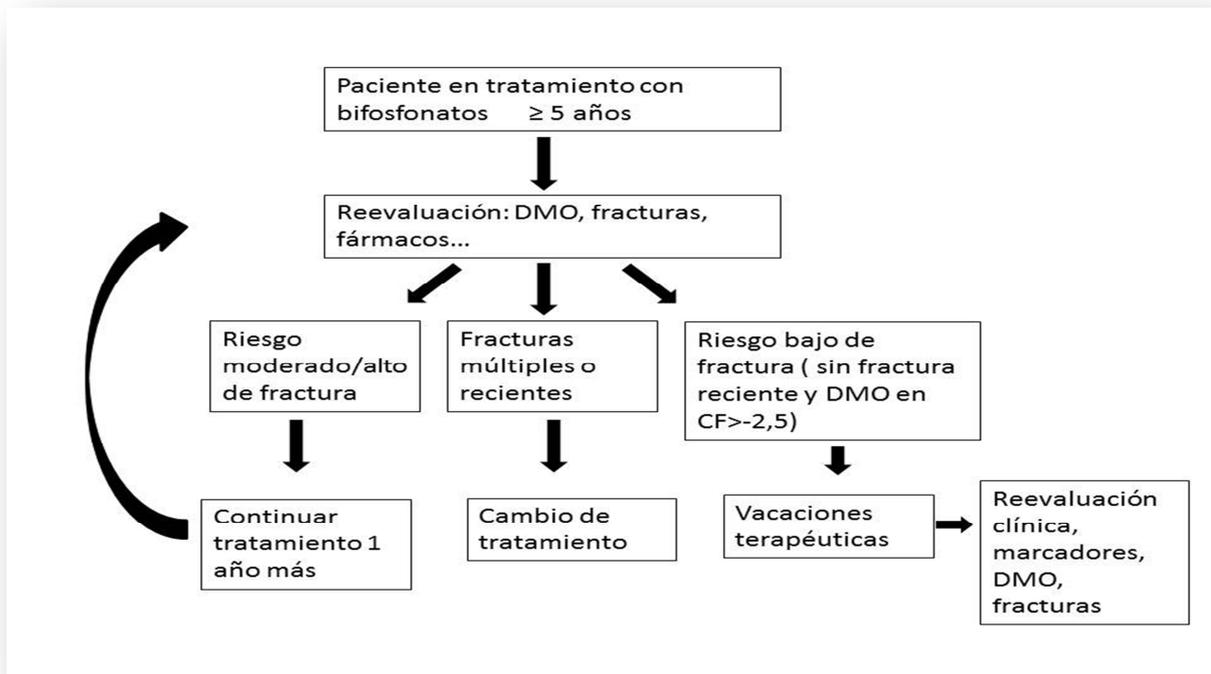
---

Los bifosfonatos se acumulan en hueso y continúan ejerciendo un efecto protector que persiste una vez suspendido el tratamiento. Diversos estudios han comparado los efectos de suspender el tratamiento transcurrido un periodo de tiempo o alargar este. Actualmente se recomienda si se utilizan risedronato o alendronato retirarlo a los 5 años en mujeres que no tengan un riesgo elevado de fractura. En caso de ácido alendrónico conviene retirarlo a los 3 años.

## RECOMENDACIONES PARA LA EVALUACIÓN DE LA CONTINUACION DE TRATAMIENTO CON BIFOSFONATOS A LOS 5 AÑOS.

Riesgo de fractura	Acción a tomar	Recomendaciones
<b>Riesgo bajo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 70 años</li> <li>• Sin fractura previa</li> <li>• IMC &gt; 20</li> <li>• No antecedentes familiares de fractura de cadera.</li> <li>• Sin tratamiento con corticoides más de 3 meses o inhibidores de la aromatasa.</li> </ul>	Suspender bifosfonato	Revisar factores de riesgo cada 3 años a partir de los 70 años
<b>Riesgo moderado:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt; 70 años y</li> <li>• Antecedentes familiares de fractura de cadera y/o</li> <li>• IMC &lt; 20</li> </ul>	Suspender bifosfonato	Valorar descanso 3 – años. Revisar factores de riesgo cada 2 años
<b>Riesgo alto</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fractura previa y/o</li> <li>• tratamiento con corticoides más de 3 meses o inhibidores de la aromatasa</li> </ul>	Mantener tratamiento durante 10 años. Prevención caídas	Pasados los 10 años valorar descanso de 1 – 2 años. Valorar tratamiento alternativo al difosfonato.

**Se recomienda no continuar el tratamiento con bifosfonatos más de 10 años**



Algoritmo de la ABSM para el manejo de los pacientes tratados > 5 años con bifosfonatos.

## ¿Cuándo debemos derivar a Reumatología?

La osteoporosis postmenopausica es una patología que puede, y debe ser asumida por el médico de familia. Podemos resumir las diferentes áreas de responsabilidad de la siguiente forma:

- **Medicina de familia:** OPM no complicada.
- **Reumatología:** OPM asociada a enfermedades sistémicas o malabsorción, fracaso terapéutico (aparición de nuevas fracturas, o disminución de masa ósea a pesar de terapia), fracturas múltiples

## BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA.

---

Consenso sobre osteoporosis en la CAPV.

[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_informes\\_estudio/es\\_pub/adjuntos/Consenso%20Osteoporosis\\_2015\\_es.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/Consenso%20Osteoporosis_2015_es.pdf)

Guía de Práctica Clínica sobre Osteoporosis y Prevención de Fracturas por Fragilidad.

[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_476\\_Osteoporosis\\_AIAQS\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_476_Osteoporosis_AIAQS_compl.pdf)

NICE pathway on osteoporosis

<https://pathways.nice.org.uk/pathways/osteoporosis>

Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Osteoporosis in Canada

<http://www.cmaj.ca/content/182/17/1864.full>

## GRUPO DE TRABAJO/REVISORES

---

Dr. Jose Corell Dolz. Médico de Familia. Centro de Salud Torrent I.

Dr. Tomas Pérez García. Médico de Familia. Centro de Salud Nou Moles.

Dr. Javier Calvo Catalá. Reumatólogo. Servicio de Reumatología Hospital General.