

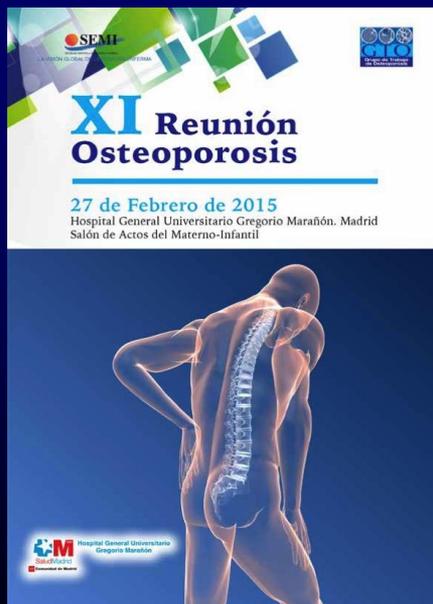


UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS
DE GRAN CANARIA



Vacaciones terapéuticas

En contra



Manuel Sosa Henríquez
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
Hospital Universitario Insular
Gran Canaria



Transportes Olmos SL





WIKIPEDIA
La enciclopedia libre

- Portada
- Portal de la comunidad
- Actualidad
- Cambios recientes
- Páginas nuevas
- Página aleatoria
- Ayuda
- Donaciones
- Notificar un error

- Imprimir/exportar
- Crear un libro
- Descargar como PDF
- Versión para imprimir

- Herramientas
- Lo que enlaza aquí
- Cambios en enlazadas
- Subir un archivo
- Páginas especiales
- Enlace permanente
- Información de la página
- Elemento de Wikidata
- Citar esta página

Artículo **Discusión**

Leer Editar Ver historial

Buscar

José Olmos Martínez

Médico, filósofo, escritor, natural de Valencia, dedicado al celibato y al estudio de la osteoporosis, que ejerce su labor pastoral en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander).

Olmos es también conocido por ser narrador de cuentos infantiles en el colegio de su nieto *citation needed*



estilización italiana.² Murió en la ciudad de Quito, en el año 1730.¹

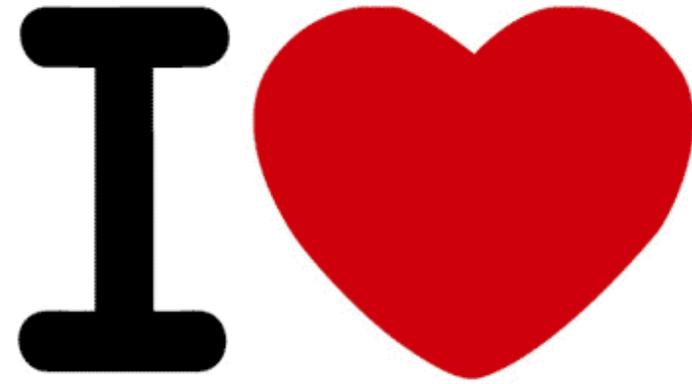
Véase también [\[editar\]](#)

¡Qué cruz aguantar al Dr. Sosa *citation not needed*

Referencias [\[editar\]](#)

1. ↑ ***^a ^b*** Biografías y vidas: Pampite (José Olmos). [↗](#)
2. ↑ ***^a ^b ^c ^d*** AVILÉS PINO, Elrén. *Enciclopedia del Ecuador*. Guayaquil, Ecuador.
3. ↑ ***^a ^b ^c ^d ^e*** Escultores e imagineros de la Escuela Quiteña. [↗](#)
4. ↑ NAVARRO, José Gabriel. *La Escultura en el Ecuador Durante los Siglos XVI, XVII y XVIII*. Quito, Ecuador. p. 167.

Categorías: [Artistas de la Escuela quiteña](#) | [Escultores de Ecuador](#)



OLMOS



PERSPECTIVE

JBMR

Atypical Subtrochanteric and Diaphyseal Femoral Fractures: Report of a Task Force of the American Society for Bone and Mineral Research

REVIEW

JBMR®

Atypical Subtrochanteric and Diaphyseal Femoral Fractures: Second Report of a Task Force of the American Society for Bone and Mineral Research

Task Force of the American Society for Bone and Mineral Research

JBMR 2010; 25:2267–94

JBMR 2014;29:1-23

Recomendaciones sobre la duración del tratamiento de la osteoporosis con bisfosfonatos

De acuerdo con todo lo anterior, la SEIOMM, en consonancia con las recomendaciones de la AEMPS mencionadas al principio, aconseja que los pacientes tratados con BSF durante 3 (zoledronato) ó 5 años (alendronato, risedronato), sean evaluados al cabo de este tiempo para determinar la necesidad de continuar o no con el tratamiento. Tras dicha evaluación, aconseja mantener el tratamiento en aquellos pacientes que aún presenten un riesgo elevado de fractura. En cambio, en aquellos pacientes con DMO superior a $-2,5 T$ en cuello femoral y sin antecedentes de fracturas, aconseja la valoración individualizada de la suspensión temporal del tratamiento (“vacaciones terapéuticas”). La duración de este pe-

Aviso: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios



Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AEMPS

BISFOSFONATOS Y RIESGO DE FRACTURAS ATÍPICAS DE FÉMUR

Fecha de publicación: 15 de abril de 2011

ormativa

Si todos te dicen que estás borracho....

Vete a la cama aunque no lo estés.....

Galileo Galilei



- Conflicto entre el razonamiento inductivo: Método científico
- Razonamiento deductivo: argumentos basados en la autoridad, bien de filósofos como Aristóteles o de las Sagradas Escrituras.

Guión

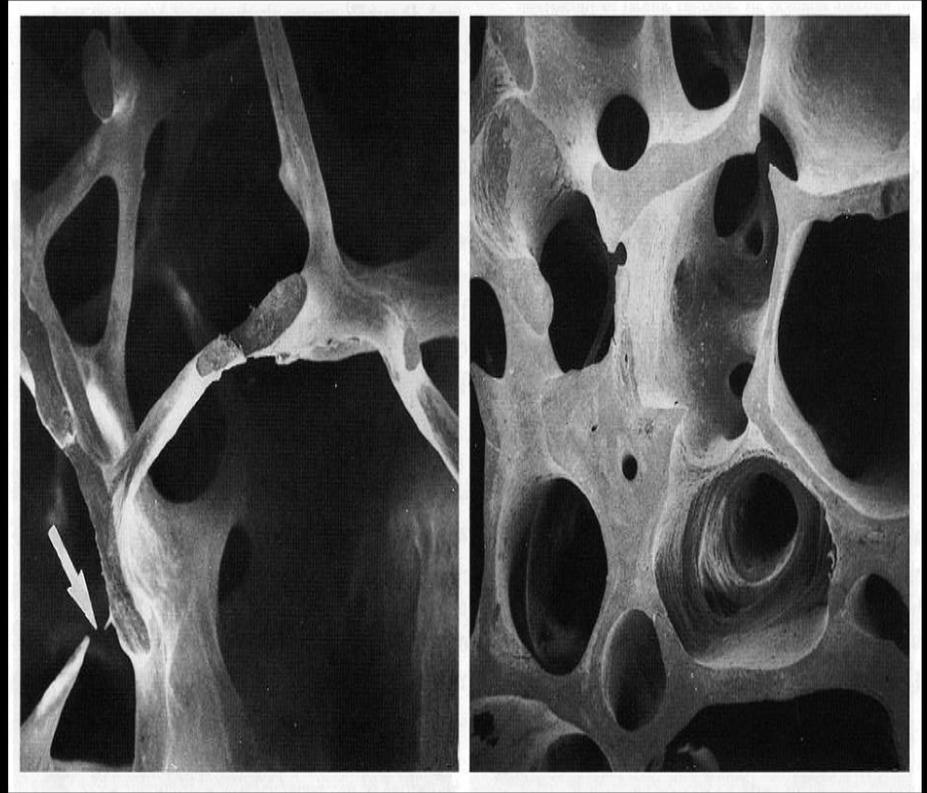
1. ¿Por qué hay que suspender un tratamiento?
2. ¿Cuáles son las consecuencias de la osteoporosis?
3. ¿Cómo y con qué nos han lavado el cerebro?
4. ¿Qué ocurre cuando suspendemos el tratamiento de la osteoporosis y cuando lo mantenemos durante mucho tiempo?
5. Conclusiones

Guión

1. ¿Por qué hay que suspender un tratamiento?
2. ¿Cuáles son las consecuencias de la osteoporosis?
3. ¿Cómo y con qué nos han lavado el cerebro?
4. ¿Qué ocurre cuando suspendemos el tratamiento de la osteoporosis y cuando lo mantenemos durante mucho tiempo?
5. Conclusiones

Definición de osteoporosis

Es un trastorno esquelético caracterizado por un compromiso de la resistencia ósea que predispone a un incremento del riesgo de fractura.



**National Institutes of Health
Consensus Development Conference
Statement Marzo 2000**

Objetivo principal en el tratamiento de la osteoporosis

Objetivo teórico ideal:

Impedir la aparición de nuevas fracturas

Objetivo práctico:

Reducir o retrasar la aparición de nuevas fracturas

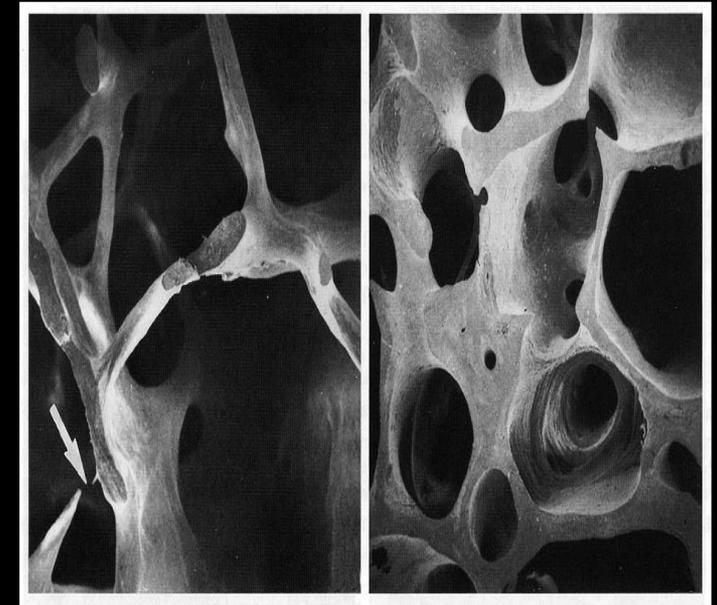
¿Por qué hay que interrumpir un tratamiento?

1. Porque la enfermedad se ha curado

Neumonía: antibiótico

Esguince: antiinflamatorio

La osteoporosis es un proceso crónico con cambios microestructurales profundos e irreparables



¿Por qué hay que interrumpir un tratamiento?

2. Por pérdida de efectividad del fármaco

Antibiótico: Desarrollo de resistencia

¿Cómo valorarlo en la osteoporosis?

Fracaso terapéutico

¿Por qué hay que interrumpir un tratamiento?

3. Por limitación establecida “ a priori”

Infección urinaria: 10 días. Tratamiento de la tuberculosis: 2 meses 3 fármacos, hasta completar 6 meses 2 fármacos.

Tampoco es el caso: Límites en osteoporosis:

- PTH 1-34: 2 años

¿Por qué hay que interrumpir un tratamiento?

4. Por aparición de efectos secundarios que superan los efectos beneficiosos

Miopatía como consecuencia del tratamiento de la hipercolesterolemia con estatinas

Osteoporosis: Aparición de una necrosis de maxilares o de una fractura atípica

¿Por qué hay que interrumpir un tratamiento?

5. ¿Para evitar que aparezcan estos efectos secundarios?

No en otros campos

Osteoporosis: “Vacaciones terapéuticas”



¡Qué Quijotes somos!

¿Suspendemos el tratamiento con AAS a los 3-5 años, en un paciente en el no ha tenido un infarto, para evitar que le de una hemorragia digestiva?

¿Suspendemos un tratamiento con beta-bloqueante, después de 5 años de tratamiento, con la T. Arterial controlada y sin nuevas complicaciones, para evitar que aparezca una fibrosis retroperitoneal?

¡Qué Quijotes somos!

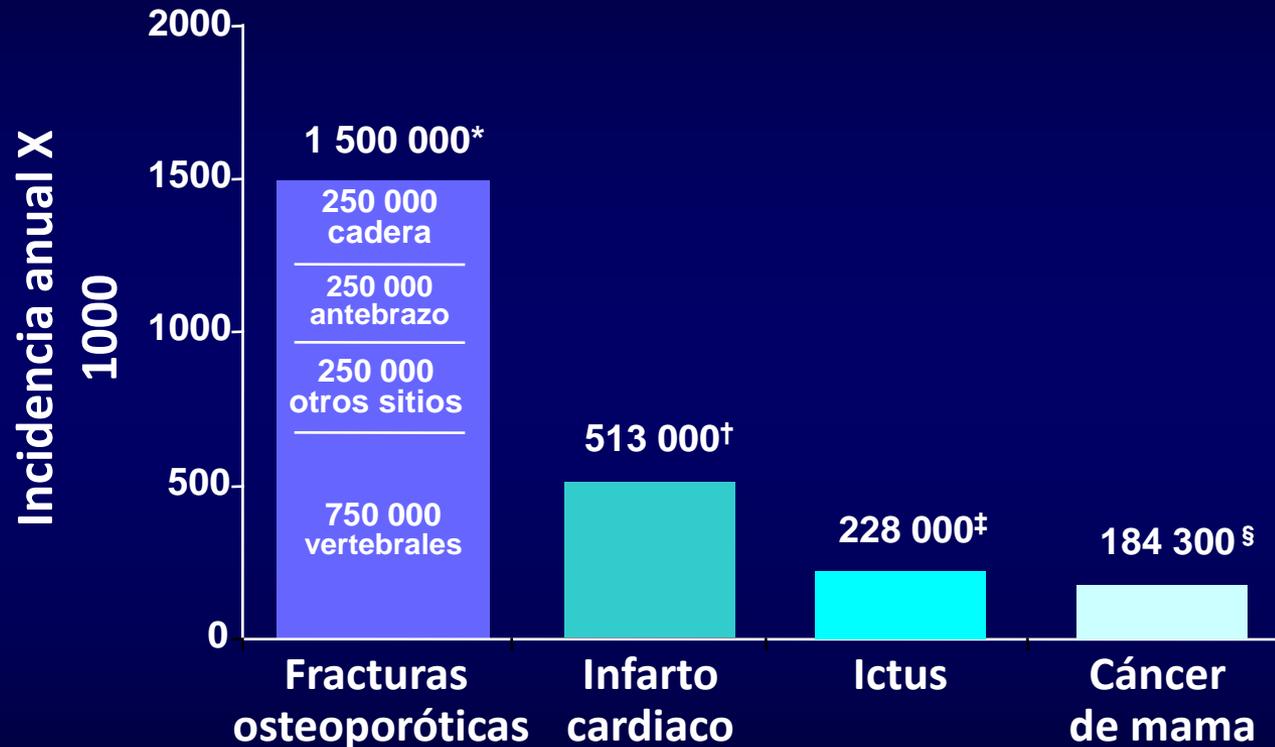
¿Suspende un oncólogo un tratamiento con cualquier fármaco, para que no se produzca?:

- ONM: Zoledrónico
- Osteoporosis y fracturas: Inhibidores de la aromatasa

Guión

1. ¿Por qué hay que suspender un tratamiento?
2. ¿Cuáles son las consecuencias de la osteoporosis?
3. ¿Cómo y con qué nos han lavado el cerebro?
4. ¿Qué ocurre cuando suspendemos el tratamiento de la osteoporosis y cuando lo mantenemos durante mucho tiempo?
5. Conclusiones

Fracturas osteoporóticas en mujeres: comparación con otras enfermedades



Riggs BL, Melton LJ. Bone 1995
Heart & Stroke Facts, 1996, American Heart Association
Cancer Facts & Figures, 1996, American Cancer Society

Mortalidad asociada a fracturas osteoporóticas

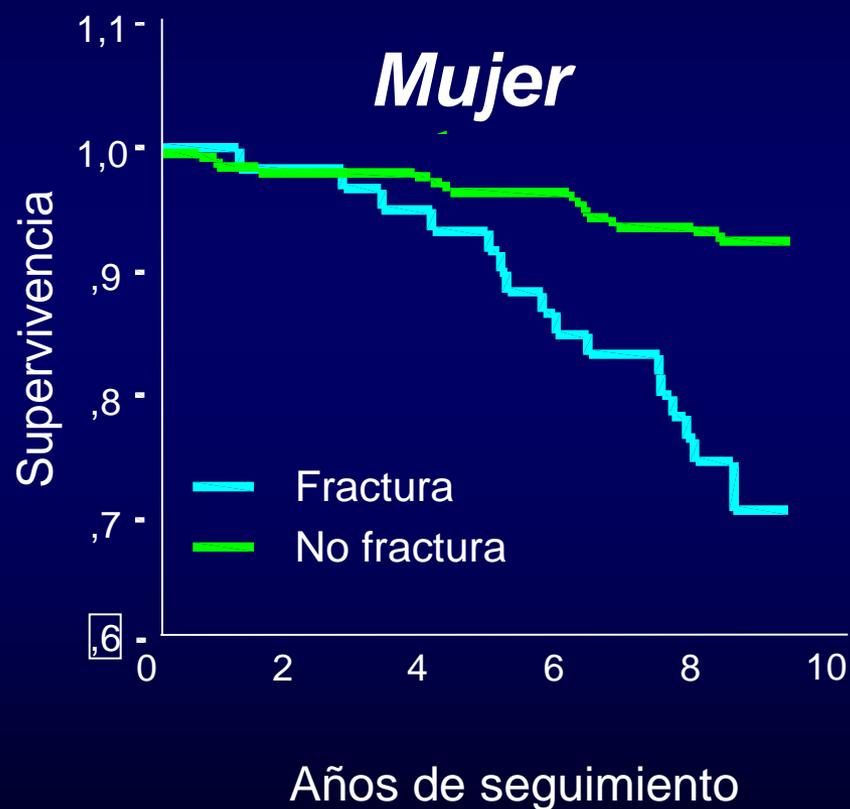
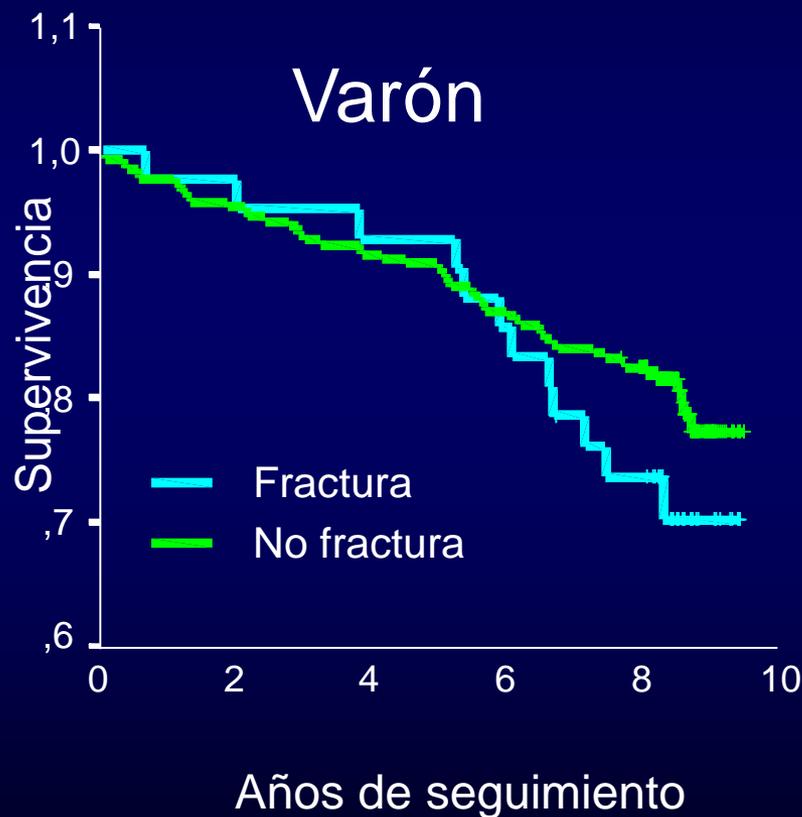
Fractura	Mujer	Varón
Cadera	2,18	3,17
Vertebral	1,66	2,38
Otra Mayor	1,92	2,22
Colles	0,75	1,45

Razon ajustada a edad

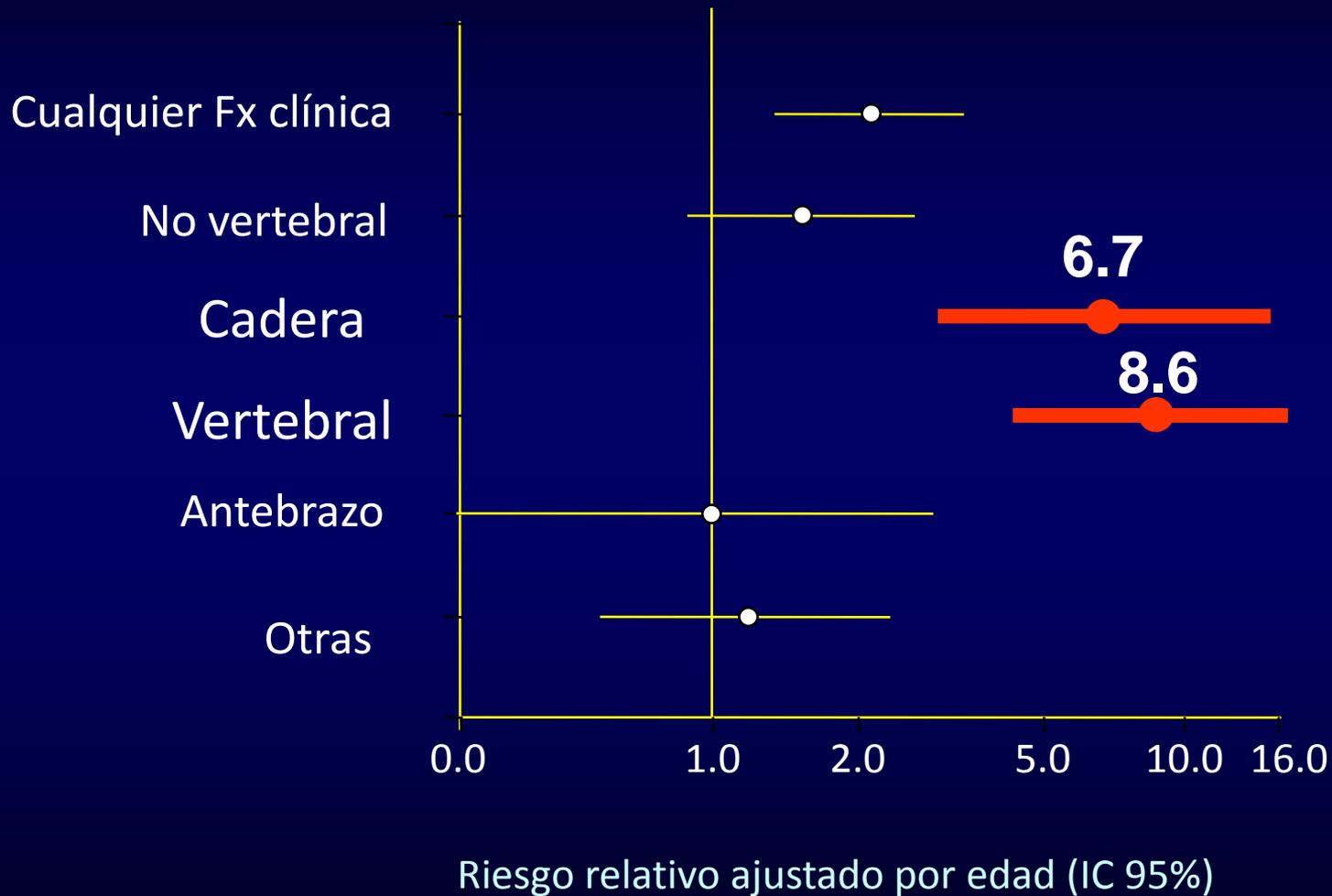
Center JR et al. Lancet 1999;353:878-82.

Consecuencias de la fractura vertebral

Aumento de la mortalidad



Riesgo relativo de muerte después de sufrir fracturas clínicas



Guión

1. ¿Por qué hay que suspender un tratamiento?
2. ¿Cuáles son las consecuencias de la osteoporosis?
3. ¿Cómo y con qué nos han lavado el cerebro?
4. ¿Qué ocurre cuando suspendemos el tratamiento de la osteoporosis y cuando lo mantenemos durante mucho tiempo?
5. Conclusiones

¿Cómo nos han lavado el cerebro?

Estamos aceptando

Que los bifosfonatos a largo plazo producen un hueso con un remodelado muy “frenado” (congelado), que produce patología atípica: ONM, Fx diafisarias

Que los bifosfonatos tienen un efecto residual sobre el hueso y que una vez suspendido, su beneficio se mantiene

“Reevaluamos” a los pacientes y si “están mejor” o no se han fracturado, les damos “vacaciones terapéuticas”



En el FIT Long-term Extension Study (FLEX)

- La microarquitectura ósea fue mejor con alendronato que con placebo
Alendronato promovió un hueso de calidad normal

Resultados de la histomorfometría 2-D de las biopsias óseas frente a placebo

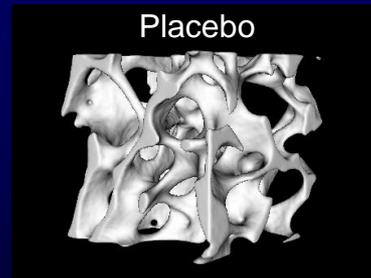
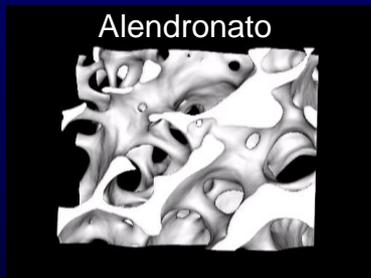
Mayor
volumen óseo
28%
 $p < 0,005$

Mayor
número de trabéculas
11%
 $p < 0,06$

Mayor
espesor trabecular
17%
 $p < 0,01$

Menor
espaciado trabecular
15%
 $p < 0,04$

Imágenes de micro-TC de la microarquitectura trabecular



Volumen óseo/Volumen total=18,9% Volumen óseo/Volumen total=16,9%

1. ¿Causa-efecto directa?



Sosa Henríquez M¹, Gómez de Tejada Romero MF, Bagin Sebastián JV, Díez Curiel M, Díez Pérez A, Jódar Gimeno E, Jaquara Gutiérrez E, del Pino Montes J, Vicente Barrero MP
 1 Coordinador
 2 Miembros del Comité Científico
 (Ver Anexo 1)

Osteonecrosis de los maxilares: Documento de consenso

Documento de consenso de la Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral (SEIOMM) conjuntamente con: Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas, Sociedad Española de Cirugía Bucal, Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, Sociedad Española de Fracturas Osteoporóticas, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Española de Medicina de Atención Primaria, Sociedad Española de Medicina Interna, Sociedad Española de Medicina Oral, Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, Sociedad Española de Reumatología, Sociedad Iberoamericana de Investigación Ósea y Metabolismo Mineral.

Resumen

Nuestro objetivo ha sido elaborar un documento de posición sobre el riesgo de desarrollar una osteonecrosis de maxilares (ONM) en los pacientes que reciben bifosfonatos para el tratamiento de la osteoporosis, identificando y valorando el grado de evidencia que apoya las recomendaciones. Para ello se revisaron los estudios publicados sobre la definición, epidemiología, fisiopatología, clínica, diagnóstico y tratamiento de la ONM, elaborándose tras su análisis las presentes recomendaciones. Estas se efectuaron tras un proceso pre-especificado y reproducible, que incluyó un modelo aceptado para la evaluación y la cita de la evidencia que las apoyaban. El documento, una vez elaborado por los coordinadores, fue revisado y discutido por todos los miembros del panel, elaborándose las recomendaciones provisionales que finalmente fueron estudiadas y aprobadas por los expertos de las sociedades médicas relacionadas con el metabolismo mineral óseo, que se muestran en el Anexo 2.

Osteonecrosis of the Jaw

Summary

Our objective has been to write a position statement on the risk of developing maxillary osteonecrosis (ON) in patients receiving bisphosphonates for the treatment of osteoporosis, and identifying and evaluating the extent of the evidence which supports the recommendations. In order to do this we have reviewed the published studies on the definition, epidemiology, physio-pathology, clinical manifestations, diagnosis and treatment of ON, producing, after their analysis, the current recommendations. These have been developed after a pre-agreed and reproducible process, which included an accepted model for the evaluation and citing of the evidence which supports them. The document, once produced by the coordinators, was reviewed and discussed by all the members of the panel, who produced draft recommendations which were finally studied and approved by the experts of the medical societies concerned with bone mineral metabolism, listed in Annex 2.



ISSN 1889-836X
 Volumen 1
 Número 1
 Año 2009

Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral

EDITORIAL

5 Nuestra revista
 Junta Directiva de la SEIOMM

ORIGINALES

7 Epidemiología de la enfermedad ósea de Paget en un área de Barcelona
 Librona Pérez MP, Blanch-Rubió J, Galisteo Lencastre de Vega C, Espartero Turri E, Morfont Fauré J, Oña-Rosales M et al

15 Estudio de la masa ósea en el paciente alcohólico
 Calvo Catalá J, Sorri Moreno F, Climent Díez B, Campos Fernández C

REVISIÓN

21 Metabolismo mineral óseo en la enfermedad inflamatoria intestinal
 Sánchez Cano D, Callejas Rubio JL, Ros Fernández R, Ortega Centeno N

NOTAS CLÍNICAS

31 Paciente de 92 años con artropatía gotosa
 Hernández Ballesteros I, González Palomares E, Martín González MC, Bivra Cabrera OC

35 Fractura de cadera como primera manifestación de una Enfermedad de Oshing con genotipo de Enfermedad de Fabry
 Sosa Henríquez M, Batacarr León P, Mohamed Tubi o M, González González Y, Ojeda Pino A, Hernández Hernández D

DOCUMENTOS ESPECIALES

41 Osteonecrosis de los maxilares
 Sosa Henríquez M, Gómez de Tejada Romero MJ, Bagin Sebastián JV, Díez Curiel M, Díez Pérez A, Jódar Gimeno E et al

53 Guías de Práctica Clínica en la osteoporosis postmenopáusica, glucocorticoides y del varón
 Comité de Expertos de la SEIOMM



1. ¿Causa-efecto directa?

- El 99% de las ONM se observan en pacientes afectados de cáncer en los que los bifosfonatos se utilizan a dosis 10 veces superiores a las empleadas en el tratamiento de la osteoporosis
- Hasta un 20% de las ONM se han publicado en pacientes que no recibían bifosfonatos
- Se ha descrito con otros fármacos distintos de los bifosfonatos (Denosumab)

2. ¿Cuál es la incidencia real de estos efectos adversos?

Lo desconocemos

ENSAYOS CLÍNICOS CONTROLADOS

	Población	BF	Duración tto.	Casos ONM
Black (2006) FLEX	1.099 mujeres	ALN oral	5 años	NO
Voskaridou (2006)	B-talasemia	ZOL iv	1 año	NO
Black (2007)	7.765 mujeres	ZOL iv	3 años	1 ZOL/1 plb
Lyles (2007)	2.127 pacientes (FC)	ZOL iv	5 años	NO
Eisman (2008) DIVA	1.395 mujeres	IBN iv	2 años	NO
Reid (2009) HORIZON	543 mujeres tto. corticoideo	ZOL iv RIS oral	1 año	NO
Orwoll (2010)	135 hombres	IBN oral	1 año	NO

Agrupación de 3 ensayos clínicos controlados,
aleatorizados y doble ciego:
FIT, FLEX (alendronato), HORIZON (zoledronato).

- 14.194 mujeres (Osteoporosis postmenopáusia).
- 283 fracturas de cadera:
 - 135 subcapitales o de cuello femoral.
 - 13 periprotésica, patológicas o traumáticas

 - 134 restantes: 12 subtrocantéreas o diafisarias (0.01%)
 - 1 localización indeterminada

Black D, et al. Bisphosphonates and fractures of subtrochanteric or diaphyseal femur.
N Engl J Med 2010;362:1761-71.

Efectos adversos. Denosumab 8 años (Casos/100 pacientes: %)

	<u>Extensión del estudio con Denosumab</u>	
	Cruce Años 1–5 N = 2206	Largo plazo Años 4–8 N = 2343
Todos los efectos adversos	99.7	100.8
Infecciones	22.3	21.1
Cáncer	1.9	2.0
Eczema	0.9	0.9
Hipocalcemia	0.1	< 0.1
Pancreatitis	< 0.1	< 0.1
Efectos adversos graves	10.2	10.7
Infecciones	1.3	1.4
Celulitis or erisipelas	< 0.1	< 0.1
Efectos adversos fatales	0.7	0.8
ONM	< 0.1	< 0.1
Fracturas diafisarias atípicas	< 0.1	< 0.1

Early Findings from Prolia® Post-marketing Safety Surveillance for Atypical Femoral Fracture, Osteonecrosis of the Jaw, Severe Symptomatic Hypocalcemia, Anaphylaxis, and Musculoskeletal Pain

Michelle Geller,¹ Rachel B Wagman,¹ Pei-Ran Ho,¹ Suresh Siddhanti,¹ Catherine Stehman-Breen,¹ Nelson B Watts,² Socrates Papapoulos³
¹Amgen Inc., Thousand Oaks, CA, USA; ²Mercy Health Osteoporosis and Bone Health Services, Cincinnati, OH, USA; ³Leiden University Medical Center, Leiden, The Netherlands

RESULTS

Post-marketing Reports of AFF and ONJ

- Estimated market exposure to Prolia was 1,960,405 patient-years as of May 10, 2014
 - There were 5 spontaneous reports adjudicated as consistent with AFF (Table 1)
 - There were 47 spontaneous reports adjudicated as consistent with ONJ (Table 2)

Table 1. Characteristics of Patients with Reports Adjudicated as Consistent with AFF² Through May 10, 2014

	Post-marketing (Non-study) Cases (N = 5)
Prior Bisphosphonate Use	5 / 5
Systemic Glucocorticoid Use	3 / 5
Age > 65 years	5 / 5
Prior History of Fracture, Same Femur	1 / 5
Bilateral Fractures	0 / 5
Healed*	2 / 5

*For 3 cases, there was no follow-up information for healing status

Casi 2 millones de pacientes tratados con Denosumab

Mayo 2014

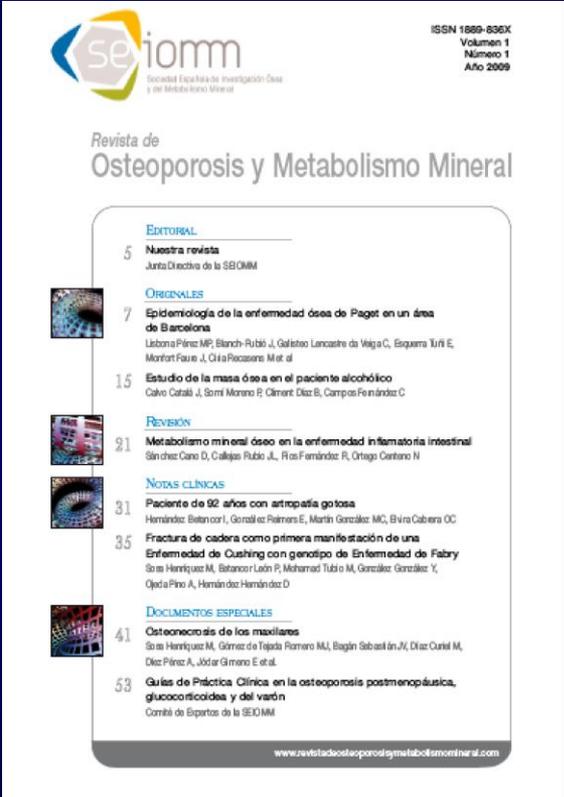
5 casos de ONM: 0.25 casos/100.000*

47 fracturas diafisarias: 2.33 casos/100.000*

Recomendaciones del Grupo de trabajo de la SEIOMM

¿Cuál es el riesgo de sufrir una ONM en un paciente que está siendo tratado con bifosfonatos de su osteoporosis?

Se estima que el riesgo de desarrollar una ONM en el contexto de un tratamiento para la osteoporosis está alrededor de 1 caso cada 100.000 pacientes/año



ISSN 1889-636X
Volumen 1
Número 1
Año 2009

Revista de
Osteoporosis y Metabolismo Mineral

EDITORIAL

5 **Nuestra revista**
Junta Directiva de la SEIOMM

ORIGINALES

7 **Epidemiología de la enfermedad ósea de Paget en un área de Barcelona**
Llobera Pérez MP, Blanch Ribó J, Galisteo Lanzastré de Veiga C, Esquerro Turri E, Montfort Faure J, Oña Picasares M et al

15 **Estudio de la masa ósea en el paciente alcohólico**
Calvo Catalá J, Sorri Moreno P, Climent Díaz B, Campos Fernández C

REVISIÓN

21 **Metabolismo mineral óseo en la enfermedad inflamatoria intestinal**
Sánchez Cano D, Calleja Rubio JL, Roca Fernández R, Ortega Centeno N

NOTAS CLÍNICAS

31 **Paciente de 92 años con artropatía gotosa**
Hernández Ballester J, González Palomares E, Martín González MC, Eljira Cabrera OC

35 **Fractura de cadera como primera manifestación de una Enfermedad de Cushing con genotipo de Enfermedad de Fabry**
Sera Hernández M, Ballester León P, Mohamed Taha M, González González Y, Ojeda Pino A, Hernández Hernández D

DOCUMENTOS ESPECIALES

41 **Osteonecrosis de los maxilares**
Sera Hernández M, Gómez de Tejada Romero ML, Bagán Sebastián J, Díaz Curiel M, Díaz Pérez A, Jódar Gimeno E et al

53 **Guías de Práctica Clínica en la osteoporosis postmenopáusica, glucocorticoides y del varón**
Comité de Expertos de la SEIOMM

www.revistadoosteoporosisymetabolismomineral.com

Guión

1. ¿Por qué hay que suspender un tratamiento?
2. ¿Cuáles son las consecuencias de la osteoporosis?
3. ¿Cómo y con qué nos han lavado el cerebro?
4. ¿Qué ocurre cuando suspendemos el tratamiento de la osteoporosis y cuando lo mantenemos durante mucho tiempo?
5. Conclusiones

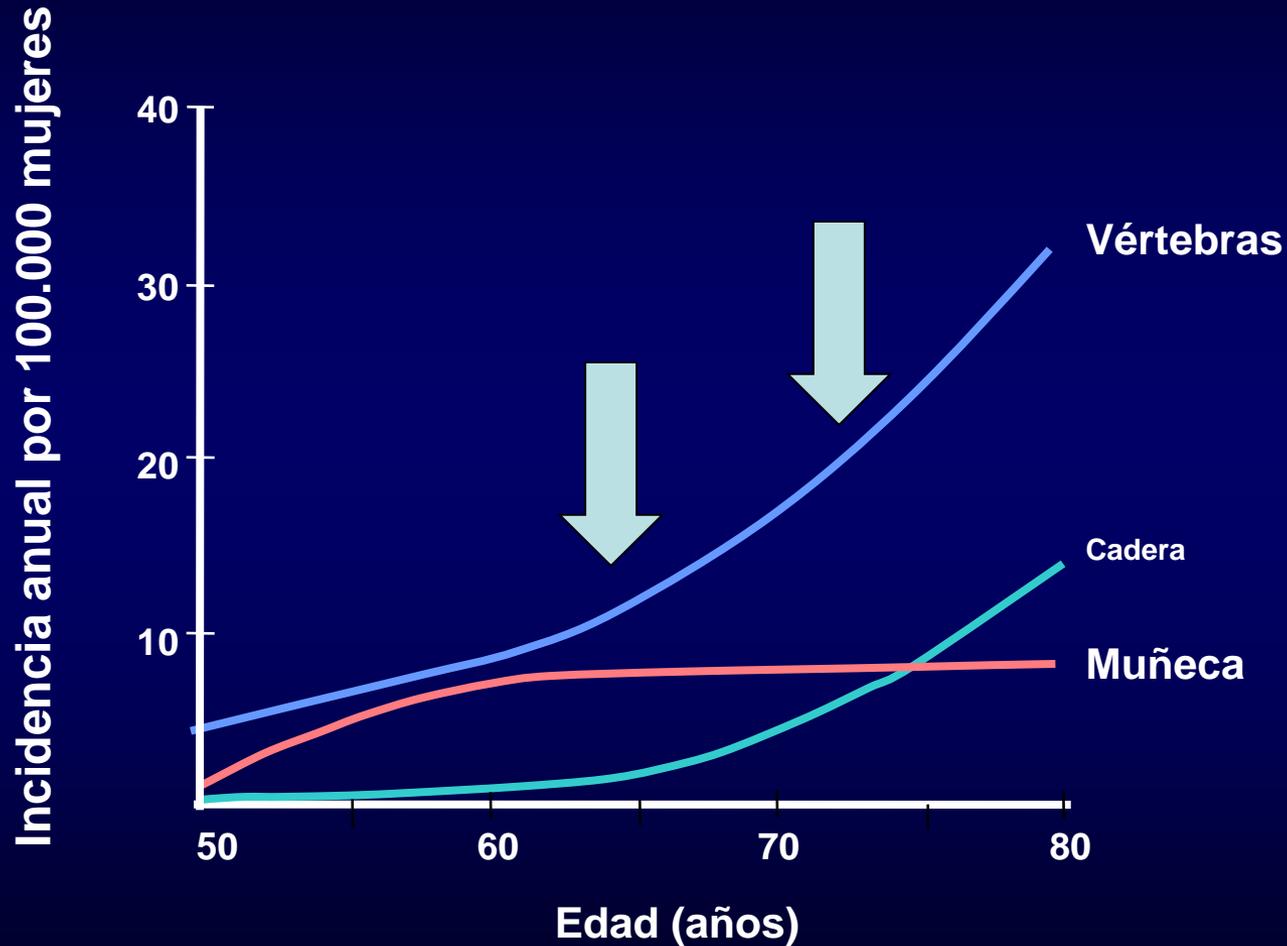
3. ¿Qué va a ocurrirle a los pacientes al suspender el tratamiento?

Cumplidores

Aún tomando el tratamiento, el riesgo no desaparece

Las reducciones del riesgo relativo, conjuntamente, están sobre el 50%

Incidencia de fracturas vertebrales, muñeca y cadera en mujeres > 50 años



Herramienta de Cálculo

Por favor responda las preguntas siguientes para calcular la probabilidad de fractura a diez años sin DMO o con DMO.

país: **España**

Nombre/ID:

[Sobre los Factores de riesgo](#)

Cuestionario:

1. Edad (entre 40-90 años) o fecha de nacimiento

Edad:

Fecha de Nacimiento:

A:

M:

D:

2. Sexo

Hombre Mujer

3. Peso (kg)

4. Estatura (cm)

5. Fractura previa

No Sí

6. Padres con Fractura de Cadera

No Sí

7. Fumador Activo

No Sí

8. Glucocorticoides

No Sí

9. Artritis Reumatoide

No Sí

10. Osteoporosis secundaria

No Sí

11. Alcohol, 3 o más dosis por día

No Sí

12. DMO de Cuello Femoral

T-Score

IMC: 20.8

The ten year probability of fracture (%)



con DMO

Major osteoporotic

18

Hip fracture

7.8

70 años. Tscore -2.5
Cualquiera (Major) 18%
Cadera 7.8

5 años

75 años. Tscore -2.5
Cualquiera (Major) 27%
Cadera 21%

75 años. Tscore -2.0
Cualquiera (Major) 20%
Cadera 14%

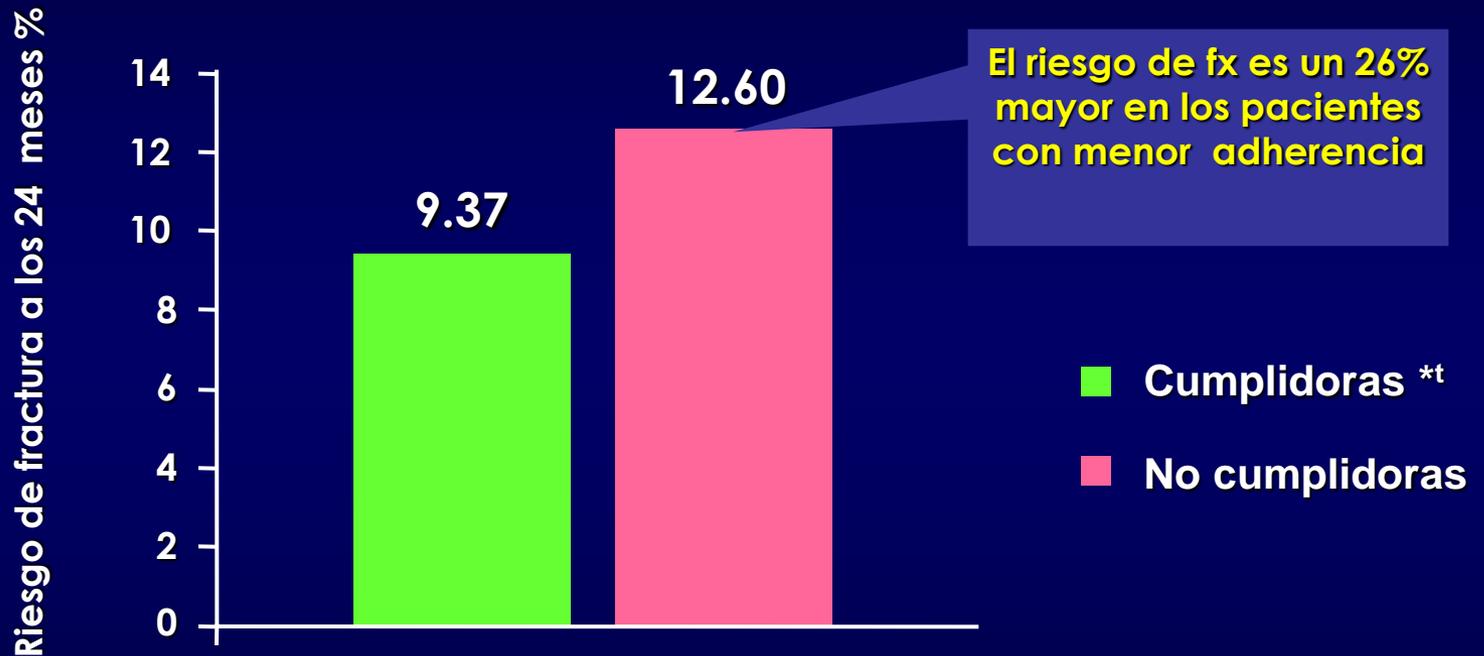
70 años Tscore -2.5
Cualquiera (Major) 18%
Cadera 7.8

10 años

80 años. Tscore -2.5
Cualquiera (Major) 33%
Cadera 25%

80 años. Tscore -2.0
Cualquiera (Major) 26%
Cadera 18%

La pobre adherencia al tratamiento produce un incremento en el riesgo de fracturas



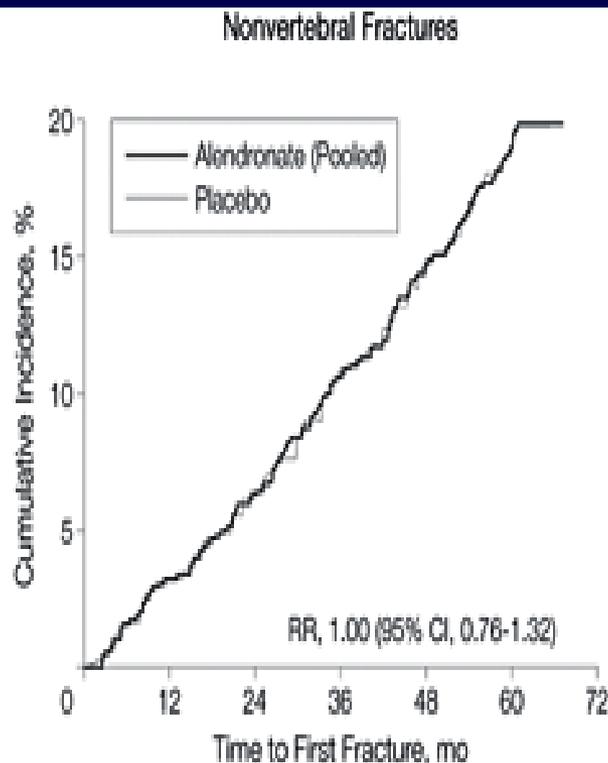
$P < .0001$

* Toman $\geq 80\%$ de la medicación

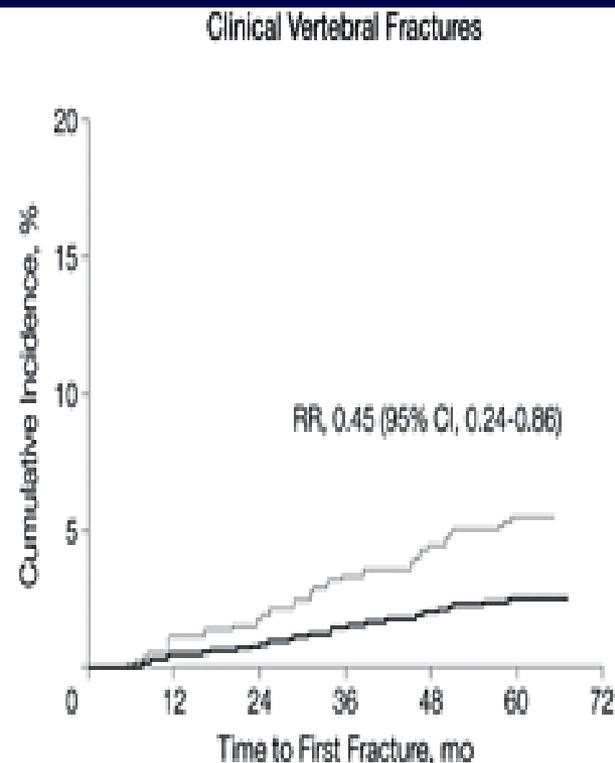
2 años

INCIDENCIA DE FRACTURAS A 10 AÑOS

Curvas de supervivencia para la primera FNV y la primera FV clínica (FLEX study)



No. at Risk		0	12	24	36	48	60
Placebo		437	421	410	396	373	355
Alendronate		662	642	619	585	565	537

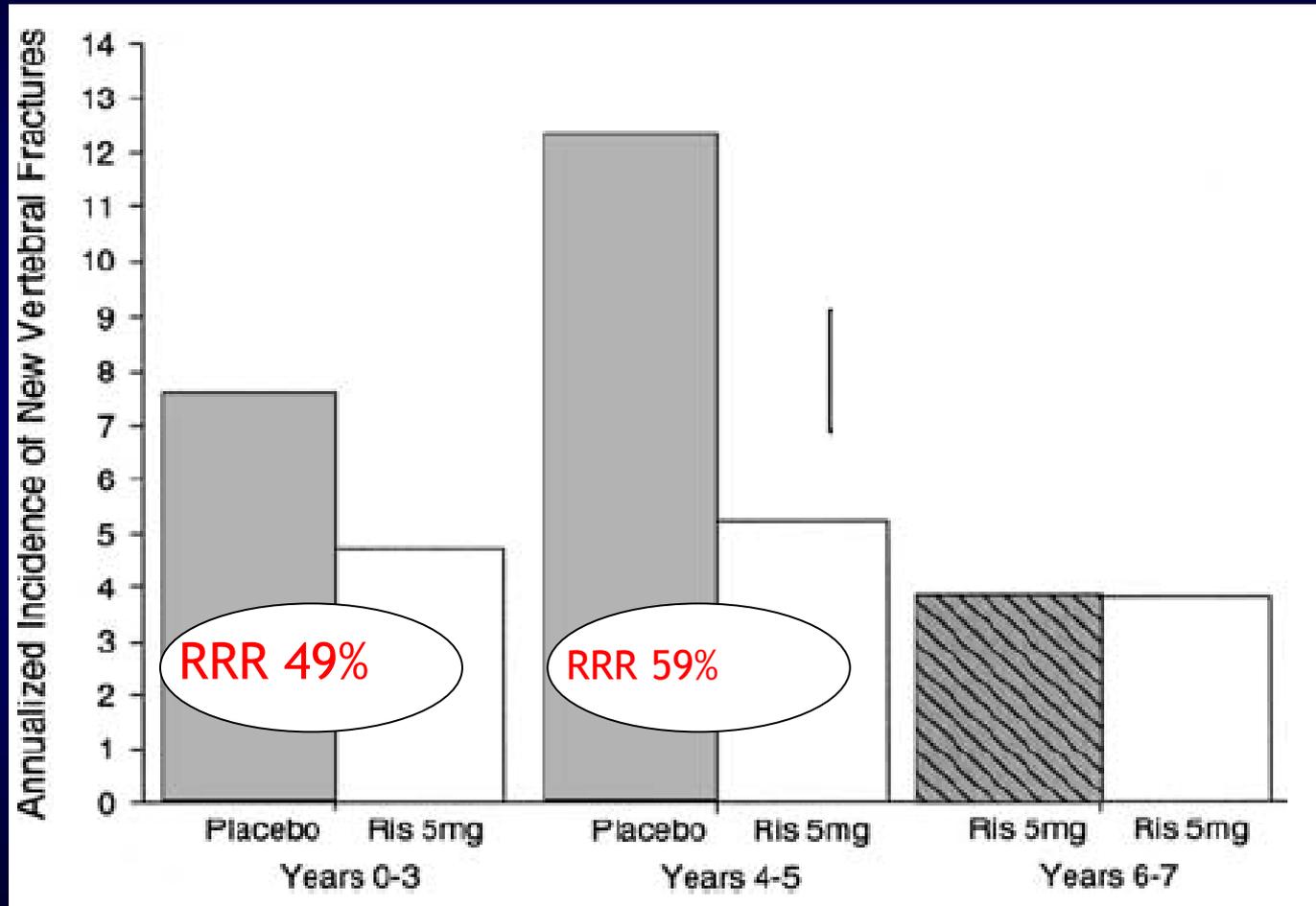


No. at Risk		0	12	24	36	48	60
Placebo		437	428	429	421	417	414
Alendronate		662	659	657	654	650	646

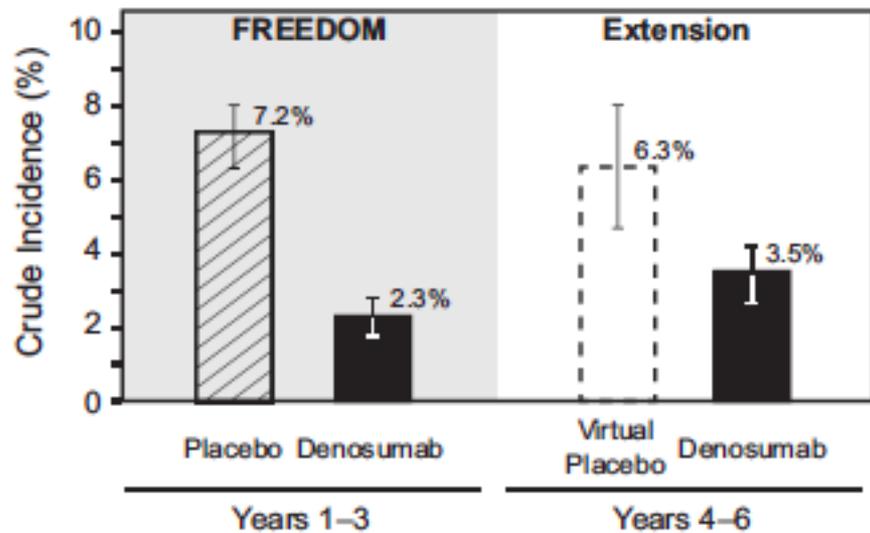
Estudio FLEX. Alendronato. Fracturas

N (%)	ALN/PBO (N = 437)	ALN/ALN (N = 662)
Cualquier fractura	93 (21.9)	132 (20.6)
Fractura no vertebral	83 (19.6)	125 (19.5)
Cadera	12 (2.9)	20 (3.1)
Colles	19 (4.5)	31 (4.9)
Vertebral (clínica)	23 (5.4)	16 (2.5)*
Vertebral (morfométrica)	46 (11.3)	60 (9.8)

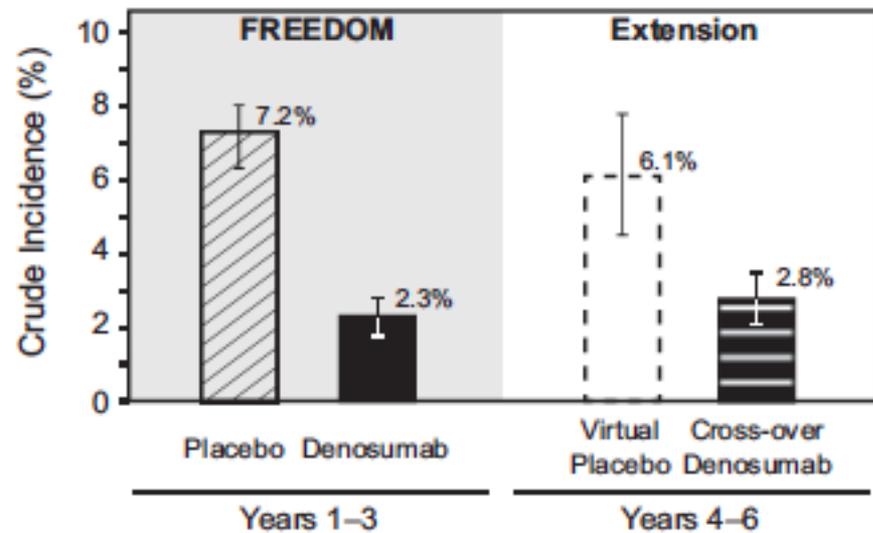
Risedronato. VERT- MN extensión. Fracturas Estudio a 7 años



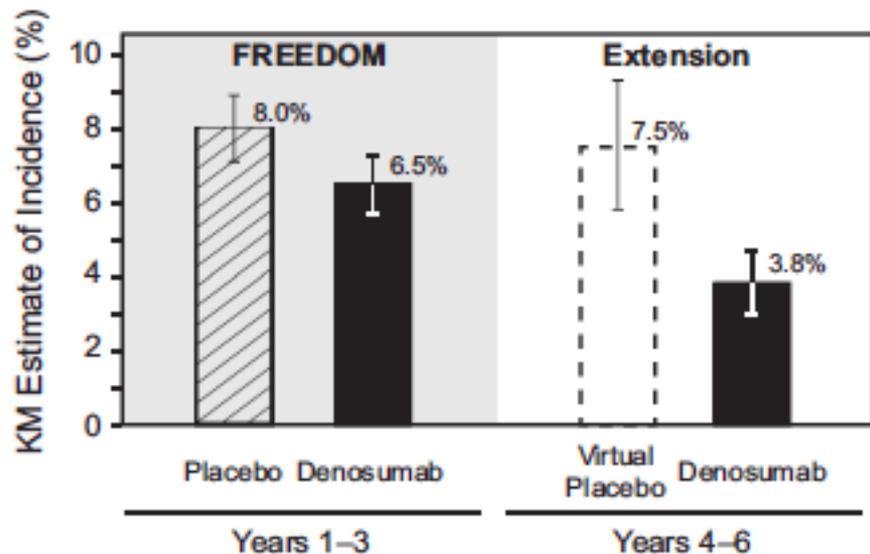
A Long-term Denosumab: New Vertebral Fractures



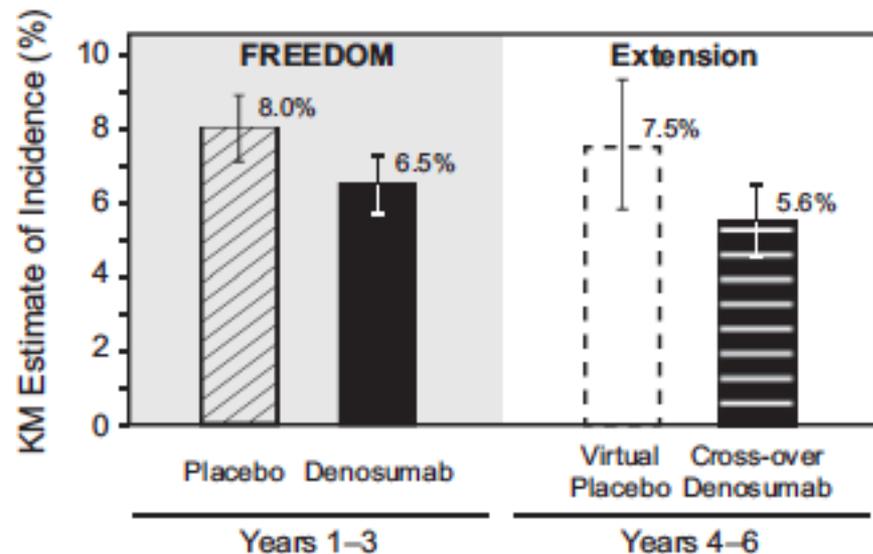
C Cross-over Denosumab: New Vertebral Fractures



B Long-term Denosumab: Nonvertebral Fractures



D Cross-over Denosumab: Nonvertebral Fractures



¿Cuál es el balance costo-beneficio?



International Osteoporosis
Foundation

Osteoporos Int
DOI 10.1007/s00198-010-1453-5

POSITION PAPER

Subtrochanteric fractures after long-term treatment with bisphosphonates: a European Society on Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis, and International Osteoporosis Foundation Working Group Report

Por cada 10.000 pacientes identificados como de alto riesgo de fractura:
Tratados con un bifosfonato que reduce un 36% el riesgo de fractura:

Se evitarían:

- 108 fracturas de cadera
- 750 fracturas en otras localizaciones

Se observarían:

- 3-6 fracturas subtrocantéreas, típicas o atípicas

¿Qué nos pasa?



Guión

1. ¿Por qué hay que suspender un tratamiento?
2. ¿Cuáles son las consecuencias de la osteoporosis?
3. ¿Cómo y con qué nos han lavado el cerebro?
4. ¿Qué ocurre cuando suspendemos el tratamiento de la osteoporosis y cuando lo mantenemos durante mucho tiempo?
5. Conclusiones

Conclusiones

1. El objetivo en el tratamiento de la osteoporosis es evitar la aparición de nuevas fracturas
2. Está documentado que la suspensión del tratamiento produce un aumento del riesgo de fractura
3. No está inequívocamente demostrado que el tratamiento a largo plazo con antirresortivos aumente el riesgo de fibrilación auricular, cáncer de esófago, eventos cardiovasculares.....

Conclusiones

4. Podría existir un aumento del riesgo de ONM y de fracturas diafisarias a largo plazo, después de 10 años, pero que globalmente es muy bajo.
5. No existe ninguna evidencia de que exista el hueso congelado
6. No existe ningún documento de consenso

Conclusiones

No hay ninguna razón objetiva, científica y documentada que justifique la indicación de “vacaciones terapéuticas”

Guión

1. ¿Por qué hay que suspender un tratamiento?
2. ¿Cuáles son las consecuencias de la osteoporosis?
3. ¿Cómo y con qué nos han lavado el cerebro?
4. ¿Qué ocurre cuando suspendemos el tratamiento de la osteoporosis y cuando lo mantenemos durante mucho tiempo?
5. Conclusiones
6. ¿Estoy paranoico?

Traca final



¿Quién se perjudica de las vacaciones terapéuticas?

¿Quién se beneficia de las vacaciones terapéuticas?

Razones para recomendar vacaciones

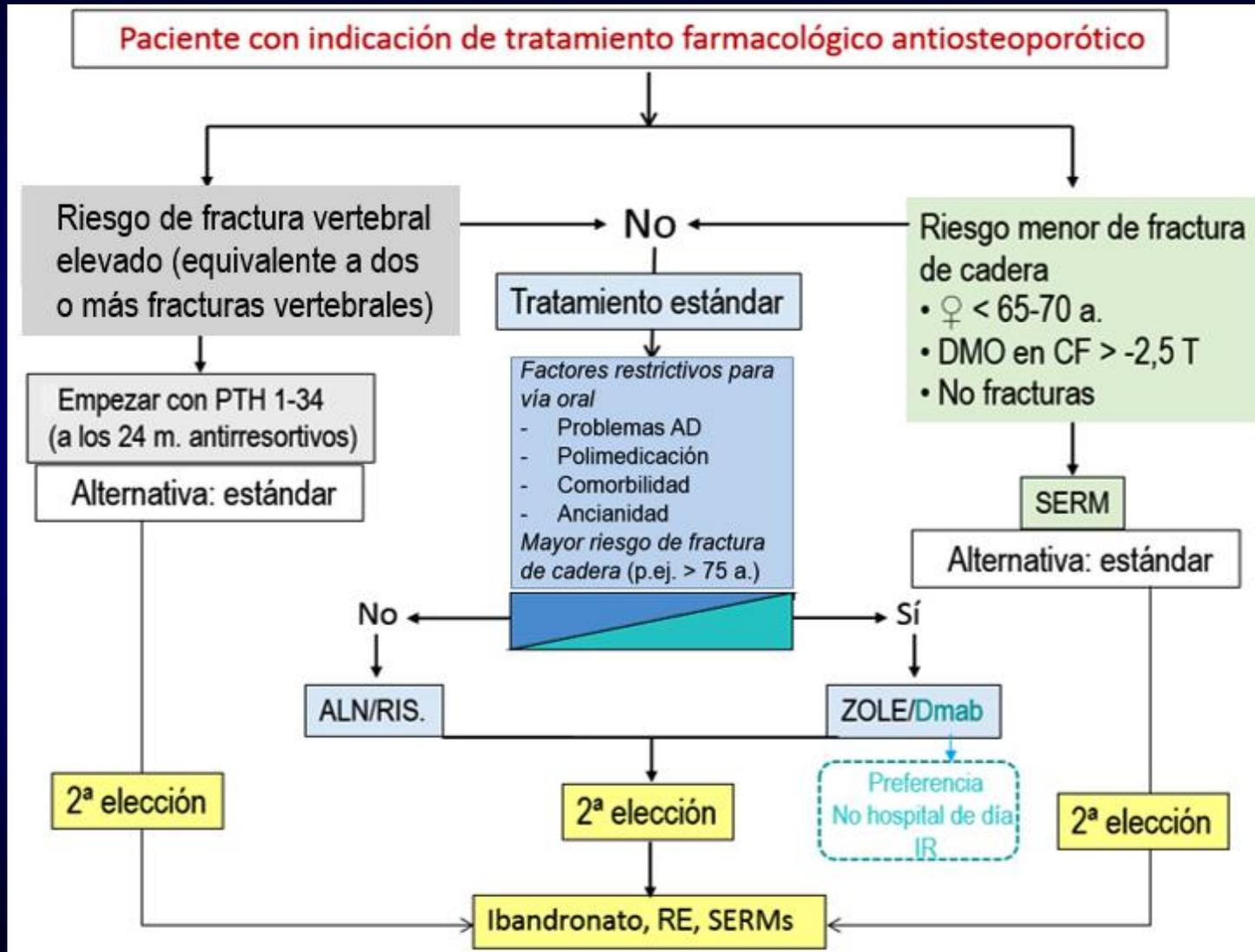
Nuestros “gestores”

Alendronato genérico. Si cada reumatólogo da vacaciones a 50 pacientes/5 años.....

65.000€ /por reumatólogo

Ahorro mal entendido

La industria farmacéutica



Evidencia con fármacos más caros

Alendronato genérico

0



10

¿Dónde meten baza?

Denosumab a 8 años

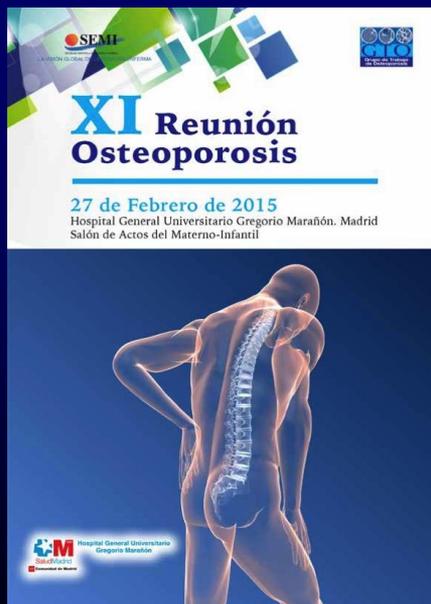


UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS
DE GRAN CANARIA



Vacaciones terapéuticas

En contra



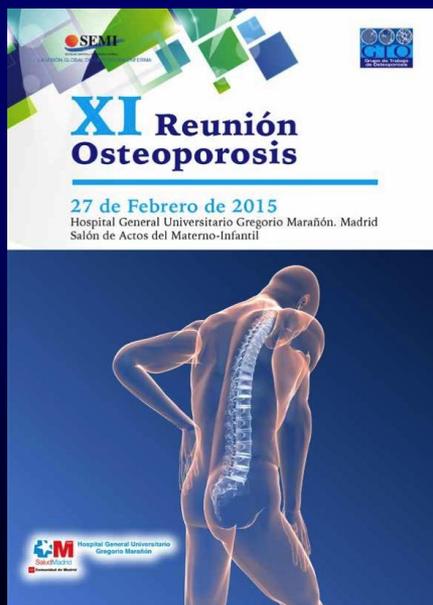
Manuel Sosa Henríquez
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
Hospital Universitario Insular
Gran Canaria



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS
DE GRAN CANARIA



Mantener el tratamiento.
Tratar de evitar que se fracture



A favor



Manuel Sosa Henríquez
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
Hospital Universitario Insular
Gran Canaria