



## RC064 - ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA FRACTURA DE CADERA OSTEOPORÓTICA

I. Balaguer Trull, I. Valiente Campos, C. Campos Fernández, A. Rueda Cid, C. Molina Almela, M.D. Pastor Cubillo, J.J. Lerma Garrido y J. Calvo Catalá

Hospital General Universitario de Valencia.

### Resumen

**Introducción:** Las fracturas del tercio proximal del fémur son la complicación más importante de la OP y causa importante de morbilidad. Aproximadamente 1 de cada 6 pacientes fallece el primer año y, posteriormente la mayoría no vuelven a recuperar la independencia, además de tener un riesgo aumentado de nuevas fracturas.

**Objetivos:** Principal: evaluar y tratar a todos los pacientes que ingresan en nuestro hospital con fractura de cadera osteoporótica. Secundario: evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento utilizado para la OP, valorando a los 6, 12 y 24 meses la aparición de nuevas fracturas.

**Métodos:** Pacientes: criterios de inclusión: pacientes mayores de 50 años con fractura de cadera osteoporótica, definida por un traumatismo de bajo impacto. Criterios de exclusión: pacientes con fractura de cadera por traumatismo de alto impacto, fractura patológica, expectativa de vida inferior a 6 meses y que rechacen el tratamiento. Junto con el Servicio de Traumatología se controlan los pacientes con fractura de cadera osteoporótica. Son valorados por una enfermera de reumatología entrenada en OP que registra los factores de riesgo más relevantes, hábitos de vida y comorbilidades, aplica el índice FRAX y, solicita analítica con perfil de metabolismo óseo. El paciente, una vez intervenido, es valorado por el reumatólogo, que inicia el tratamiento según sus características y, antes del alta, es informado sobre pautas recomendadas y controles posteriores. Los pacientes con posterior seguimiento en Reumatología, se les realiza una densitometría ósea tras la fractura y a los 2 años.

**Resultados:** Tras 9 meses, se han registrado 334 fracturas con una media de edad de 82,4 años. El 71% de los pacientes son mujeres y, el 41,6% habían presentado fracturas previas (32,4% de fémur, 27,3% de radio, 16,5% de húmero, 13,7% vertebrales y 10,1% otras). 39 pacientes tienen antecedentes de fractura de cadera en sus padres, 24 son fumadores, 33 llevan tratamiento con fármacos osteopenizantes y 5 tienen diagnóstico de AR. Sólo el 21,9% llevan tratamiento para la OP en el momento de la fractura (71,2% suplementos de calcio y vitamina D, 26,1% antirresortivos y 2,7% osteoformadores). La media del FRAX es 19,3 para fracturas mayores (con un rango de 2,1 a 57) y 10,9 para fractura de cadera (con un rango de 0,1 a 49). A nivel analítico destacan valores medios de vitamina D de 15,4 ng/ml, que oscilan entre 0,3 y 64. 27 pacientes (8,1%) fallecieron durante el ingreso. 89,9% de los pacientes han recibido tratamiento para la OP al alta (22,2% con

suplementos, 65,6% con antirresortivos y 3,3% con osteoformadores). El resto incluye a los 27 pacientes fallecidos, 6 que no quisieron recibir tratamiento y 1 paciente que no se trató por una IRC grave. Tras 6 meses se han revisado 77 pacientes (23,1%), con 11 nuevos fallecidos, 4 nuevas fracturas, se ha perdido el contacto con 4 pacientes y sólo en 1 de ellos se ha detectado un mal cumplimiento del tratamiento. A nivel analítico destaca un incremento del 109,74% en los niveles de vitamina D.

**Conclusiones:** La puesta en marcha de este proyecto nos permite que, los pacientes con fractura de cadera osteoporótica de nuestro Departamento, puedan beneficiarse de un tratamiento adecuado a sus necesidades y así disminuir el riesgo de futuras fracturas, aumentado ya de por sí al tratarse de una población de alto riesgo. A más largo tiempo, podremos evaluar la disminución de ingresos por fractura de cadera en nuestro hospital.