

INDICACIONES DEXA en el Salud. Aragon

1. Si **FRAX** entre 5-20%
2. Si **AL MENOS 1 FACTOR DE RIESGO MAYOR:**
 - Menopausía precoz (< 45 años) primaria o secundaria
 - Amenorrea primaria o secundaria prolongada (1 año) antes de los 45 años.
 - Hipogonadismo primario o secundario (incluido el secundario a gonadectomía bilateral, al tto >12 meses con inhibidores aromatasa, antiandrógenos análogos LH-RH o con fármacos antigonadotropos)
 - Sospecha de fractura previa osteoporótica/por fragilidad de cadera, vértebra y/o muñeca.
 - Antedentes en familiar de primer grado de fractura de cadera y/o columna.
 - IMC < 19-20
 - Tratamiento > 3 meses con > 5 mg/día de corticoides
 - Hiperparatiroidismo
 - Trasplante de órgano sólido o en espera del mismo.
3. Si **DOS O MÁS FACTORES DE RIESGO MENORES:**
 - Fumador/a activo.
 - Alcohol > 3 Unidades diarias (1 unidad son 7 gr alcohol)
 - DM tipo I
 - A. reumatoide
 - Malabsorción (EI, gastrectomía, sd. Malabsorción)
 - Hepatopatía crónica
 - Fármacos osteopenizantes: anticonvulsionantes, heparina, citostáticos...

RESUMEN TRATAMIENTO SECUENCIAL

Calcio y vitamina D: preventivo

1. **BIFOSFONATO** según FRAX. Alendronato y risendronato oral. Zoledronato iv. Mantener 5 años y reevaluar. 1 o 2 años de vacaciones. *SIN FX PREVIA*

2. **DENOSUMAB (prolia)**: iny cada 6 meses; **máximo 10 años y CAMBIARLO por otro**. Dar calcio porque debe estar por encima de 9.5. Analítica con calcio y vitamina D a los 15 días. FEMORAL. Cuidado; osteonecrosis de mandíbula. Muy baja DMO, I.renal, anciano, ca mama o próstata

- Añadir calcio y vitamina D. Si dentista: quitar prolia, sustituir por bifosfonato semanal que permite quitarlo una semana antes

3. **TERIPARATIDE** sc diario. **Máximo 2 años en la vida del paciente**. Primero descartar hiperparatiroidismo y FG mayor de 30 y sin AP de quimio. VERTEBRAL. Poner directamente cuando fx vertebral patológica. *FX PREVIA Y CORTICOIDES ALTO RIESGO*.

4. **BIFOSFONATO** según FRAX. Alendronato y risendronato oral. Zoledronato iv. Mantener 5 años y reevaluar. 1 o 2 años de vacaciones.

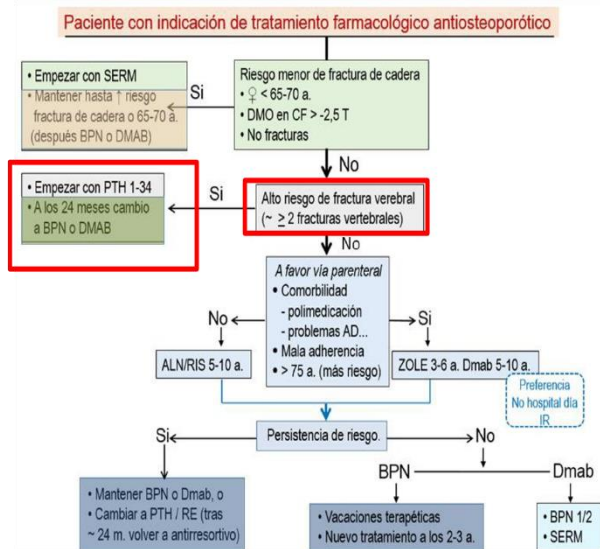
		Dosis	Vía de administración	Administración	Efectos secundarios principales	Contraindicaciones
Bisfosfonatos	Alendronato	70 mg	Oral	Semanal	Osteonecrosis maxilar, fracturas atípicas de fémur, esofagitis, dolor musculoesquelético	Embarazo y lactancia Estenosis y acalasia esofágicas Hipocalcemia Insuficiencia renal grave
	Risedronato	35 mg 75 mg x 2	Oral	Semanal	Similares a alendronato	
	Ibandronato	150 mg	Oral	Mensual	Similares a alendronato	
	Zoledronato	5 mg	Intravenoso	Anual	Similares a alendronato (excepto esofagitis), fiebre, pancitopenia, confusión, bradicardia	Embarazo y lactancia Hipocalcemia Insuficiencia renal grave
SERM	Raloxifeno	60 mg	Oral	Diaria	Sofocos, edema periférico, calambres, trombosis venosa profunda	Antecedentes o factores de riesgo de enfermedad tromboembólica Insuficiencia renal grave. Cáncer activo de mama o endometrio
	Bazedoxifeno	20 mg	Oral	Diaria		Igual a raloxifeno
Análogos de hormona paratiroidea	Teriparatida	20 µg	Subcutánea	Diaria	Hipercalcemia, hipercalciuria, náuseas, cefalea, mareos	Hiperparatiroidismo Enfermedad de Paget Metástasis óseas Hipercalcemia Radioterapia previa
	Hormona paratiroidea	100 µg	Subcutánea	Diaria		Igual a teriparatida
Ranelato de estroncio ^a		2 g	Oral	Diaria	Náuseas, diarrea, trombosis venosa profunda, embolismo pulmonar, síndrome DRESS	Insuficiencia renal grave. Precaución en antecedentes o factores de riesgo de enfermedad tromboembólica
Denosumab		60 mg	Subcutánea	Semestral	Infecciones cutáneas y urinarias	Hipocalcemia

Si cortis a dosis altas: dar calcio

FRAX intermedio mayor de 5 o elevado mayor de 7.5; DEXA y si osteoporosis; TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

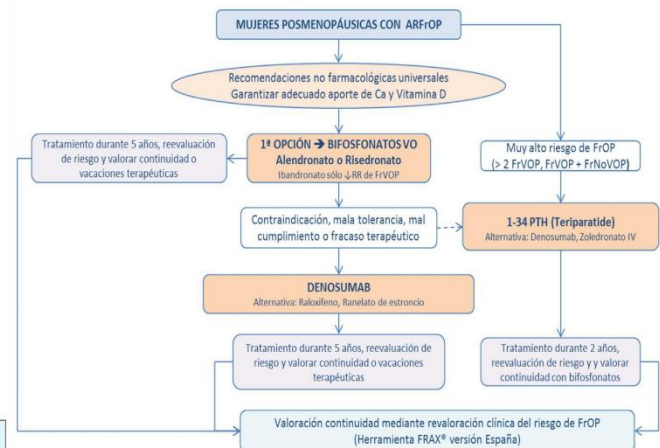
^aLa AEMPS (nota 21-02-2014) informa que solo debe ser utilizado en la prevención de fracturas en pacientes con osteoporosis grave y alto riesgo de fractura, que no puedan utilizar ninguna otra alternativa terapéutica; que no debe utilizarse en pacientes que presenten o hayan presentado cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica, patología cerebrovascular o que sufran hipertensión arterial no controlada.

SEIOMM Tratamiento Secuencial:



Guía de Práctica Clínica de OP-FrOP de la SECOT

Algoritmo de tratamiento mujeres posmenopáusicas con ARFrOP



OSTEOPOROSIS SECUNDARIA A CORTICOIDES

Fisiopatología:

Resumen: aumento de la resorción ósea (proliferan osteoclastos) + reducen la formación (inhiben osteoblastos) y la maduración ósea.

Está demostrado que el tratamiento con **GC a dosis superiores a 7,5 mg/día** incrementa considerablemente el riesgo de fractura.

Tratamiento osteoporosis inducida por glucocorticoide (OIGC):

La pérdida ósea y el riesgo de desarrollar una fractura es mayor en los primeros 3-6 meses de tratamiento corticoide.

Esto hace necesario identificar a los pacientes con riesgo de desarrollar osteoporosis, evaluar el riesgo de fractura y valorar iniciar tratamiento para la osteoporosis lo antes posible.

Duración del tratamiento:

Según las recomendaciones de grupos internacionales, el tratamiento elegido debe iniciarse al mismo tiempo que el tratamiento esteroideo y debe mantenerse durante la terapia y al menos hasta 6 meses después, salvo que existan fracturas o haya riesgo elevado de estas, en cuyo caso se continuará con el tratamiento para la OP

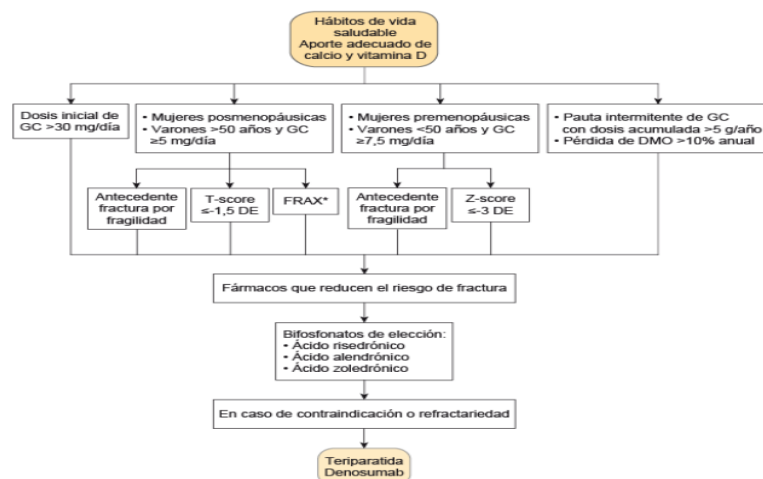
Tabla 2. Recomendaciones de inicio de tratamiento para OIGC.
Pacientes con dosis inicial ≥ 30 mg/día de prednisona. En estos casos se recomienda iniciar tratamiento para la OP de forma inmediata.
Mujeres posmenopáusicas y varones >50 años con dosis ≥ 5 mg/día que además presenten alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none">• Fractura previa por fragilidad.• Baja DMO (T-score $\leq -1,5$ DE en columna o cadera).• Riesgo elevado de fractura: FRAX para cadera $\geq 3\%$ o para fractura principal $\geq 10\%$ sin DMO o $\geq 7,5\%$ con DMO.
Mujeres premenopáusicas y varones <50 años y dosis $\geq 7,5$ mg/día de prednisona que además presenten alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none">• Fractura previa por fragilidad.• Baja DMO (Z-score ≤ -3 DE).
En pacientes con pauta intermitente de glucocorticoides y que alcancen una dosis acumulada de prednisona >5 g/año o en aquellos con pérdidas anuales de DMO superiores al 10%.

A la hora de elegir el tratamiento, entre otros factores, se recomienda tener en consideración la edad y las comorbilidades del paciente, así como su tratamiento habitual y las limitaciones para la vía oral. También se deberá tener en cuenta el valor de la DMO, la presencia de fracturas, los tratamientos de osteoporosis previos y la adherencia a los mismos (figura 1).

Osteoporosis inducida por glucocorticoides

Fecha de la última revisión: 23/03/2020

Figura 1



Recomendación para iniciar tratamiento de la OP en pacientes que van a recibir GC durante >3 meses
*FRAX para cadera $\geq 3\%$ o para fractura principal $\geq 10\%$ sin DMO o $\geq 7,5\%$ con DMO.