



<https://www.revclinesp.es>

EA-062 - PREVENCIÓN DE FRACTURA POR FRAGILIDAD EN PACIENTE DE EDAD AVANZADA: UN RETO

A. Cartanyà¹, I. Torrente², J. Jaumandreu¹, S. Pere¹, A. Suárez¹, B. Martí¹, P. Rosich² y E. Casado³

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

Resumen

Objetivos: Analizar factores de riesgo de osteoporosis (OP) en el anciano, describir las actuaciones realizadas en el anciano con factores de riesgo (FR).

Material y métodos: Estudio transversal de pacientes ingresados en unidad PCC y UGA. De 74 pacientes ingresados se seleccionan aquellos sin antecedentes de fractura OP. Revisión de historia clínica y entrevista al paciente. Análisis de factores de riesgo de OP e intervenciones realizadas en cuanto a exploraciones y tratamiento.

Resultados: De 74 pacientes 45,94% no tiene fractura OP. Edad media es de 84,30a, 47,05% mujeres, IMC medio 28,43%. Prevalencia de enfermedades crónicas es de 85,29% HTA, 43,17% DL, 35,29% DM, 44,11% Cardiopatía isquémica e insuficiencia cardiaca, 26,47% EPOC, 32,35% IRC, 17,64% AVC y 23,52% deterioro cognitivo (GDS medio 4,62). Excluyendo la edad, el 100% presenta FR de fractura OP, el principal la presencia de > 2 caídas en el último año, con una prevalencia del 44,11%. Otros FR: 17,64% tratamiento con corticoides > 3 m y 17,64% con antecedentes familiares de fractura de fémur materna. La prevalencia de AR, tabaquismo, enol e IMC 20 es casi nula. Presentan una media de 3 FR de fractura OP y el 88,23% tiene FR en relación a caídas. Media de I. Charlson de 4,25 y de I. Barthel de 64,84, promedio de 4,91 síndromes geriátricos, entre los que destaca la polifarmacia (97,05%), déficit visual (58,82%), déficit auditivo (55,88%), disfagia (44,11%), dolor (94,11%) y caídas (64,70%). Adherencia al tratamiento médico 76,47%. Se analizan los 30 pacientes con FR de caída objetivándose una media de 6 FR por paciente, a destacar: obstáculos en el entorno (30%), 63,33% pérdida de visión, 76,66% dificultad para caminar, 33,33% neurolépticos, 30% benzodiacepinas, 76,66% hipotensiones, 60% betabloqueantes, 40% incontinencia urinaria, 63,33% caídas previas. Sólo consta prevención de caídas durante el ingreso en 3 pacientes y solo 6 pacientes han recibido información sobre caídas en algún momento. La media de FRAX de fractura mayor es 11,74% y de fractura de fémur 6,51%. La ingesta de calcio es 300 mg en el 20,58% de la muestra. Solo el 17,64% toma suplementos de calcio y un 14,70% vitamina D. Se realiza determinación de 25-OH vitamina D total durante el ingreso solo al 67,64% (23) y PTH al 77,27% (17), objetivándose un 91,30% de hipovitaminosis D y un 94,11% hiperPTH. Se diagnostica de OP sólo a 1 paciente. No se encuentra en historia previa DMO, VFA o TBS de ningún paciente, tampoco se solicita o se propone su realización durante el ingreso. Inician tratamiento con alendronato sin DMO un 8,82%, suplementos de Ca+VitD en 15,70% y Vit D sola 11,76%. Se informa al médico de atención primaria en el 11,76%.

Discusión: La fractura por OP del anciano genera hospitalización, peor calidad de vida, discapacidad y muerte. En caso de no tener fractura OP sólo la DMO nos puede ayudar a tomar una decisión terapéutica.

Existe unanimidad para considerar la edad avanzada como criterio mayor de riesgo de OP, pero no suficiente para la práctica de DMO. Se aconseja la búsqueda selectiva en base a la presencia de factores de riesgo para OP y la realización de DMO en aquellos pacientes en que se plantea una indicación de tratamiento. En nuestro estudio observamos una alta prevalencia de riesgo de fractura OP en relación al riesgo de caída, así como infrautilización de medios diagnósticos, aun con la presencia de múltiples FR y FRAX elevado y por consiguiente práctica ausencia de diagnóstico de OP. Por otra parte el inicio de tratamiento con calcio y Vit D a pesar de hipovitaminosis D es bajo, aun en paciente con dependencia leve y buena adherencia al tratamiento.

Conclusiones: La OP en el anciano está infradiagnosticada y mal tratada. Realizando valoración geriátrica integral podremos seleccionar al paciente anciano que por funcionalidad preservada y pronóstico de vida se beneficia de realizar DMO y realizar tratamiento de OP, además de disminuir el riesgo de fractura OP por caídas y polifarmacia entre otros. Dadas las consecuencias de fractura OP es necesario incluir la valoración de su riesgo en nuestra práctica clínica.