



<https://www.revclinesp.es>

O-009 - FRACTURA OSTEOPORÓTICA EN EL ANCIANO: UNA SITUACIÓN MEJORABLE

J. Jaumendreu¹, I. Torrente², A. Cartanyà¹, S. Pere¹, A. Suárez¹, B. Mari¹, P. Rosich² y E. Casado³

¹Medicina Interna; ²UGA; ³Reumatología. Parc Taulí de Sabadell. Sabadell (Barcelona).

Resumen

Objetivos: Analizar prevalencia de fractura osteoporótica, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis (OP) en el anciano.

Material y métodos: Estudio observacional de pacientes que ingresan durante mayo 2017 con antecedentes de fractura osteoporótica. Revisión de historia clínica y entrevista con el paciente. Análisis de diagnóstico y tratamiento médico de la OP.

Resultados: 30 pacientes con fractura OP ($p = 42,85\%$) de ellos 46,66% consta diagnóstico formal de OP en sus AP. Edad media de 85,65a. IMC medio 28,828 y 76% mujeres. AP: HTA 86,66%, DL 60%, DM 50%, CI 30%, IC 56,66%, EPOC 30%, IRC 46,66%, AVC 30%, deterioro cognitivo 26,66 (GDS medio: 3,75). El promedio de IB es 63,33 e I. Charlson 4,53. Factores de riesgo (FR) de OP a parte de edad avanzada, destaca un 100% con FR en relación a caídas, 53,33% > de 2 caídas en el último año. 16,66% antecedente materno de fractura de fémur, 16,66% tratamiento con corticoides, 16,66% menopausia 45a, solo 1 paciente con AR y 2 de ellos con OP secundaria a corticoides. Al analizar el riesgo de caídas destaca 83,33% tto con hipotensores, 33,33% betabloqueantes y benzodiacepinas respectivamente, 46,66% déficit Vit. D, 83,33% dificultad para caminar requiriendo un 88% ayudas técnicas. 73,33% pérdida de visión y 46,66% obstáculos de entorno. Media de 6,06 síndromes geriátricos. Media de 6,4 FR caídas/paciente, con una media de caídas en el último año de 3,66. Sólo se realiza prevención de caídas durante el ingreso en el 13,33% y el 23,33% refiere haber recibido información sobre caídas en algún momento. FRAX medio de fractura mayor: 22,73 y fractura de fémur: 13,73. La ingesta de calcio es > 700 mg en solo el 16,66%. Durante el ingreso se detectan 6 fracturas nuevas en su mayoría vertebrales, se miran niveles de Vit D y PTH en el 83,33% encontrándose 100% de déficit y de hiperPTH. Solo a 1 paciente se realiza proteinograma. Solo el 33,33% recibía previamente tratamiento para OP, el 50% con bifosfonatos y el 50% denosumab. El 50% llevan tratamiento con calcio y vitamina D. En ninguno de los pacientes se inicia tratamiento para OP durante el ingreso actual y sólo en 1 paciente se solicita valoración por reumatología. De los pacientes con fracturas previas al ingreso actual se recoge 28% fractura vertebral, 24% fractura de fémur, hombro y otro tipo respectivamente. Solo en 3 pacientes consta realización de DMO en algún momento, 0% dispone de VFA o TBS. 58,33% tiene determinación de Vit D en algún momento de los últimos 3 meses con un 71,42% de déficit entre las determinaciones. La PTH se valora en el 66,6% objetivándose hiperPTH en todos. En 16,66% proteinograma. Solo el 33% de los pacientes con fractura previa al ingreso reciben tratamiento para la OP.

Discusión: En la fractura OP del anciano juega un papel importante el déficit de Vit. D y los FR que favorecen las caídas, entre ellos un porcentaje importante de situaciones modificables como fármacos,

sobretodo hipotensiones y relacionados con el SNC, la dificultad para caminar, obstáculos en el entorno y la incontinencia urinaria. A pesar del importante papel de las caídas en las fracturas por fragilidad del anciano, constatamos que apenas se realiza educación sobre las mismas ni se registra en la HC del paciente acerca de ellas. Aun cuando el anciano tiene un pronóstico de vida superior a un año y un grado de dependencia bajo, se tratan la mayoría de comorbilidades que presenta a fin de mejorar calidad de vida y preservar funcionalidad, pero en un porcentaje muy bajo se aborda el tratamiento de la osteoporosis y la prevención de nuevas fracturas. La prevalencia de diagnóstico y tratamiento de la OP en la muestra que analizamos es baja.

Conclusiones: La OP está infradiagnosticada e infratratada en el anciano, incluso en aquel que presenta fracturas por fragilidad. Dado el aumento de esperanza de vida y que la población anciana es la que sufre la mayor tasa de fracturas es necesario aumentar la atención con respecto a esta patología. A pesar de que el anciano con fracturas previas es el que tiene mayor riesgo de nuevas fracturas, las actuaciones médicas para minimizar el riesgo de nuevas fracturas son escasas. Es necesario abordar síndromes geriátricos como las caídas, polifarmacia y adaptación del entorno para reducir el riesgo de fractura.