

Guia Pràctica d'atenció de l'Osteoporosi

ABS Sta. Eugènia de Berga

Responsables: UBA de Taradell A

Any última revisió: Gener 2004-01-31

Definició. Criteris Diagnostics

- És un procés caracteritzat per una disminució de la massa òssia i deterior de la microarquitectura òssia que porta a un increment de la fragilitat òssia i del risc de fractures.
- Basats en els criteris de l'OMS (1994) i segons resultats de densitometria. Són criteris per classificar i no per diagnosticar o tractar (actualment confusió terminològica entre osteoporosis " densitomètrica " i osteoporosis establerta.
- Classificació de l'OMS segons el resultat de la densitometria òssia:
 - Normal: DMO superior a -1 DE de la T- Score.
 - Osteopènia: DMO entre -1 i -2.5 DE de la T- Score.
 - Osteoporosi: DMO inferior a -2.5 DE de la T- Score.
 - Osteoporosi establerta: Osteoporosi més fractura.

T-Score: valor de la desviació estandar (DE) que compara la DMO del subjecte amb respecte la mitja de la població adulta jove del seu sexe.

Epidemiologia

- Prevalença: 50% de les persones majors de 75 anys.
- Incidència:
 - cap femoral: 40 - 60 casos per 100000 habitants amb predomini de 2-3/1 en dones.
 - vertebrals: 15-25%, lleuger predomini en dones.
 - fractura de fèmur, s'associa a una disminució de l'esperança de vida del 17% als 5 anys.

Classificació

- Osteoporosi primària: Tipo I o post-menopàusica.
Tipo II o senil (per damunt dels 70 anys).
- Osteoporosi secundària. Causes més freqüents són: consum de corticoides, alcoholisme, hipertiroidisme, immobilització perllongada i anorèxia nerviosa.

Cribatge (segons PAPPS)

- No recomanable el cribatge amb DMO a la població general, incloent les dones sanes de menys de 65 anys.

Avaluació Inicial

- Anamnesi: cerca de factors de risc per l'aparició de fractures (antecedents familiars d'osteoporosi o fractura de cadera, hàbits tòxics, sedentarisme, baixa ingesta de calç, immobilització perllongada, risc de caigudes, menopausia precoç o quirúrgica, ingesta crònica de determinats fàrmacs sobretot corticoïdes, fractures i malalties osteopenitzants). *Veure annex 1.*
- Exploració Física: talla, pes, TA, IMC, cifosis dorsal, equilibri i balanç muscular, agudes visual.

- Exploracions Complementaries:
 - Analítica: hemograma, VSG, glucèmia, creatinina, calci-fosfor, FA, transaminases, proteïnes totals i albumina, TSH, 25-OH-D3 si sospita de dèficit.
 - Anàlisi d'orina: calciúria de 24 hores.
 - Rx de Columna dorso-lumbar en bipedestació front i perfil.
- Densitometria (DMO):
 - Per tècnica DEXA en zona lumbar i coll femoral.
 - La seva indicació deu ser individualitzada i vinculada a la presència de determinats factors de risc. Els 5 factors predictors de fractura més potents són: DMO baixa, fractura prèvia després dels 40 anys, antecedent familiar de fractura amb traumatisme lleu, baix pes i tabaquisme.
 - La DMO com factor aïllat per predir futures fractures té valor escàs.

Tractament

A. Preventiu

- Fonamental en el control de l'osteoporosi.
- Basat en evitar desmineralització òssia i augmentar el pic de massa òssia:
 - Dieta rica en calci (1000-1500mg calci/dia).
 - Exposició solar.
 - Exercici físic (caminar una hora al dia)
 - Evitar tòxics (alcohol i tabac).
 - Evitar fàrmacs no necessaris.
- Prevenció de caigudes i traumatismes: correcció dèficit visual i auditiu, millorar equilibri, control de fàrmacs que disminueixen nivell de consciència, vivenda il·luminada i sense obstacles.

B. Farmacològic

- Segons edat, sexe, fractures o risc de fractures i valors de DMO.
- THS: fins fa 1 any s'havia considerat de primera opció tant per la prevenció com pel tractament de l'osteoporosi. Actualment no es considera una opció de primera línia. L'assaig clínic WHI (Women's Health Initiative) sobre teràpia hormonal en dones sanes es va interrompre per augment del RCV i del Càncer de mama.
- Bifosfonats: administrar sempre amb calci i Vit.D.
 - Etidronat: 400 mg/ dia durant 14 dies cada 3 mesos.
Evidència de la disminució de fractures només vertebral.
Ingestió entre 2 hores abans o després dels àpats
Efectes 2^a: nàusies i dispèpsia.
 - Alendronat: 10 mg/ dia o 70 mg/ setmana en dosi única setmanal.
Evidència de disminució de fractures vertebral i de maluc.
Ingestió al matí en dejú 30 minuts abans d'esmorzar amb aigua de l'aixeta en bipe o sedestació.
Efectes 2^a: esofagitis.
 - Risedronat: 5 mg/ dia
Evidència de disminució de fractures vertebrals.
Ingestió 30 minuts abans d'esmorzar o 2 hores després de la ingesta de qualsevol àpat. Empassar sencer sense mastegar, en bipe o sedestació.

- Raloxife: modulador selectiu dels receptors d'estrogens.
60 mg/ dia, dones post-menopàusiques (mínim 2 anys).
Evidència de disminució de fractures vertebrals.
Efectes secundaris: tromboembolisme, rampes, fogots.
- Calcitonina: 200UI / d inhalades
Evidència de disminució de fractures vertebrals i dubtosa d'augment de massa òssia.
Administrar amb calci i Vit.D.
- Calci i Vit.D: 1200 mg de Ca i 400-800 UI Vit.D / dia.
Administrar calci preferentment a la nit i en dosi unica.
- Fitoestrogens: Alternativa " natural " a la teràpia hormonal.
Possibles efectes beneficiosos en la disminució de fogots, atròfia vaginal i perfil lipídic.

Seguiment i control

- Anamnesi: aixafaments vertebrals, tractaments osteopènics, compliment de mesures preventives i/o farmacològiques, fractures.
- Exploració Física: anual talla i pes.
- Rx: anual o bianual Rx Dorsal i Lumbar de perfil.
- Densitomètric: als 2 anys en tractament amb fàrmacs per valorar eficàcia, controls posteriors de forma individualitzada.

Motius de derivació

- Pacients amb diagnòstic etiològic problemàtic (osteoporosi juvenil, dona premenopàusica, en homes o 2^a a altra malaltia o fàrmac).
- Pacients amb mala evolució.

Bibliografia recomanada

1. Guia d'abordatge de l'Osteoporosi. SemFYC. Grup de Treball en osteoporosi 1999.
2. Actualització en l'abordatge i tractament de l'osteoporosi 2001. Informació terapèutica del SNS. Vol 25- Nº 5- 2001.
3. Guia d'actuació en Atenció Primària SemFYC. Barcelona: Edide 2002.
4. FMC Vol. 10. Protocol 3/2003. Prevenció i tractament de l'osteoporosi.

Criteris *mínims* d'avaluació de la Guia Pràctica d'atenció de l'osteoporosi:

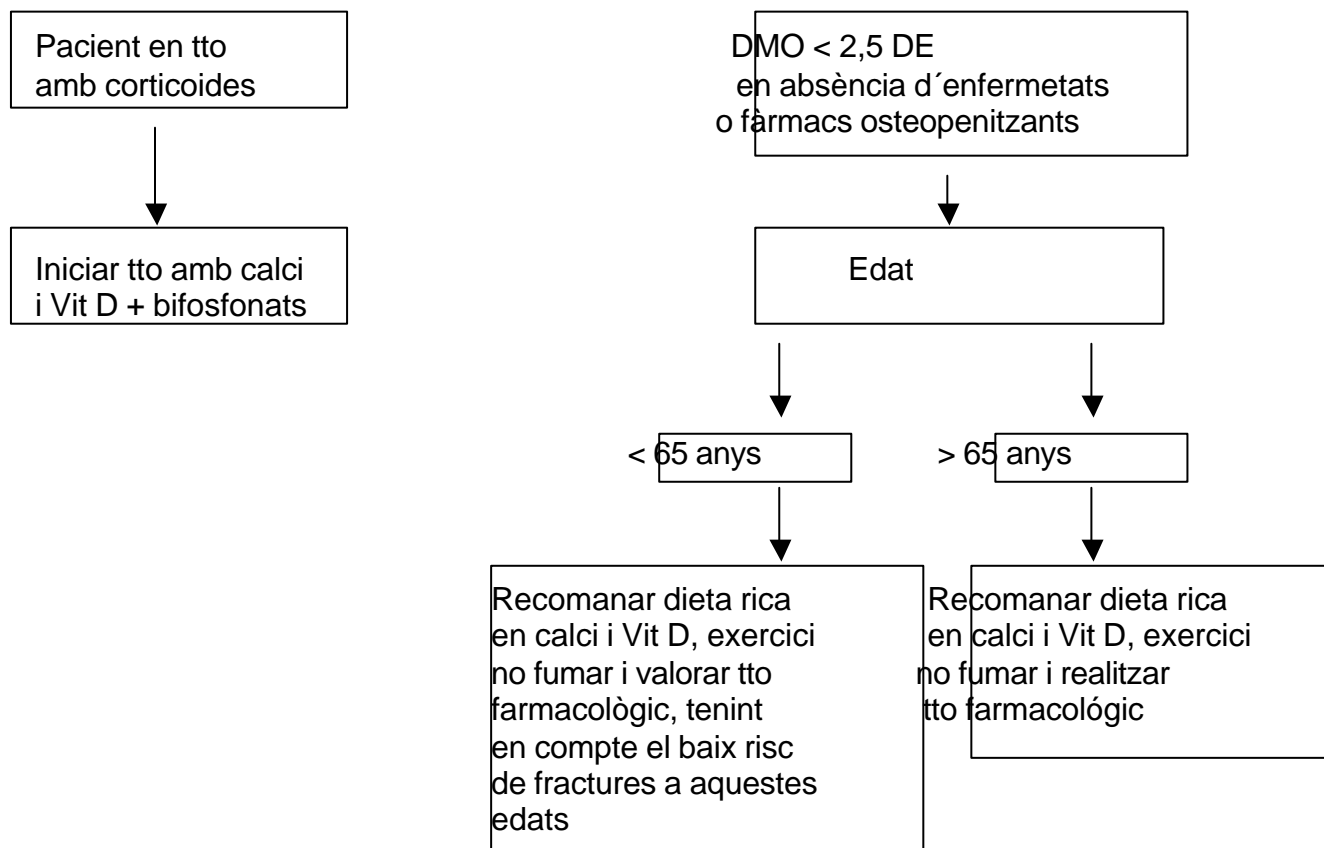
1. Prevenció primària:
 - Percentatge de població diana (dones sanes de 40-65 anys) que consta que han rebut consell d'osteoporosi. (1)
 - Percentatge de població diana (dones sanes > 65 anys) amb factors de risc d'osteoporosi que realitzen tractament amb calci i vit. D i s'ha valorat afegir un altre tractament farmacològic.
 - Percentatge de població diana (dones i homes sanes >de 65 anys) que consta que han rebut consell d'osteoporosi més consell de mesures per la prevenció de caigudes. (2)

2. Prevenció secundària

- Percentatge de pacients que fan tractament perllongat amb corticoides (>7'5 mg/die durant 6 o més mesos al any) que consta que realitzen tractament amb calci, vit. D i bifosfonats.
- Percentatge de pacients amb antecedents de fracture per traumatisme mínim que s'ha valorat la necessitat de tractament farmacològic.(3)

- (1) Consell mínim: Dieta rica en calci, no fumar i exercici.
- (2) Mesures prevenció caigudes: Corregir déficits auditius i visuals, evitar ús de benzodiazepines i factors ambientals (bone il.luminació, alfombres amb antideslizant i....) bon calcat.
- (3) Tractament farmacològic inclou calci i vit. D.

Prevenió d'osteoporosi en situacions especials



Annex 1

Factors de risc d'osteoporosi

Genètics o constitucionals

Edat avançada

Sexe femení

Nulparitat, menopausia precoç i menàrquia tardia

Raça blanca o oriental

Antecedents familiars d'osteoporosi o fractura de cadera

Constitució corporal petita.

IMC < 19.

Estils de vida

Sedentarisme

Consum de tabac i alcohol

Ingesta baixa de calci

- Intolerància a la lactosa

- Dietes vegetarianes

Amenorrea de l'atleta

Anorexia nerviosa

Fàrmacs

Glucocorticoïdes

Heparina i anticoagulants warfarínics

L- tirosina

Quimioteràpia (Metrotexate)

Liti

Antiepilèptics

Antiàcids amb fosfats

Patologies

Síndrome de malabsorció

Hiperparatiroidismo primario

Artritis Reumatoidea

Endocrinopaties

Hepatopaties cròniques

I Renal Crònica...