



Prevenção de fraturas

Resumo de diretriz NHG M69 (outubro 2012)

Elders PJM, Dinant GJ, Van Geel T, Maartens LWF, Merlijn T, Geijer RMM, Geraets JJXR

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade



Conteúdo

- Diagnóstico
 - A identificação de pacientes acima de 50 anos, com um aumento do risco de fratura (passo 1)
 - Anamnese e exame físico (passo 2)
 - Avaliação provisória
 - Exames complementares em risco de fratura elevado (passo 3)
 - Avaliação (passo 4)
- Conduta
 - Orientação e tratamento (passo 5)
 - Medicação
- Encaminhamento (passo 6)
- Acompanhamento
 - Conduta após 5 anos de tratamento com bisfosfonato

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

Diagnóstico

A identificação de pacientes com mais de 50 anos, com um aumento do risco de fratura (passo 1)

Avaliar o risco de fraturas em pacientes:

- com uma fratura (vertebral ou não vertebral recente), a menos que a avaliação já tenha sido efetuada por outros profissionais;
- sem fratura, mas com uma pergunta sobre a osteoporose ou o risco de fratura.

Anamnese e exame físico (passo 2)

- Averiguar:
 - Ocorrência de fraturas: fratura vertebral ou recente fratura não-vertebral (≤ 2 anos) na história;
 - evidência de uma ou mais fraturas vertebrais: dor, redução da altura, alteração de postura;
 - fraturas de quadril (fêmur) nos pais;
 - evidência de aumento do risco de queda como ≥ 2 quedas no ano passado (para outros fatores de risco, ver texto integral);
 - número de bebidas lácteas por dia e deficiência de vitamina D;
 - tabagismo e consumo excessivo de álcool;
 - osteoporose secundária.
- Determinar peso, altura e o IMC.
- Em sinais de fratura vertebral: dor à pressão, e à pressão axial da coluna vertebral e a forma da coluna (cifose aumentada, lordose cervical e lombar); protrusão da parede abdominal anterior e pequena distância entre caixa torácica e pélvis.
- Avaliar a mobilidade, equilíbrio ao levantar e o andar em risco levado de queda.

Avaliação provisória

Em ≥ 1 dos seguintes fatores há um aumento do risco de fraturas e exames complementares são indicados:

- evidência de uma fratura vertebral;
- uma fratura recente;
- uma pontuação de risco ≥ 4 de acordo com a tabela de risco no algoritmo (ver figura).

Na ausência desses fatores, não há aumento do risco de fraturas: o exame complementar não é indicado.

Exames complementares em risco de fratura elevado (passo 3)

- Após a evidência de fratura vertebral: X-coluna vertebral torácica e lombar
- Na idade > 50 anos e uma fratura vertebral comprovada, uma fratura não vertebral recente ou uma pontuação de risco ≥ 4 : DEXA (*Dual energy X-ray absorptiometry*)

- Na idade ≥ 60 anos: também VFA (*Vertebral Fracture Assessment*) ou, alternativamente, X-coluna vertebral torácica e lombar para detectar fratura vertebral impactada.

Se necessário:

- creatinina e TFGe antes do tratamento com bifosfonatos em suspeita de insuficiência renal;
- vitamina D se houver suspeita de deficiência; para outros exames ver texto integral.

Avaliação (etapa 4)

- *Osteoporose*: em DEXA com um T-score $\leq -2,5$.
- *Aumento do risco de queda*: em ≥ 2 incidentes com quedas no ano passado.
- *Risco de fratura baixo*: pontuação de risco (<4).
- *Risco de fratura moderado*: recente fratura não vertebral sem osteoporose ou pela pontuação de risco elevado (≥ 4), sem osteoporose.
- *Risco de fratura alto*: ≥ 1 fratura vertebral ou recente fratura não vertebral com osteoporose ou em pontuação de risco elevada (≥ 4) em combinação com a osteoporose.

Conduta

Orientação e tratamento (passo 5)

Em risco elevado de queda:

- discutir o risco de queda e especificar fatores de risco para quedas;
- medidas específicas, tais como treinamento de equilíbrio e de força, ajuste de medicação e conforme necessário vitamina D.

Em todos os pacientes:

- incentivar atividades adequadas e exercício físico;
- recomendar > 1000 a 1200 mg de cálcio/dia (cerca de 4 copos de leite (laticínios) ou fatias de queijo de 20 g);
- incentivar a exposição regular da pele à luz a exposição e recomendar a suplementação de vitamina D em determinados grupos;
- desaconselhar a auto-medicação com cálcio sem vitamina D;
- recomendar parar de fumar e desaconselhar o consumo excessivo de álcool.

Em alto risco de fratura: discutir suplementação de cálcio e vitamina D, e tratamento com bifosfonatos.

Medicação

Em risco de fraturas alto e tratamento com bifosfonatos:

- se não houver ingestão de produtos lácteos: extra cálcio 1000 mg/dia na forma de comprimido;
- em 1-3 porções de laticínios/dia 500 mg de cálcio/dia em forma de comprimido;
- em ≥ 4 porções de laticínio: não prescrever cálcio extra.

Em risco moderado e alto de fratura: recomendar 800 UI (20 mcg) de vitamina D por dia; em indicação de vitamina D e cálcio: prescrever um comprimido combinado com 500 mg de cálcio e 880 ou 800 UI de vitamina D.

Em alto risco de fratura: prescrever bifosfonato oral:

- alendronato (70 mg/semana ou de 10 mg/dia) ou o ácido risedronato (35 mg/semana, ou 5 mg/dia);
- contra-indicação para um bisfosfonato é uma TFG_e <30 ml/min;
- para evitar danos ao esôfago: ingestão na manhã com um copo grande de água, em jejum, com o corpo ereto; instruir o paciente a permanecer 30 minutos na posição vertical e em jejum.

Encaminhamento (passo 6)

Encaminhar ou consultar linha secundária¹:

- com osteoporose secundária na incerteza sobre as medidas de prevenção de fraturas;
- tratamento com outros agentes (secundários) contra a osteoporose;
- em quedas frequentes sem razão clara ou se a intervenção do médico de família e comunidade não levar à redução das quedas;
- em ≥ 1 fracturas espontâneas de pessoas < 50 anos;
- em ≥ 2 novas fraturas, apesar > 1 ano de tratamento com bifosfonatos (em boa aderência ao tratamento).

Acompanhamento

Em uso de um bisfosfonato: por exemplo, verificar após 4 semanas, 3 e 6 meses e depois anualmente:

- controlar a ingestão adequada e reações adversas; repetir possíveis efeitos colaterais e as instruções para a ingestão; substituir em intolerância gastrointestinal o alendronato por risedronato ou vice-versa.
- medir anualmente a altura e registrá-la; em uma redução do comprimento > 5 cm: efetuar X-coluna vertebral torácica e lombar.
- em desejo de descontinuação da medicação, discutir alternativas de medicação ou uma alternativa em forma de ingestão.

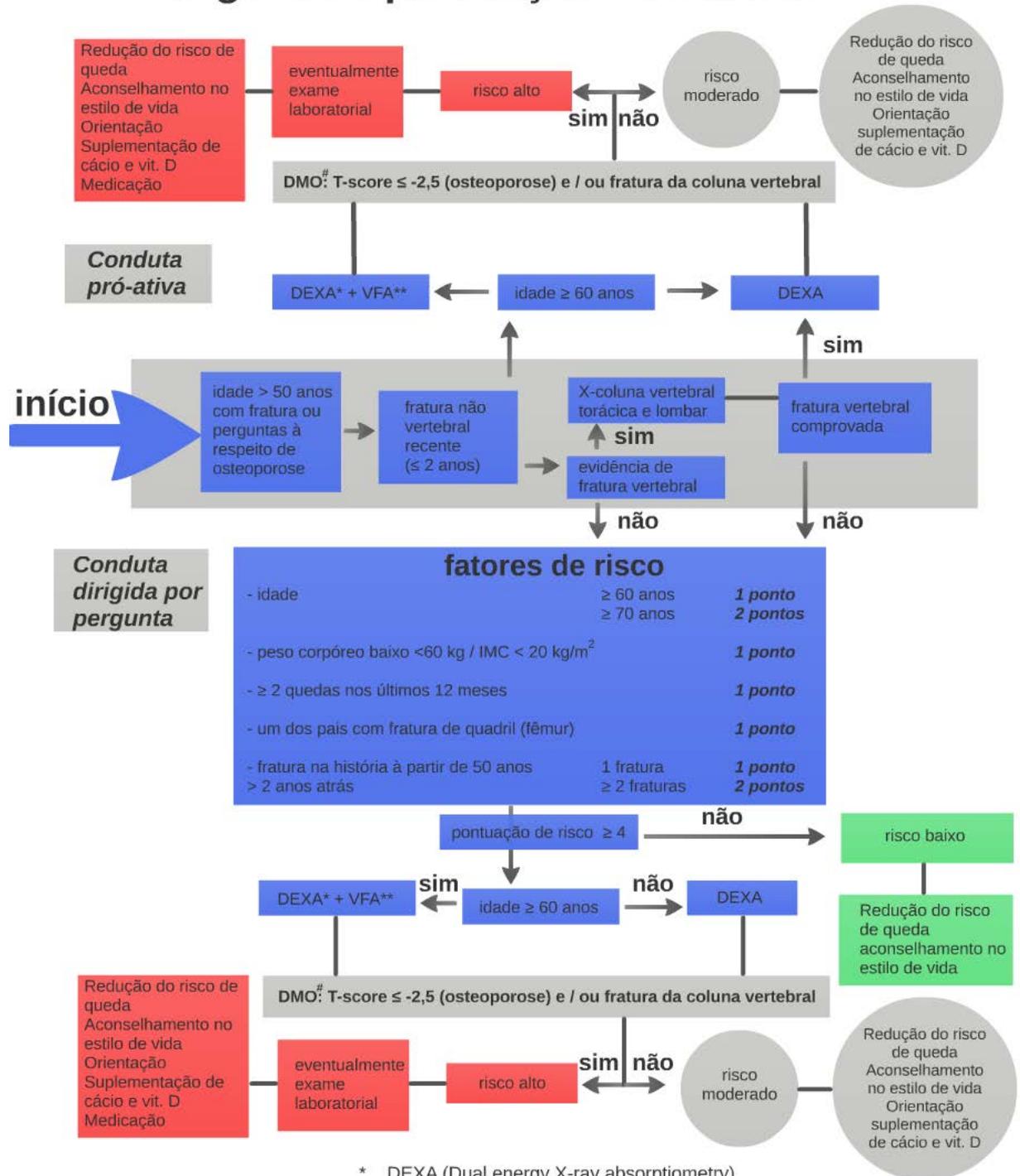
Conduta após 5 anos de tratamento com bisfosfonato

- Após 5 anos: em princípio parar o tratamento com bifosfonatos.
- Três anos após a interrupção da medicação ou antes em ocorrência de nova fratura: percorrer os passos novamente; considerar em alto risco de fratura persistente a continuação do tratamento até o total de 10 anos.
- Em uso continuado de glicocorticóides em alta dose após 5 anos de tratamento: continuar os bifosfonatos (acompanhado de cálcio e vitamina D), por um total máximo de 10 anos.
- Pesar em tratamento contínuo a eventual diminuição do risco de fraturas contra os riscos (relacionados ao tratamento prolongado) de efeitos secundários raros, como osteonecrose, carcinoma de esôfago e fraturas atípicas da diáfise do fêmur .

Notas do tradutor

1. Sendo a linha secundária o especialista, enquanto a linha primária (de saúde) o médico de família e comunidade.

Algoritmo prevenção de fraturas



* DEXA (Dual energy X-ray absorptiometry)

** VFA (Vertebral Fracture Assesment)

Densidade mineral óssea