



## CO11 - INCIDENCIA DE FRACTURAS CLÍNICAS POR FRAGILIDAD EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS CON ARTRITIS REUMATOIDE. ESTUDIO MULTICÉNTRICO CASO-CONTROL

C. Gómez Vaquero<sup>1</sup>, J.M. Olmos<sup>2</sup>, J.L. Hernández<sup>2</sup>, D. Cerdà<sup>3</sup>, C. Hidalgo Calleja<sup>4</sup>, J.A. Martínez López<sup>5</sup>, L. Arboleya<sup>6</sup>, F.J. Aguilar del Rey<sup>7</sup>, S. Martínez Pardo<sup>8</sup>, I. Ros Vilamajo<sup>9</sup>, X. Surís Armangué<sup>10</sup>, D. Grados<sup>11</sup>, Ch. Beltrán Audera<sup>12</sup>, E. Suero-Rosario<sup>13</sup>, I. Gómez Gracia<sup>14</sup>, A. Salmoral Chamizo<sup>14</sup>, I. Martín-Esteve<sup>13</sup>, H. Flórez<sup>15</sup>, A. Naranjo<sup>16</sup>, S. Castañeda<sup>17</sup>, S. Ojeda Bruno<sup>16</sup>, S. García Carazo<sup>18</sup>, A. García Vadillo<sup>17</sup>, L. López Vives<sup>19</sup>, À. Martínez-Ferrer<sup>20</sup>, H. Borrell Paños<sup>19</sup>, P. Aguado Acín<sup>18</sup>, R. Castellanos-Moreira<sup>15</sup>, C. Tebé<sup>21</sup> y N. Guañabens<sup>15</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>3</sup>Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. <sup>4</sup>Hospital Universitario de Salamanca. <sup>5</sup>Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. <sup>6</sup>Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. <sup>7</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>8</sup>Hospital Universitario Mutua Terrassa. <sup>9</sup>Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. <sup>10</sup>Hospital General de Granollers. <sup>11</sup>Hospital d' Igualada. <sup>12</sup>Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. <sup>13</sup>Hospital General Mateu Orfila. Maó. <sup>14</sup>Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>15</sup>Hospital Clínic de Barcelona. <sup>16</sup>Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>17</sup>Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. <sup>18</sup>Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>19</sup>Hospital de Sant Rafael. Barcelona. <sup>20</sup>Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. <sup>21</sup>Servicio de Asesoría en Estadística. Institut d' Investigació Biomèdica de Bellvitge-IDIBELL. Grupo de trabajo OsteoResSER de la Sociedad Española de Reumatología.

### Resumen

**Objetivos:** Estimar la incidencia de fracturas clínicas por fragilidad en una población de mujeres posmenopáusicas con artritis reumatoide (AR) y compararla con la de la población general. Estudiar los factores que determinan el desarrollo de fracturas en estas pacientes.

**Métodos:** Se incluyeron 330 mujeres posmenopáusicas con AR en 19 servicios de Reumatología españoles, seleccionadas al azar del registro de pacientes de cada centro. El grupo control lo constituyeron 660 mujeres posmenopáusicas seleccionadas al azar y pareadas por edad de la Cohorte Camargo, reclutadas entre 2006 y 2009 para evaluar de forma prospectiva la incidencia de fracturas por fragilidad. Se excluyeron mujeres afectas de otras enfermedades metabólicas óseas. Se registraron todas las fracturas presentadas entre enero 2013 y diciembre 2017, 5 años. Se identificaron por revisión de historia clínica, completada con anamnesis para indagar sobre el mecanismo de acción de la fractura, fragilidad o traumatismo. Para el estudio de factores determinantes de fracturas, se recogieron variables sociodemográficas y relacionadas con la AR y su tratamiento, factores de riesgo y prevención farmacológica de fracturas y antecedentes patológicos y tratamientos relacionados con el riesgo de fractura.

**Resultados:** La mediana de la edad de las AR fue de 64 [IC95%: 56-70] años, sin diferencias con los controles. La mediana de evolución de la enfermedad fue de 8 [IC95%: 3-16] años. El 78% y el 76% tenían FR y AAPCC+, respectivamente. El 69% se encontraba en remisión o baja actividad, según

DAS28. El 85% había realizado tratamiento con glucocorticoides y metotrexato. Durante los 5 años de estudio, el 40% realizó tratamiento con al menos un FAME biológico. Las pacientes tenían índice de masa corporal y densidad mineral ósea (DMO) menores y mayor prevalencia de fractura previa (29%/17%), tratamiento con glucocorticoides (85%/2%), osteoporosis (28%/23%) y tratamiento antirresortivo u osteoformador que las controles (33%/27%). Se identificaron 105 fracturas (87 por fragilidad y 18 traumáticas) en 75 pacientes. 54 pacientes y 47 controles tuvieron al menos una fractura mayor (FM) ( $p < 0,001$ ). La incidencia de FM fue de 3,55 por cien personas-año en AR y de 0,72 en controles. En ambos casos, las fracturas más frecuentes fueron las vertebrales, seguidas por las de antebrazo. Los factores de riesgo de fractura que se asociaron a la presentación de una FM fueron edad, fractura personal previa y fractura de cadera parental, duración del período posmenopáusico, DMO en tercio proximal de fémur y dosis acumulada de glucocorticoides en pacientes y edad, edad en la menopausia y DMO en columna lumbar en controles. De las variables relacionadas con la AR, se asociaron a la presentación de una FM la presencia de erosiones y tener mayor discapacidad y actividad media en los 5 años de estudio, medidas por HAQ y PCR. No había diferencia entre AR de más o menos de 10 años de evolución. El antecedente de fractura previa en las pacientes con AR multiplica el riesgo de tener una FM (HR: 10,37 [IC95%: 2,95-36,41]).

**Conclusiones:** Entre 3 y 4 de cada 100 mujeres posmenopáusicas con AR presenta una fractura mayor por fragilidad al año, cuatro veces más que la población general. Los factores de riesgo de fractura clásicos, la actividad y la discapacidad asociadas a la AR, la dosis acumulada de glucocorticoides y, fundamentalmente, el antecedente de fractura previa se asocian a la presentación de fracturas por fragilidad.