Reumatol Clin. 2020;16(Espec Cong):211

Reumatología Clínica

https://www.reumatologiaclinica.org

P169 - ESTUDIO DEL RIESGO DE FRACTURAS VERTEBRALES TRAS LA RETIRADA DEL TRATAMIENTO CON DENOSUMAB

E. Espartal López, A. Erra, M. Barceló-Bru, R. Caparrós, S. Antón y S. Sandoval

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Vall d&#39Hebron. Barcelona.

Resumen

Introducción: La discontinuación del tratamiento con denosumab (Dmab) se ha asociado a un efecto de reactivación del metabolismo óseo que se manifiesta con una pérdida de masa ósea y un aumento del riesgo de fracturas vertebrales (FV). La incidencia y los factores de riesgo que pueden propiciar dicha pérdida no están claramente establecidos.

Objetivos: Determinar la incidencia de FV y de la pérdida de masa ósea en pacientes que han retirado el tratamiento con Dmab así como objetivar posibles factores de riesgo asociados.

Métodos: Estudio retrospectivo de revisión de los pacientes tratados con Dmab y controlados los dos últimos años en consultas monográficas de osteoporosis. Se seleccionaron aquellos que retiraron el tratamiento con Dmab de los que registramos las características demográficas, factores de riesgo de osteoporosis así como las densitometrías previas al tratamiento y durante el período de suspensión. Identificamos los pacientes que presentaron fracturas durante el período de retirada del tratamiento valorando el número de fracturas, el tiempo desde la retirada hasta la presencia de fractura, la localización y si habían recibido tratamiento osteoactivo en dicho período.

Resultados: De 415 pacientes tratados con Dmab, 83 suspendieron el tratamiento. La media de edad fue de 63,91 años siendo el 95,2% de ellos mujeres. La duración media del tratamiento previo a la retirada fue de 2,73 años. Un 43,4% de los pacientes tenían fracturas previas, 47,2% vertebrales. Los datos de la densidad mineral ósea previos y durante el seguimiento se muestran en la tabla 1. 60 pacientes presentaban factores de riesgo de osteoporosis, siendo el más frecuente la baja ingesta de calcio (36,6%) y un 15,6% presentaban enfermedad y tratamiento osteopenizante. El 92,7% de los pacientes habían recibido tratamiento osteoactivo previo. El motivo más frecuente de retirada de Dmab fue por vacaciones terapéuticas (56,6%). 39 pacientes realizaron tratamiento osteoactivo posterior a la retirada, siendo el más frecuente el zoledronato (51,3%). Durante los dos años posteriores al descanso se objetivaron 9 pacientes con fracturas (10,9%), siete de tipo vertebral (77,7%) y ? 2 FV en cinco de ellos. Las características de los pacientes que presentaron fractura vertebral se adjuntan en la tabla 2. 5 pacientes (71,4%) presentaban ya fracturas previas al inicio de Dmab. El tiempo medio desde la retirada del tratamiento hasta la presentación de fracturas fue de 15 meses. Ninguno de los pacientes con fractura había recibido tratamiento posterior a la retirada de Dmab. A pesar que la media de DMO analizada por DXA al finalizar el tratamiento y que la pérdida de DMO durante el descanso fue superior en los pacientes con fractura respecto a los sin fractura (-7,8% vs -4,3% en columna y -8,6% vs -4,4% en fémur total), las diferencias en éstos parámetros no fueron significativas.

Conclusiones: La incidencia de FV en pacientes que interrumpieron Dmab fue de 8,43%. Los pacientes con fractura habían presentado una ganancia menor de DMO a pesar del tratamiento que los pacientes no fracturados y además la pérdida de DMO en el descanso fue superior, sin que las diferencias fueran significativas probablemente por el bajo número de pacientes. Ni la presencia de fracturas previas ni la duración del tratamiento se pudieron relacionar con la presencia de FV en el descanso.

Tabla 1. Valores de DMO y porcentaje de cambio de DMO al inicio del tratamiento con denosumab y durante dos años de retirada

	Previa Dmab (n = 83)	Retirada Dmab (n = 54)	Descanso Dmab1 (n = 28)	Descanso Dmab2 (n = 20)
DMO (media)	g/cm^2 (T-score)	g/cm^2 (T-score)	g/cm^2 (T-score)	g/cm^2 (T-score)
Columna lumbar				
Cuello femoral	0,861 ± 0,1 (-2,61)	0,949 ± 0,1 (-1,94)	0,965 ± 0,2 (-1,93)	0,920 ± 0,2 (-2,22)
Fémur total	0,735 ± 1 (-1,96)	0,774 ± 0,1 (-1,71)	0,758 ± 0,1 (-1,84)	0,740 ± 0,1 (-2,02)
	0,784 ± 0,1 (-1,81)	0,823 ± 0,1 (-1,48)	0,805 ± 0,1 (-1,63)	0,801 ± 0,1 (-1,68)
% cambio DMO				
Columna lumbar		12,2 ± 10,3	-5 ± 7,9	-5,44 ± 7,9
Cuello femoral		6 ± 8,5	-4,2 ± 3,9	-5,35 ± 5,8
Fémur total		3,9 ± 4,2	-5,2 ± 4,9	-0,33 ± 19,6

Tabla 2. Características de los pacientes que presentaron fractura al interrumpir el tratamiento con denosumab

	Edad inicio (años)	Factor osteopenizante	Fx previa	Duración TTo (meses)	Motivo retirada	Fx retirada	Tiempo a fx (meses)
1	74	Inhibidores aromatasa	-	33	Decisión otros profesionales	D12	23

1699-258X © 2020. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados

2	68	-	Clavícula	67	Vacaciones Tto	D9-L5	3
3	56	-	D6, D11, D12, L1-L4	53	Decisión otros profesionales	D9, L5	8
4	70	Glucocorticoides	D10, D11, L4	21	Decisión paciente	D6	29
5	57	-	-	23	Efecto adverso	D9, D10	11
6	79	-	L1	28	Vacaciones Tto	D10, D11	25
7	80	-	Colles	28	Decisión paciente	D10, L3	6

P170

Cumplimiento y permanencia del tratamiento antiosteoporótico en pacientes con fractura de cadera

S. Paredes González-Albo, A. Basco, M. Guinovart y C. Llop

Unitat de Farmàcia CatSalut. Tarragona.

Introducción: Las fracturas osteoporóticas tienen un elevado impacto sanitario y económico. La mejor estrategia para minimizar la incidencia de fracturas es sin duda la prevención de estas, incluyendo tratamientos farmacológicos. Sin embargo, son habituales el abandono del tratamiento a largo plazo y cumplimientos subóptimos.

Objetivos: Cuantificar el cumplimiento terapéutico y la permanencia de los tratamientos farmacológicos relacionados con la osteoporosis indicados a pacientes dados de alta de hospitales de Cataluña con fractura de cadera durante 2017.

Métodos: A partir de la Base de Datos de Altas Hospitalarias (CMBD-AH) del Servei Català de la Salut se seleccionaron todos los pacientes que fueron dados de alta durante el año 2017 con el diagnóstico principal de fractura de fémur, según la codificación CIM-9. El consumo de fármacos para valorar el cumplimiento y la permanencia se obtuvieron de la base datos de farmacia del Servei Català de la Salut. El periodo de estudio para estos parámetros fue de 18 meses a partir de la fecha de alta hospitalaria. Se excluyeron del estudio los pacientes exitus, trasladados a otras zonas o pacientes con switch. Se consideró buen cumplimiento cuando se había obtenido fármaco suficiente para cubrir el 80% del tiempo desde que se instauró el tratamiento hasta el final del periodo de estudio. En el caso de denosumab, se consideró buen cumplimiento post-fractura cuando el tiempo de tratamiento se mantuvo un mínimo de 12 meses. La permanencia se consideró positiva si se había obtenido fármaco durante los tres últimos meses del periodo de estudio. Para comparar las diferencias de cumplimiento y permanencia entre grupos de pacientes tratados con fármacos diferentes se utilizó el estadístico chi cuadrado, considerándose un nivel de significación estadística p 0,05.

Resultados: Se detectaron 8.354 pacientes dados de alta con el diagnóstico principal de fractura de cadera. De éstos, fueron tratados después del alta 1,712 pacientes (20,49%). Teniendo en cuenta los pacientes excluidos, se efectuó seguimiento a 1,327 pacients. El 81,54% eran mujeres, y la edad media era 84,79 años. Los tratamientos más utilizados fueron los bifosfonatos (69%), denosumab (23%) y teriparatida (7%). Los

1699-258X © 2020. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados

resultados de buen cumplimiento y permanencia de tratamiento fueron los descritos en la tabla.

	N	Cumplimiento	Permanencia
Alendronato	863	63,27%	64,77%
Alendronato+colecalciferol	27	74,07%	81,48%
Ibandronato	3	66,67%	100%
Risedronato	23	39,13%	60,87%
Raloxifeno	1	100%	100%
Bazedoxifeno	1	0%	0%
Teriparatida	99	76,77%*	73,74%
Denosumab	310	76,77%*	74,52%*

*p 0,05 respecto total bifosfonatos y respecto alendronato.

Conclusiones: Los resultados obtenidos sugieren que además de tratar a un número reducido de pacientes tras una fractura de fémur (20,49%), los tratamientos instaurados son seguidos de una manera subóptima. Es necesario investigar qué factores pueden permitir detectar posibles pacientes incumplidores. Parece lógico considerar fármacos que facilitan un cumplimiento y permanencia más adecuados. Nuestros resultados sugieren que en el tipo de paciente estudiado denosumab y teriparatida mejoran el cumplimiento respecto bifosfonatos orales. La aplicación de planes específicos e implantación de estructuras sanitarias transversales entre niveles asistenciales debería conducir a una mejora en la detección, tratamiento y cumplimiento en pacientes con osteoporosis.

1699-258X © 2020. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados