

Declaración sobre la Postura de la AAOS

Cómo Mejorar la Atención de los Pacientes con Fracturas por Fragilidad Ósea.

La American Academy of Orthopaedic Surgeons y la American Association of Orthopaedic Surgeons (AAOS) consideran de la mayor importancia el que los pacientes con fracturas por fragilidad ósea no solo obtengan tratamiento para la fractura con que se presentan, sino también para la prevención de fracturas futuras.

Las fracturas por fragilidad ósea se definen como aquellas que resultan de una caída de la altura de una persona de pie o menor, o bien, aquellas que se presentan en ausencia de un traumatismo obvio. Estas fracturas afectan hasta a la mitad de las mujeres y a la tercera parte de los hombres de más de 50 años de edad y a menudo se asocian a densidad mineral ósea baja (1-6). Afectan más comúnmente a la cadera, vértebras y muñeca (1,7).

Las fracturas por fragilidad ósea tienen un doble impacto: el sufrimiento del individuo que las padece y los costos a la sociedad de la atención médica. Ambos son enormes (1, 8, 9). Más aún, es previsible que estos impactos aumentarán dramáticamente a consecuencia del crecimiento proyectado de la población anciana, particularmente por el rápido aumento de la población de 85 y más años. Los ensayos clínicos han demostrado que el tratamiento de los pacientes con fracturas por fragilidad puede reducir el riesgo de sufrir fracturas en el futuro hasta en un 50% (8,9). Así, es importante que estos pacientes no solo reciban tratamiento para la fractura con la que se presentan, sino también que se asegure la prevención de fracturas futuras (10-11).

La AAOS considera que una de las razones de mayor importancia para determinar la etiología de una fractura y proporcionar tratamiento apropiado es el hecho de que una fractura previa es uno de los más importantes factores de riesgo para sufrir nuevas fracturas. Específicamente, los pacientes que han sufrido fracturas por trauma mínimo, tienen de dos a seis veces más alto riesgo de fracturas futuras que los individuos que nunca han sufrido una fractura (1, 10-17).

El tratamiento óptimo de los pacientes con fracturas por fragilidad ósea debe incluir no solo el manejo de la fractura con la que se presentan, sino también la evaluación, diagnóstico y tratamiento de la o las causas subyacentes de dicha fractura, incluyendo a la densidad mineral ósea baja (osteoporosis) y otras condiciones médicas (22-24).

Los ensayos clínicos han demostrado que el tratamiento apropiado de los pacientes con fracturas por fragilidad ósea puede reducir hasta un 50% el riesgo de fracturas futuras (18-21). De esta forma, iniciando las intervenciones terapéuticas temprano después de que ocurre una fractura por fragilidad, puede reducirse de manera significativa la incidencia y la severidad de las fracturas subsecuentes.

La AAOS reconoce que el Cirujano Ortopedista es usualmente el primero y a menudo el único Médico consultado por el paciente con fracturas. Por esta razón, la AAOS considera que los Cirujanos Ortopedistas tienen una oportunidad única para identificar al paciente con una “fractura por fragilidad ósea” y para iniciar la evaluación del estado patológico subyacente o de la predisposición a sufrir fracturas. Los Ortopedistas también tienen la oportunidad de disminuir el riesgo de fracturas futuras en sus pacientes al promover el que mejore la atención a las fracturas en sus comunidades.

En resumen, la American Academy of Orthopaedic Surgeons invita a los Cirujanos Ortopedistas a:

- 1. Considerar la posibilidad de que la osteoporosis sea un factor predisponente cuando se presenta un paciente con una fractura por fragilidad ósea.*
- 2. Informar a los pacientes con fracturas por fragilidad ósea que una evaluación diagnóstica en busca de osteoporosis puede llevar a un tratamiento capaz de reducir el riesgo de sufrir nuevas fracturas*
- 3. Comunicar al Médico de Atención Primaria la posibilidad de que se trate de una fractura por fragilidad ósea*
- 4. Iniciar una investigación acerca de la posibilidad de que la osteoporosis sea la causa subyacente de las fracturas sufridas. El Cirujano Ortopedista puede conducir esta evaluación o bien puede referir al paciente a otro servicio médico.*
- 5. Establecer ligas con la comunidad de médicos y enfermeras que faciliten la evaluación y el tratamiento de los pacientes con fracturas por fragilidad ósea.*
- 6. Insistir en que en los hospitales y en los consultorios se establezcan rutas clínicas que aseguren atención óptima a los pacientes con fracturas por fragilidad ósea.*

La AAOS considera que al tomar un papel activo en el manejo o la referencia de pacientes con fracturas por fragilidad ósea, los Cirujanos Ortopedistas pueden mejorar sustancialmente la evolución a largo plazo de estos pacientes, reducir el riesgo de fracturas subsecuentes y, de esta manera, contribuir significativamente a detener el progresivo deterioro que sufren la salud y la calidad de vida después de las fracturas.

Esta Declaración ha sido Avalada por: World Orthopaedic Osteoporosis Organization (WOOO); American Society for Bone and Mineral Research (ASBMR), National Osteoporosis Foundation (NOF), International Osteoporosis Foundation (IOF), National Organization of Orthopaedic Nurses (NAON), Orthopaedic Research Society (ORS), y el Council on Research and Women's Health Issues Committee de la American Academy of Orthopaedic Surgeons

REFERENCES

1. Cummings SR, Melton LJ. Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. *Lancet* 2002, **359**:1761-7.
2. Riggs BL, Melton LJ. The worldwide problem of osteoporosis: insights afforded by epidemiology. *Bone* 1995, **17**(5 Suppl):505S-511S.
3. Ross PD. Osteoporosis. Frequency, consequences, and risk factors. *Arch Intern Med* 1996, **156**:1399-411.
4. Jones G, Nguyen T, Sambrook PN, Kelly PJ, Gilbert C, Eisman JA. Symptomatic fracture incidence in elderly men and women: the Dubbo Osteoporosis Epidemiology Study (DOES). *Osteoporos Int* 1994, **4**:277-82.
5. Nguyen TV, Eisman JA, Kelly PJ, Sambrook PN. Risk factors for osteoporotic fractures in elderly men. *Am J Epidemiol* 1996, **144**:255-63.
6. Kanis JA, Johnell O, Oden A, Sembo I, Redlund-Johnell I, Dawson A, De Laet C, Jonsson B. Long-term risk of osteoporotic fracture in Malmo. *Osteoporos Int* 2000, **11**:669-74.
7. Tosteson AN, Gabriel SE, Grove MR, Moncur MM, Kneeland TS, Melton LJ. Impact of hip and vertebral fractures on quality-adjusted life years. *Osteoporos Int* 2001, **12**:1042-9.
8. Ray NF, Chan J, Thamer M, Melton L. Medical expenditures for the treatment of osteoporotic fracture in the United States in 1995: Report from the National Osteoporosis Foundation. *J Bone Min Res* 1997, **12**:24-35.
9. Wolinsky F, Fitzgerald J, Stump T. The effect of hip fracture on mortality, hospitalization and functional status: A prospective study. *Am J Public Health* 1997, **87**:398-403.
10. Robinson CM, Royds M, Abraham A, McQueen MM, Court-Brown CM, Christie J. Refractures in patients at least forty-five years old. a prospective analysis of twenty-two thousand and sixty patients. *J Bone Joint Surg Am* 2002, **84-A**:1528-33.
11. Nevitt MC, Ross PD, Palermo L, Musliner T, Genant HK, Thompson DE. Association of prevalent vertebral fractures, bone density, and alendronate treatment with incident vertebral fractures: effect of number and spinal location of fractures. The Fracture Intervention Trial Research Group. *Bone* 1999, **25**:613-9.
12. Klotzbuecher CM, Ross PD, Landsman PB, Abbott TA, 3rd, Berger M. Patients with prior fractures have an increased risk of future fractures: a summary of the literature and statistical synthesis. *J Bone Miner Res* 2000, **15**:721-39.

13. Lindsay R, Silverman SL, Cooper C, Hanley DA, Barton I, Broy SB, Licata A, Benhamou L, Geusens P, Flowers K, Stracke H, Seeman E. Risk of new vertebral fracture in the year following a fracture. *JAMA* 2001, **285**:320-3.
14. Johnell O, Oden A, Caullin F, Kanis JA. Acute and long-term increase in fracture risk after hospitalization for vertebral fracture. *Osteoporos Int* 2001. **12**:207-14.
15. Gunnes M, Mellstrom D, Johnell O 1998 How well can a previous fracture indicate a new fracture? A questionnaire study of 29,802 postmenopausal women. *Acta Orthop Scand* 1998, **69**:508-12.
16. Ross P, Davis J, Epstein R, Wasnich R. Pre-existing fractures and bone mass predict vertebral fracture incidence in women. *Ann Int Med* 1991, **114**:919-923.
17. van Staa TP, Leufkens HG, Cooper C. Does a fracture at one site predict later fractures at other sites? A British cohort study. *Osteoporos Int* 2002, **13**(8):624-9.
18. Delmas PD. Treatment of postmenopausal osteoporosis. *Lancet* 2002, **359**:2018-26.
19. Hochberg M. Preventing fractures in postmenopausal women with osteoporosis. A review of recent controlled trials of antiresorptive agents. *Drugs Aging* 2000, **17**:317-30.
20. Cranney A, Guyatt G, Griffith L, Wells G, Tugwell P, Rosen C. Meta-analyses of therapies for postmenopausal osteoporosis. IX: Summary of meta-analyses of therapies for postmenopausal osteoporosis. *Endocr Rev* 2002, **23**:570-8.
21. Neer RM, Arnaud CD, Zanchetta JR, Prince R, Gaich GA, Reginster JY, Hodsman AB, Eriksen EF, Ish-Shalom S, Genant HK, Wang O, Mitlak BH 2001 Effect of parathyroid hormone (1-34) on fractures and bone mineral density in postmenopausal women with osteoporosis. *N Engl J Med* 2001, **344**:1434-41.
22. Johnell O, Kannus P, Obrant KJ, Jarvinen M, Parkkari J. Management of the patient after an osteoporotic fracture: Guidelines for orthopedic surgeons--consensus conference on Treatment of Osteoporosis for Orthopedic Surgeons, Nordic Orthopedic Federation, Tampere, Finland 2000. *Acta Orthop Scand* 2001, **72**:325-30.
23. Rosier RN. Expanding the role of the orthopaedic surgeon in the treatment of osteoporosis. *Clin Orthop* 2001 (385):57-67.
24. Tosi LL, Lane JM. Osteoporosis prevention and the orthopaedic surgeon: when fracture care is not enough. *J Bone Joint Surg Am* 1998, **80**:1567-9.