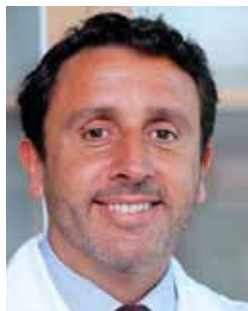


PROF. DOUTOR MANUEL GUTIERRES:

# “É possível melhorar a prevenção das fraturas osteoporóticas”

O número de doentes que sofrem de osteoporose é elevado, assim como é elevada a percentagem destes que sofrem fraturas secundariamente. As regiões da anca, coluna e punho são, segundo o Prof. Doutor Manuel Gutierrez, ortopedista do Centro Hospitalar de S. João, no Porto, as mais atingidas. Porém “quem se dedica, especialmente, a tratar patologia do ombro e joelho”, como é o caso do Professor Gutierrez, “também lida muito frequentemente com fraturas do colo do úmero ou até dos pratos tibiais”. Todas, para além do sofrimento e incapacidade que causam aos doentes, “têm um alto impacto socioeconómico que, com o aumento da esperança média de vida das populações, se prevê possa vir ainda a aumentar”, sublinha o especialista.



Prof. Doutor Manuel Gutierrez

O seguimento destes doentes é semelhante ao dos doentes que surgem com outros tipos de fraturas e incluiu a realização de raio X

Na administração única, por via endovenosa, deste medicamento, “há mais garantia da sua total absorção e, desde que se confirme a inexistência de outras alterações metabólicas, podem evitar-se alguns efeitos secundários habitualmente relacionados com os bifosfonatos (como a esofagite)”

de controlo seriados, “assim como cuidada reabilitação em colaboração com os colegas de fisioterapia”, explica. Além disso, “por norma, enviamos uma carta para o respetivo médico de família a especificar o diagnóstico, nomeadamente quando se trata de uma fratura osteoporótica”, acrescenta.

O ortopedista assume que nem sempre o doente deixa o hospital com a prescrição do tratamento antiosteoporótico, pois, habitualmente, “a terapêutica preventiva é instituída na consulta de Medicina Geral e Familiar, ou na consulta da especialidade de Reumatologia”. Todavia, não há ainda qualquer protocolo nesta área, que permita uma melhor articulação entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários, onde o doente será seguido posteriormente.

“O facto de um doente sofrer uma fratura osteoporótica constitui, por si só, fator de risco para recidiva, daí estas serem frequentes. No entanto, após o primeiro episódio, normalmente, há o cuidado de iniciar terapêutica preventiva”, esclarece o Professor Gutierrez. Ainda assim, “são variadas as causas de falha na prevenção, pelo que ainda é possível melhorar a prevenção das fraturas osteoporóticas”, reconhece. A má adesão à terapêutica instituída é uma dessas causas, sobretudo, tratando-se de doentes idosos, “por vezes, com fracos recursos”, que tem dificuldade em manter “tratamentos prolongados e dispendiosos”. Além disso, sendo a osteoporose uma doença silenciosa (“que não dói, exceto quando o osso parte”), muitas vezes, “a medicação passa para segundo plano”.

A par da profilaxia farmacológica, considera que há fatores de risco para novas fraturas que devem ser igualmente prevenidos. Nomeadamente, “os problemas de visão ou equilíbrio, a correta colocação de tapetes ou a iluminação das casas dos idosos”.

Quanto ao tratamento antiosteoporótico, este especialista afirma que tem uma “experiência indireta com o ácido zoledrónico”, por exemplo,

Alguns estudos parecem mostrar que os doentes aos quais foi administrado ácido zoledrónico nos 30 dias após a fratura apresentaram uma melhor recuperação.

quando este é aplicado em doentes que observa com indicação para artroplastia e que sofrem de Paget em fase ativa. “Habitualmente, solicito aos colegas de Reumatologia para fazerem o controlo da doença e para administrarem o ácido zoledrónico e acompanharem a evolução dos parâmetros metabólicos de fosfatase alcalina e, quando estes normalizam, aí então são operados com segurança.

De qualquer forma, o também docente da Faculdade de Medicina do Porto aponta as vantagens da administração única, por via endovenosa, deste medicamento. “Há mais garantia da sua total absorção e, desde que se confirme a inexistência de outras alterações metabólicas, podem evitar-se alguns efeitos secundários habitualmente relacionados com os bifosfonatos (como a esofagite)”, justifica.

Relativamente à utilização deste medicamento no período pós-fratura, o ortopedista adianta que “alguns estudos parecem mostrar que os doentes aos quais foi administrado ácido zoledrónico nos 30 dias após a fratura apresentaram uma melhor recuperação. Importa, no entanto, também saber o que se passa com outros fármacos”. São, pois, esses estudos que evidenciam a eficácia e segurança do fármaco quer em prevenção primária, quer em secundária.