

Recomendaciones para Prevención y Manejo de Osteoporosis y Fractura por Fragilidad en Sujetos Mayores de 50 Años

La osteoporosis es una enfermedad que afecta a nuestros pacientes de manera silenciosa, pues es asintomática. La osteoporosis solo se manifiesta y diagnostica ya sea después de la ocurrencia de una fractura, o de manera casual durante una evaluación médica o radiológica de rutina.

Desafortunadamente, la incidencia tanto de osteoporosis como de fracturas asociadas con mínimo trauma está aumentando de manera desproporcionada en todo el mundo, y muy especialmente en nuestras poblaciones de adultos mayores.

La importancia de las fracturas osteoporóticas no solo se relaciona con el periodo agudo sino también con las secuelas a largo plazo que incluyen pérdida de funcionalidad, deterioro en la calidad de vida, alto riesgo de fragilidad y, en alrededor del 25% de pacientes con fractura de cadera, muerte durante el primer año post-fractura.

Es por estas razones que el artículo escrito por González et al. cobra especial vigencia para el contexto de la práctica de la medicina en Colombia en general, y en especial para la atención de los adultos mayores. Los autores reportan una concienzuda revisión de la literatura que va desde las características epidemiológicas hasta el concepto de riesgo postulando además una serie de recomendaciones diagnósticas y terapéuticas que serán de gran utilidad para el clínico.

Uno de los puntos más importantes de este reporte es la presentación de guías prácticas para el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad. Aunque no es muy clara la conexión entre los niveles de evidencia identificados por los autores y las recomendaciones que se incluyen en el artículo, es obvio que la mayoría de sus recomendaciones han sido basadas en la evidencia.

Otro aspecto para resaltar de este artículo, es la importancia que los autores han dado a la osteoporosis como diagnóstico de exclusión y a la relevancia de descartar cualquier otra causa potencial de pérdida de masa ósea (osteoporosis secundaria).

Este debe ser un aspecto prioritario durante la aproximación al paciente osteoporótico porque muchas veces corrigiendo la causa de la pérdida ósea se pueden prevenir fracturas y mejorar la masa ósea de manera significativa; aunque en muchos casos, sin dejar de requerir tratamiento farmacológico coadyuvante para la osteoporosis.

Mención especial debe darse a la opinión de los autores acerca del uso del FRAX como un instrumento de gran ayuda para la determinación de riesgo de fracturas. Aunque los autores recalcan que el FRAX-Colombia adolece de algunas fallas y vacíos desde el punto de vista de bases de datos e inclusión de poblaciones de alto riesgo, es importante recalcar que el FRAX debe ser integrado en la práctica clínica como uno de los instrumentos más importantes para “iniciar la conversación” acerca de la osteoporosis con nuestros pacientes, identificar aquellos en alto riesgo de fracturas, tomar decisiones terapéuticas y, en ocasiones, justificar el uso de densitometría ósea.

Algo importante a tener en cuenta es que, a pesar de mencionar la prevención de caídas como una medida esencial en la efectiva

prevención de fracturas, los autores no aluden a la presencia de sarcopenia concomitante con osteoporosis (osteosarcopenia) como uno de los factores de riesgo más importantes para la ocurrencia de fracturas osteoporóticas. Después de la inclusión de sarcopenia en el CIE-10 en octubre del 2016, la recomendación es incluir la identificación de sarcopenia en toda evaluación de riesgo de caídas y fracturas, especialmente en los pacientes mayores. Esta recomendación adquiere especial relevancia porque tanto la osteoporosis como la sarcopenia comparten muchos factores de riesgo.

La sección en la que se hacen recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico requiere algunas sugerencias complementarias. Por ejemplo, el ranelato de estroncio no se recomienda en la práctica clínica debido a su fuerte asociación con complicaciones cardiovasculares. Adicionalmente, el uso de bifosfonatos orales viene siendo reemplazado por medicamentos de uso parenteral debido a su fácil forma de administración, alta efectividad y mejor adherencia. Entre ellos, el denosumab y el zoledronato son considerados como fármacos

de primera línea en el tratamiento de osteoporosis y prevención de fracturas en la mayor parte del mundo, por lo que su inclusión en las recomendaciones terapéuticas no debe ser limitado a ser una alternativa de los bifosfonatos orales. Desafortunadamente el Romosozumab, que prometía ser una excelente alternativa con buen efecto anabólico, ha sido asociado recientemente a efectos adversos cardiovasculares, lo que ha dejado el campo de los tratamientos anabólicos para la osteoporosis limitado al uso de teriparatide y abaloparatide, dos medicamentos con un mecanismo de acción y eficacia anti-fractura muy similares. Finalmente, la alternancia en los tratamientos (por ejemplo del teriparatide a denosumab) y el uso de tratamientos combinados son estrategias que están demostrando alta efectividad terapéutica en estudios recientes.

Finalmente, los autores han presentado un buen resumen de la literatura sobre osteoporosis y prevención de fracturas osteoporóticas. Aunque la metodología utilizada no corresponde a una conferencia de consenso, los autores han revisado la literatura de manera crítica y práctica. En

general, este artículo debe crear la inquietud entre nuestros colegas de que la osteoporosis está claramente subdiagnosticada y no tratada de manera apropiada, y que debemos integrar la identificación de la osteoporosis (y la sarcopenia) como parte de nuestra práctica diaria. Solo así podremos prevenir estos catastróficos eventos que tanto afectan la calidad y cantidad de vida de nuestros adultos mayores.

**Gustavo Duque,
MD, PhD, FRACP, GSAF
Médico Geriatra
Jefe del Departamento de
Medicina Interna
Western Health, Universidad de
Melbourne (Australia)
Director del Instituto Australiano
de Ciencias Musculoesqueléticas
(AIMSS)**