

# Incidencia de re-fractura osteoporótica tras 4 años de seguimiento en una unidad multidisciplinar de prevención de fractura tipo A

Blanca Hernández Cruz<sup>1</sup>, David García Romero<sup>2</sup>, Francisco Jesús Olmo Montes<sup>3</sup>, Julia Barrera<sup>4</sup>, Jesús Bocio Núñez<sup>5</sup>, María Ángeles Vazquez<sup>4</sup>, Mercè Giner<sup>5</sup>, José Javier Pérez Venegas<sup>1</sup>, Miguel Ángel Rico Corral<sup>3</sup>, Miguel Ángel Colmenero<sup>3</sup>, María José Montoya<sup>4</sup>.

1. Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Virgen Macarena. 2. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario Virgen Macarena. 3. Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen Macarena. 4. Departamento de Medicina Interna, Universidad de Sevilla. 5. Departamento de Citología e Histología, Universidad de Sevilla.

**Introducción**  
La FLS tipo A del HUVM es una unidad con indicadores de calidad adecuados en funcionamiento desde 2018.

**Objetivos**  
Conocer la incidencia de re-fractura en nuestra FLS. Explorar la influencia del tratamiento específico para la OP y de otras variables determinantes de re-fractura.

**Métodos**  
Estudio observacional, prospectivo, analítico, de una cohorte de pacientes atendidos consecutivamente en práctica clínica habitual. Se eligieron pacientes ≥50 años atendidos por una fractura por fragilidad índice en el año previo. El estudio se realizó en apego a las Guías de buena práctica clínica y con aprobación del Comité de Ética e Investigación en Humanos Andaluz. Estadística uni y multivariante (análisis de riesgos proporcionales de Cox).

**Resultados I**  
Se incluyeron 592 (96%) de 618 pacientes evaluados. Se eliminaron 8 registros repetidos, 10 por edad <50 años, 6 por fracturas traumáticas y 2 por refractura antes de la visita a la FLS. La mayoría fueron mujeres (82%), con edad (media ± DE) de 73.8 ±10.3 años, 67% tenían ≥70 años. Las fracturas índices fueron: cadera (41%), vértebra (29%), extremo distal de radio -EDR- (16%), húmero (7%), pelvis (2%) y otras (5%). El 68% de los pacientes atendidos no tenían diagnóstico previo de OP y 22% tenían OP secundaria. El 12% mostraron dependencia moderada a severa para realizar sus actividades de la vida diaria (Barthel <60%) y 54% tenían una limitación moderada o severa de la actividad física (SSPB <10); 50% riesgo de caídas moderado a elevado (índice de Downton ≥2). El número de caídas en el año previo a la fractura índice fue de 2,4 ± 7,1. Un 49% tenían un FRAX (calculado sin DMO) de fractura principal ≥10 y 16% de cadera ≥3%, es decir alto riesgo de re-fractura. Se registraron comorbilidades en 32% predominantemente de tipo cardiovascular; 36% empleaban fármacos que predisponen a caídas (benzodiazepinas y opiáceos y 25% fármacos asociados a OP (IBP, IA y GCC). Un 36% habían recibido fármacos específicos para el tratamiento de la OP. La duración del seguimiento fue de 3,2 ± 1,3 años. Durante el seguimiento ocurrieron 71 (11,9%) refracturas. La tasa de refracturas a 1, 2, 3 y 4 años fue de 3,7%, 7,2%, 10,1%, 15,0%, respectivamente. La localización de las re-fracturas fueron: vertebrales (28%), cadera (21%), húmero (12%), EDR (15%), pelvis (3%) y otras (16%). La incidencia acumulada de refractura (IC 95%) al cabo de 1, 2, 3 y 4 años de seguimiento en mujeres fue de 3,6% (2,3 – 5,9); 7,2% (5,0 – 10,0); 10,2% (7,5 – 13,8) y 15,9 (12,1 – 20,8). En hombres de 4,3% (1,6 – 11,3); 8,1% (3,8 – 17,2); 9,8% (4,8 – 19,7) y 9,8% (4,8-19,7), respectivamente. .

**Resultados II**  
La incidencia acumulada de refractura por sexo se muestra en la gráfica. En el análisis multivariante las variables protectoras de refractura (riesgo relativo IC95%) fueron tener un estado nutricional adecuado (MNA >12) 0,8 (0,05 – 0,62); y recibir fármacos anti-resortivos potentes (zoledrónico o denosumab) 0,42 (0,18 – 0,96) y anabólicos 0,20 (0,04 a 1,05) frente a bifosfonatos orales y tener menor riesgo de caídas (SSPB ≥10) 0,23 (0,05 – 0,98).

**Discusión**  
La población atendida es una población senil, con movilidad reducida, tendencia a caídas, comorbilidad elevada, empleo de medicación que predispone a OP y a las caídas. Se encontró una incidencia acumulada de re-fractura de 15%, de acuerdo con lo estimado. La incidencia fue constante a través del tiempo. Estos datos son similares a los publicados en un metaanálisis reciente en donde el riesgo de una re-fractura a un año fue de 7,58% (5,8% - 9,3%) y de 11,58% (8,84% - 14,1%) a dos años.

**Conclusión**  
La FLS atiende a una población de pacientes con muy alto riesgo inminente de re-fractura. La tasa de re-fractura en estos pacientes fue similar a la encontrada en otras FLS tipo A.

