

Gutiérrez L, Roskell N, Castellsague J, Beard S, Rycroft C, Abeysinghe S, Shannon P, Gitlin M, Robbins S. **Clinical burden and incremental cost of fractures in postmenopausal women in the United Kingdom.** Bone 51 (2012) 324–31.

## Carga clínica e incremento de costes atribuibles a fracturas en mujeres postmenopáusicas en el Reino Unido.

Estudio de cohortes pareadas, retrospectivo, cuyo objetivo fue determinar las consecuencias clínicas de los distintos tipos de fractura y el coste de los cuidados médicos atribuibles a ellas. Los análisis de la fractura de cadera ya han sido publicados con anterioridad (Gutiérrez L et al. J Med Econ 2011; 14:99–107). En este artículo se presentan los resultados de las fracturas vertebrales (FV), de las fracturas no vertebrales ni de cadera (FNVNC) y de las fracturas múltiples (FM). Utilizan una base de datos longitudinal, **The Health Improvement Network (THIN)**, que recoge información de salud general realizada por los Médicos de Atención Primaria del Reino Unido.

Población de estudio: mujeres >50 años con un seguimiento mínimo de un año, entre 2001-2005.

Criterios de selección para la formación de las diferentes cohortes:

- **Grupo Casos:** Mujeres con fracturas cerradas en las localizaciones descritas: **FNVNC:** húmero, radio, cúbito, codo, clavícula, pelvis, fémur distal, tibia o peroné. **FV:** fracturas con traducción clínica. **FM:** dos o más fracturas ocurridas al mismo tiempo.
- **Grupo control:** Sujetos pareados por edad y comorbilidad (medido por índice de Charlson), que fueron incluidos el mismo día que el caso pareado y con un mismo tiempo de seguimiento.

Todos los sujetos con fractura en el año previo al día de la selección fueron excluidos del análisis.

Para el cálculo de costes se utilizaron los costes de referencia del National Health Service de los años 2006-2007 para las actuaciones evaluadas.

14.030 mujeres formaban la cohorte de FNVNC [7070 con fractura de antebrazo (FA) y 2545 de húmero (FU)], 1471 mujeres formaban la cohorte de FV y 193 la de FM. La edad media al momento de la fractura fue 72, 76 y 79 años respectivamente. La comorbilidad media fue de 0.9 para el grupo de FNVNC, 1.2 para el de FV y 1.4 para el de FM.

En el análisis prácticamente todas las variables analizadas fueron significativamente más frecuentes en los grupos de fracturas comparados con sus respectivos pareados. Dos subgrupos -la FA y la FH- fueron analizados independientemente:

|                        | FNVNC            | FV                  | FM                 | FA               | FH               |
|------------------------|------------------|---------------------|--------------------|------------------|------------------|
| HOSPITALIZACIÓN        | 2.50 (2.38–2.62) | 2.40 (2.10–2.73)    | 3.59 (2.65–4.88)   | 2.33 (2.17–2.50) | 2.33 (2.10–2.60) |
| VISITAS A URGENCIAS    | 6.12 (5.55–6.75) | 2.67 (2.02–3.53)    | 4.45 (2.39–8.30)   | 7.16 (6.22–8.25) | 5.72 (4.55–7.18) |
| VISITAS A M.A.P.       | 1.05 (1.05–1.06) | 1.08 (1.06–1.10)    | 1.05 (0.99–1.10)   | 1.07 (1.06–1.08) | 1.03 (1.02–1.05) |
| VISITAS A ESPECIALISTA | 1.27 (1.23–1.31) | 1.54 (1.40–1.68)    | 1.12 (0.84–1.49)   | 1.32 (1.26–1.38) | 1.17 (1.08–1.27) |
| Nº DE FÁRMACOS         | 4.61 (3.41–5.81) | 22.35 (18.13–26.58) | 12.58 (1.12–24.04) | 3.28 (1.64–4.92) | 4.24 (1.26–7.22) |
| MORTALIDAD             | 1.57 (1.42–1.74) | 1.68 (1.28–2.20)    | 2.70 (1.34–5.42)   | 1.08 (0.91–1.27) | 1.89 (1.50–2.39) |

\*Presentamos los resultados más significativos en esta tabla de riesgos (riesgo relativo frente al correspondiente grupo pareado).

El 12% de las mujeres con FNVNC y el 6% de las mujeres con FV y FM sufrieron una nueva fractura durante el año de seguimiento. El tiempo medio para una **segunda fractura** después de una FNVNC fue de 75 ( $\pm 100$ ) días, 153 ( $\pm 107$ ) días tras una FV y 95 ( $\pm 108$ ) días tras haber sufrido FM. Los **gastos** fueron mayores en las mujeres con FM (2581£/**3242.74€**) que en las mujeres con FV (1152£/**1447.24€**) o FNVNC (690£/**866.80€**). Sin embargo estos cálculos infraestiman los gastos ocasionados por las fracturas ya que no se han contabilizado los gastos de Rehabilitación, los Servicios Sociales, los ingresos en Unidades de continuidad de Cuidados ni los gastos informales.

Este trabajo refuerza la evidencia sobre la gran repercusión clínica y económica de las fracturas osteoporóticas, incluidas fracturas consideradas clásicamente benignas como las fracturas de antebrazo y húmero. Esto hace replantear:

- 1-. La necesidad de una adecuada valoración médica en todos los pacientes con fracturas por fragilidad que incluya una valoración de la indicación del tratamiento para la osteoporosis, el cual debiera iniciarse lo más precozmente posible.
- 2-. La necesidad de incrementar estrategias dirigidas a disminuir el número de fracturas, no sólo enfocadas al tratamiento de la osteoporosis sino también a disminuir los principales factores de riesgo de las fracturas, como por ejemplo las caídas.

Disponible en: <http://www.thebonejournal.com/article/S8756-3282%2812%2900919-2/abstract>

Comentado por: Dra. Cristina Alonso Bouzón.

Coordinador de Revisiones de Fracturas: Dr. Alfonso González Ramírez.

