



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências da Saúde

# **Polimialgia Reumática & Osteoporose - estudo de adesão à medicação anti-osteoporótica em doentes numa Unidade de Reumatologia**

**Rui Bernardo Gonçalves Dias**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Medicina**

(Ciclo de estudos integrado)

Orientador: Dr. Pedro Miguel Martins De Azevedo Abreu

**Covilhã, junho de 2019**

# Dedicatória

Ao meu pai,

A razão de escolher este curso.

À minha mãe, à minha irmã e à minha  
tia Narcisa por tudo o que fizeram por mim.

# Agradecimentos

Ao meu orientador, Dr. Pedro Miguel Martins De Azevedo Abreu, por toda a sua disponibilidade, profissionalismo e apoio prestado durante a realização desta dissertação, apesar de todo o seu trabalho.

Agradeço à minha mãe e à minha irmã, por estarem presentes em todas as etapas da minha vida e por toda a força que me deram durante todo este percurso, sem as quais não seria capaz de terminar.

Agradeço à minha tia Narcisa, por sempre me tratar como um filho e me acompanhar durante todo o meu percurso escolar.

Agradeço à Marta, por toda a ajuda e tempo por ela disponibilizados e pelo incentivo na realização desta dissertação.

Agradeço aos meus amigos, por terem partilhado comigo todos estes maravilhosos anos e por sempre me incentivarem ao longo deste percurso.

Agradeço à Universidade da Beira Interior, à Faculdade de Ciências da Saúde e a todas as pessoas e entidades envolvidas na minha formação, por todos os conhecimentos que me transmitiram ao longo de todos estes anos.

## Resumo

Introdução: A Polimialgia Reumática (PMR) é uma das doenças reumáticas inflamatórias mais comuns. Ocorre em indivíduos com mais de 50 anos, aumentando progressivamente com o avançar da idade, com um pico de incidência entre os 70-80 anos. Esta patologia é tratada geralmente com Glucocorticoides (GC) orais, em terapêutica de longo-prazo, estando associada ao aparecimento de osteoporose (OP), sendo a fratura o efeito adverso mais comum e prevenível.

Objetivos: Aferir a adesão à medicação anti-osteoporótica em doentes com PMR.

Métodos: Estudo retrospectivo, realizado na Unidade de Reumatologia da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE, Portugal. Foram incluídos os doentes com o diagnóstico de PMR (código ICD-10 725), selecionados 57 doentes dos 61 elegíveis, através do processo clínico eletrónico, registado na plataforma SClinico®. O período de estudo compreendeu Março de 2011 a Dezembro de 2017.

Resultados: Dos 57 doentes em estudo, 32 (56%) estavam sob suplementação de Cálcio e Vitamina D, dos quais cerca de 16% referiram toma irregular da medicação. 37 dos doentes (65%) encontravam-se sob terapêutica anti-osteoporótica realizada com bifosfonatos, apresentando uma taxa de adesão de 100%.

Discussão/Conclusão: A elevada taxa de adesão pode refletir a consciencialização dos doentes, por parte dos médicos, acerca dos efeitos adversos causados por terapêuticas com GC a longo-prazo. A realização de densitometria óssea por parte de 56% dos doentes, também poderá ser uma peça fundamental para a indicação de necessidade tratamento preventivo.

## Palavras-chave

Polimialgia Reumática; Osteoporose; Glucocorticoides; Osteoporose Induzida por Glicocorticoides; Adesão Terapêutica

## Abstract

Introduction: Rheumatic Polymyalgia is one of the most common inflammatory rheumatic diseases. It occurs in individuals over 50 years old, progressively increasing with advancing age, with a peak incidence between 70 and 80 years old. This illness is usually treated with long-term oral glucocorticoids (GC), it is associated with the onset of osteoporosis and fracture is the most common and preventable adverse effect.

Objectives: To assess adherence to anti-osteoporotic treatment in patients with rheumatic polymyalgia.

Methods: Retrospective study performed at the Unidade de Reumatologia da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE, Portugal. 57 patients from the eligible 61 with the diagnosis of rheumatic polymyalgia (code ICD-10 725) were selected, through the electronic clinical process, registered in the SClínico® platform. The study period comprised March 2011 to December 2017.

Development: Of the 57 study patients, 32 (56%) were under calcium and vitamin D supplementation and about 16% of them reported irregular medication. 37 patients (65%) were undergoing anti-osteoporotic therapy with bisphosphonates, with a 100% adherence rate

Discussion/Conclusion: The high rate of adherence may reflect the patients' awareness of the adverse effects caused by long-term GC therapies. Another reason may be the performing bone densitometry by 56% of patients, the key to the indication for the need of preventive treatment.

## Keywords

Polymyalgia Rheumatica; Osteoporosis; Glucocorticoids; Glucocorticoid-induced Osteoporosis; Treatment adherence and compliance.

# Índice

Dedicatória.....	ii
Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	iv
Abstract.....	v
Índice .....	vi
Lista de Acrónimos.....	ix
Lista de Tabelas.....	vii
Lista de Figuras.....	viii
1. Introdução .....	1
2. Objetivos.....	6
3. Metodologia.....	7
4. Resultados .....	8
5. Discussão .....	12
6. Conclusão .....	14
7. Bibliografia .....	15
Anexo .....	17

# Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Critérios de Classificação Liga Europeia Contra o Reumatismo (EULAR) 2012. Adaptado de " <i>Glucocorticoid-induced osteoporosis</i> ". Buckley L. et al.	2
<b>Tabela 2</b> - Fatores de risco <i>major</i> e <i>minor</i> . Adaptado de " <i>Norma Direção Geral de Saúde nº001/2010</i> ". Direção-Geral da Saúde".	4
<b>Tabela 3</b> - Recomendações mais recentes para a prevenção e tratamento da osteoporose induzida por glucocorticoides. Adaptado de " <i>Glucocorticoid-induced osteoporosis</i> ". Buckley L. et al.	4
<b>Tabela 4</b> - Caracterização da Amostra.	8
<b>Tabela 5</b> - Doses de prednisolona (1ª consulta).	9

## Lista de Figuras

<b>Figura 1</b> - Distribuição de doentes por sexo.	8
<b>Figura 2</b> - Distribuição de doentes quanto a hábitos tabágicos.	9
<b>Figura 4</b> - Taxa de adesão à terapêutica com cálcio+vitamina D.	10
<b>Figura 3</b> - Percentagem de doentes que fazem suplementação com Cálcio e/ou Vitamina D.	10
<b>Figura 5</b> - Percentagem de doentes sob terapêutica com bifosfonatos.	10
<b>Figura 6</b> - Percentagem de doentes que realizaram densitometria óssea.	11

## Lista de Acrónimos

- ACR** - American College of Rheumatology
- ANA** - Anticorpos Antinucleares
- ANCA** - Anticorpos Anti-Citoplasma de Neutrófilos
- Anti-CCP** - Anticorpo contra Peptídeos Citrulinados
- AVD** - Atividades de Vida Diárias
- DMO** - Densidade Mineral Óssea
- DEXA** - Densitometria óssea
- EULAR** - Liga Europeia contra o Reumatismo
- FR** - Fator Reumatóide
- GC** - Glucocorticoides
- OP** - Osteoporose
- PCR** - Proteína C-reativa
- PMR** - Polimialgia Reumática
- VS** - Velocidade de sedimentação

# 1. Introdução

## 1.1. POLIMIALGIA REUMÁTICA

A Polimialgia Reumática (PMR) é uma das doenças reumáticas inflamatórias mais comuns. Ocorre em indivíduos com mais de 50 anos, com uma prevalência geral de 0,1% em Portugal, que aumenta progressivamente com o avançar da idade, tendo um pico de incidência entre os 70-80 anos; dos indivíduos afetados, 2/3 são mulheres.(1,2) A PMR é mais comum na população do norte da europa, sobretudo da região escandinava e, aparentemente, é menos comum em populações asiáticas, latinas e afro-americanas. Ainda assim, é uma patologia que pode afetar qualquer raça e etnia.(3)

É uma patologia inflamatória articular que se caracteriza por dor severa e rigidez matinal com duração de cerca de 45-60 minutos, afetando sobretudo as cinturas pélvica e escapular que, tendencialmente, tem um aparecimento relativamente rápido, podendo causar grande limitação nas actividades de vida diária (AVD) e alteração de marcadores inflamatórios.(3)

Não existe nenhum teste de diagnóstico “*gold standard*” para estabelecimento do diagnóstico da PMR. O diagnóstico é clínico e corroborado pela elevação dos marcadores inflamatórios, sendo que o *follow-up* deve ser realizado ao nível dos Cuidados de Saúde Primários e, eventualmente, nos cuidados secundários (hospitalares), por Reumatologistas.(4,5) No exame físico, a movimentação ativa dos ombros é limitada devido à dor despertada, sem ser observável nenhum edema articular; estas limitações também se apresentam em movimentos quer da anca, quer do pescoço.(1)

Laboratorialmente, os doentes com PMR apresentam tipicamente elevação de reagentes de fase aguda, tais como a velocidade de sedimentação (VS) e a Proteína C-reactiva (PCR).(1) Aquando do diagnóstico de PMR, devem ser sempre excluídas outras patologias com sintomatologia semelhante e estabelecer um ponto inicial para monitorização da terapêutica. Devem realizar-se testes laboratoriais que devem incluir: VS, hemograma, creatinina, glicose, função hepática, perfil ósseo (cálcio e fósforo séricos, fosfatase alcalina, vitamina D), fator reumatóide (FR), anticorpos contra péptidos citrulinados (anti-CCP), anticorpos anti-nucleares (ANA) e anticorpos anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA).(6) Foram estabelecidos pela Liga Europeia Contra o Reumatismo (EULAR) os critérios de classificação para diagnóstico da PMR.(Tabela 1)

Tabela 1. Critérios de Classificação Liga Europeia Contra o Reumatismo (EULAR) 2012. Adaptado de "Glucocorticoid-induced osteoporosis". Buckley L. et al.(7)

<b>Critérios de Classificação Liga Europeia Contra o Reumatismo (EULAR) 2012</b>
<b>Pacientes com idade superior ou igual a 50 anos, omalgia bilateral e valores anormais de PCR ou VS . Acrescido de pelo menos 4 pontos (sem ecografia) ou 5 ou mais pontos (com ecografia) abaixo mencionados:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Rigidez matinal <math>\geq</math> 45 minutos (2 pontos)</li><li>• Ausência de fator reumatóide (FR) ou anticorpo contra peptídeos citrulinados (anti-CCP) (2 pontos)</li><li>• Ausência de envolvimento de outras articulações (1 ponto)</li><li>• Se ecografia disponível, pelo menos um ombro com bursite subdeltoideia, tenossinovite do bíceps e/ou sinovite gleno-humeral; e, pelo menos, uma anca com sinovite ou bursite trocantérica (1 ponto)</li><li>• Se ecografia disponível, ambos os ombros com bursite subdeltoideia, tenossinovite dos bíceps ou sinovite gleno-humeral (1 ponto)</li></ul>

Esta patologia é tratada geralmente com Glucocorticoides orais (GC), em terapêutica de longo-prazo, sendo a prednisolona o pilar do tratamento devido à sua rápida acção no alívio dos sintomas inflamatórios.(1,4) Nas recomendações realizadas pela EULAR, numa iniciativa colaborativa com o *American College of Rheumatology* (ACR) para o tratamento e monitorização da PMR, é recomendado iniciar a terapêutica com prednisolona oral 12,5-25mg/dia e reavaliar se houve ou não melhoria clínica, 2-4 semanas pós-tratamento. No caso de apresentar melhoria clínica, deve-se iniciar um desmame gradual até descontinuar os GC, tendo em atenção possíveis recaídas. Se apresentar recaídas, ou se após a dose inicial não apresentar melhoria clínica, deve ser realizada uma confirmação do diagnóstico de PMR. Caso se confirme este diagnóstico, então dever-se-á aumentar a dose da terapia de GC, ajustando-a a cada doente.(6) A terapêutica da PMR com GC pode, em determinadas situações, prolongar-se durante vários anos e, por isso, é necessário ter atenção a eventuais recaídas com o desmame efectuado e também ao aparecimento de efeitos adversos decorrentes dos GC.

Por vezes, pode haver necessidade da introdução de metotrexato (terapêutica imunossupressora) em associação aos GC, nomeadamente nas situações anteriormente descritas: elevado risco de recaída e/ou terapêutica prolongada com GC devido aos efeitos adversos destes.(6)

A utilização de GC a longo prazo leva a uma maior incidência de efeitos adversos, sendo as pessoas mais velhas mais propensas ao aparecimento destes, sobretudo em doses mais elevadas.(7) Esta utilização, a longo-prazo, está associada ao aparecimento de osteoporose (OP), sendo a fratura o efeito adverso mais comum e prevenível.(7) Pacientes em tratamento com GC a longo-prazo (mais de 3 meses) apresentam um risco de fratura de 33 a 50%, o qual

depende da dose diária ou cumulativa de GC. (8) As fraturas osteoporóticas têm como fatores de risco idade (>55 anos), sexo feminino, raça branca, IMC baixo e uso prolongado (mais de 3 meses) de prednisolona em dose igual ou superior a 7.5 mg/dia. (7) As fraturas mais comumente associadas ao uso de GC são as fraturas vertebrais, cujo risco de aparecimento aumenta a partir dos 3 meses de tratamento com GC, tendo o seu pico de incidência por volta dos 12 meses. (7)

## 1.2. OSTEOPOROSE

A OP é uma patologia muito prevalente em países ocidentais e calcula-se que, em Portugal, tenha uma prevalência geral na população de 10,2%, afetando sobretudo indivíduos do sexo feminino. (2,9)

É caracterizada por perda de massa óssea, alterações da microarquitetura do osso e fragilidade óssea. Isto resulta na diminuição da resistência do osso e, conseqüentemente, aumento do risco de fratura. (10)

A perda de massa óssea é avaliada através da densidade de mineralização óssea (DMO), usando a densitometria óssea (DEXA) e o risco de fratura calculado através da ferramenta de avaliação de risco de fratura FRAX®. (10)

Na decisão terapêutica a realizar perante doentes com OP é necessário identificar os fatores de risco *major* e *minor* (Tabela 2), para além de determinar os valores de DMO. Segundo a Direcção Geral de Saúde são indicações para a realização de DEXA: indivíduos do sexo feminino com mais do que 65 anos e indivíduos sexo masculino com mais de 70 anos; indivíduos do sexo feminino pós-menopausa com menos de 65 anos e indivíduos do sexo masculino com mais de 50 anos, caso apresentem 1 fator de risco *major* e 2 *minor*; indivíduos do sexo feminino pré-menopausa e indivíduos do sexo masculino com menos de 50 anos se, e só se, existirem factores de risco *major* ou causa para OP secundária conhecidas. (9) A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera também OP com base no T-score obtido na realização do DEXA, designando indivíduos com um T-score menor ou igual a -2,5 DP como osteoporóticos. (11)

Polimialgia Reumática & Osteoporose - estudo de adesão à medicação anti-osteoporótica em doentes numa Unidade de Reumatologia

Tabela 2. Fatores de risco major e minor. Adaptado de “Norma Direção Geral de Saúde nº001/2010”. Direção-Geral da Saúde.<sup>9</sup>

Risco Major	Risco Minor
Idade acima de 65 anos	Artrite Reumatóide
Fratura vertebral prévia	História de hipertireoidismo clínico
Fratura de fragilidade após os 40 anos	Toma crónica de anti-epilépticos
História de fratura da anca em um dos progenitores	Baixo aporte dietético de cálcio e excesso de consumo de cafeína (mais de 3 chávenas/dia)
Terapêutica com corticóides sistémicos durante mais de 3 meses	Hábitos tabágicos
Menopausa precoce (antes dos 40 anos)	Consumo de álcool em excesso (acima de 3 unidades de álcool/dia)
Hipogonadismo	IMC abaixo de 19 kg/m <sup>2</sup>
Hiperparatireoidismo primário	Terapêutica crónica com heparina
Elevada propensão para quedas	Imobilização prolongada

Na OP induzida por GC, estes levam à diminuição de absorção e ao aumento da excreção urinária de cálcio, fazendo com que ocorra uma diminuição da concentração de cálcio. Esta leva ao aumento da hormona paratiróide (PTH) que, juntamente com a diminuição da concentração plasmática de estrogénio/testosterona, aumenta a reabsorção óssea.

Os GC levam também à diminuição da formação óssea através de acção directa sobre as células ósseas, diminuição da concentração plasmática de testosterona e diminuição da força muscular. O aumento da reabsorção óssea e a diminuição da formação levam a uma perda da massa óssea.(12) De forma a minimizar este efeito adverso, foram criadas recomendações para prevenir a OP induzida pela terapêutica com GC (tabela 3).

Tabela 3. Recomendações mais recentes para a prevenção e tratamento da osteoporose induzida por glucocorticoides. Adaptado de “Glucocorticoid-Induced Osteoporosis”. Buckley L. et al. (7)

Recomendações mais recentes para a prevenção e tratamento da OP induzida por GC.	
Variável	EULAR
Pacientes que justifiquem intervenção com base na dose e duração da terapêutica com GC	Qualquer adulto que tome alguma dose de prednisolona diariamente por mais de 3 meses
Quem testar e monitorizar para alterações na Densidade Mineral Óssea (DMO)	Mulheres pré-menopausicas ou homens com menos de 70 anos; não recomendada para mulheres pós-menopausicas ou homens com mais de 70 anos, uma vez que vão receber tratamento para OP independentemente da DMO.

Polimialgia Reumática & Osteoporose - estudo de adesão à medicação anti-osteoporótica em doentes numa Unidade de Reumatologia

<b>Suplementação com cálcio e vitamina D</b>	Suplementar se receber uma dose maior ou igual a 7.5 mg de prednisolona dia; sem dose recomendada de Cálcio e Vitamina D.
<b>Limiar para Tratamento Farmacológico</b>	Adultos com fratura prévia ou que tomam mais de 15 mg de prednisolona diariamente; Mulheres pós-menopausa e homens com mais de 70 anos que tomem entre 7.5 e 15 mg de prednisolona diariamente; Mulheres na pré-menopausa e Homens com menos de 70 anos que tomem entre 7.5 a 15 mg de prednisolona diariamente com alto risco de DMO T-score(não especificado); Adultos a tomar menos de 7.5 mg de prednisolona diariamente com factores de risco e alto-risco no DMO T-socre.
<b>Intervenções Farmacológicas</b>	Bifosfonatos de acordo com o limiar e factores de risco (baixa DMO, sexo feminino, idade $\geq 70$ anos, estado pós-menopausa, fratura prévia).
<b>Duração de intervenção farmacológica</b>	Não especificada.

A prevenção de fraturas causadas pela OP induzida por GC pode ser realizada através de um tratamento não farmacológico que inclui a utilização da dose mínima necessária de GC, exercícios com pesos, manutenção de peso normal, limitação do consumo de bebidas alcoólicas, cessação tabágica e gestão e avaliação do risco de queda. Segundo o ACR, é rotineiramente encorajado em pacientes que estejam sob terapêutica com GC um aporte dietético de cálcio (1000mg/dia) e de vitamina D (600-800UI), devido ao facto dos GC provocarem um aumento da excreção urinária de cálcio.(7) Estudos randomizados demonstraram que a toma de cálcio e vitamina D previne a perda óssea em pacientes que iniciaram a terapêutica com prednisolona em baixas doses (5mg/dia), mas que não preveniam completamente em doentes que iniciavam terapêutica com dose alta de prednisolona (23mg/dia).(7) Foram também realizados ensaios com bifosfonato que demonstraram que a sua utilização tornava o risco de aparecimento de novas fraturas 43% menor do que nos pacientes que tomavam cálcio, vitamina D ou uma associação das 2.(13) Devido ao seu baixo custo e ao seu bom perfil de segurança, os bifosfonatos são recomendados como os agentes de primeira linha na prevenção de fraturas devidas à utilização de GC.(7)

## **2. Objetivos**

Aferir a adesão à medicação anti-osteoporótica em doentes com PMR.

### 3. Metodologia

Estudo retrospectivo, levado a cabo na Unidade de Reumatologia da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE, Portugal.

Foram incluídos os doentes com o diagnóstico de PMR (código ICD-10 725), sendo feita avaliação de todos através do processo clínico eletrónico, registado na plataforma SClinico®. O período de estudo compreendeu março de 2011 a Dezembro de 2017.

Dos sessenta e um doentes elegíveis, quatro foram excluídos por falta de informação nos processos clínicos, perfazendo um total de cinquenta e sete doentes.

A amostra (n=57) foi caracterizada considerando as seguintes variáveis:

- Sociodemográficas:
  - Sexo;
  - Idade;
  - Parâmetros biométricos;
  - Hábitos tabágicos.
  
- Tratamento reumatológico
  - Prednisolona
  
- Tratamento anti-osteoporótico
  - Cálcio
  - Vitamina D;
  - Bifosfonatos.

Não houve recurso a análise estatística.

Foi feito pedido ao Comité de Ética da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE, Portugal para a utilização de dados de pacientes com PMR.

## 4. Resultados

- **Caracterização da amostra**

Como apresentado na Tabela 4, o estudo foi realizado com uma amostra inicial total de cinquenta e sete indivíduos, sendo vinte e nove (51%) do sexo feminino e vinte e oito (49%) do sexo masculino. A amostra apresenta uma média de idades de 78,9 anos, tendo como idade mínima 59 anos e idade máxima 94 anos; um peso médio de 71,3kg, uma altura média 1,61 m e um IMC médio de 27,5 kg/m<sup>2</sup>. Dos cinquenta e sete indivíduos avaliados, cinquenta e quatro (95%) são não fumadores, um (2%) é fumador e dois (3%) são ex-fumadores.

Tabela 4. Caracterização da Amostra.

Caracterização da amostra (n=57)	
	<b>Idade</b>
Idade média	78,9 anos
Idade máxima	94 anos
Idade mínima	59 anos
	<b>Parâmetros Biométricos</b>
Peso médio	71,3 Kg
Altura Média	1,61m
IMC Médio	27,5Kg/m <sup>2</sup>

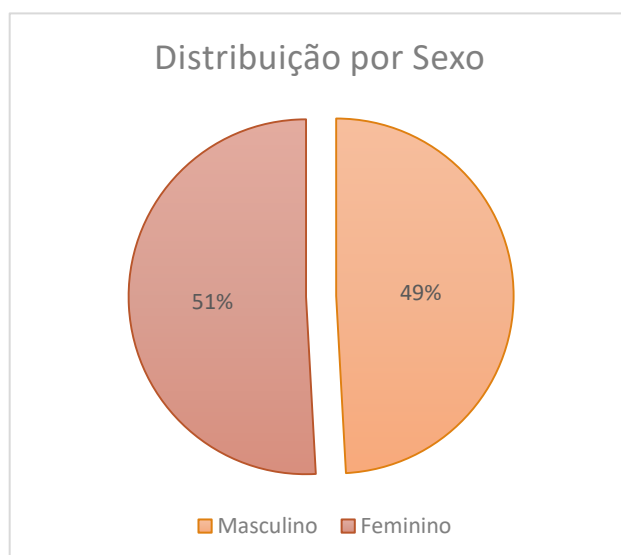


Figura 3. Distribuição de doentes por sexo.

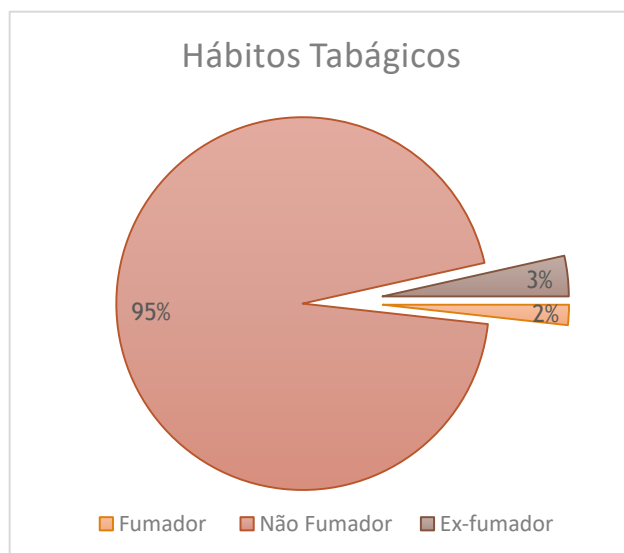


Figura 4. Distribuição de doentes quanto a hábitos tabágicos.

- **Caracterização da medicação**

Conforme se pode observar na Tabela 5, os doentes diagnosticados com PMR receberam em média uma dose de prednisolona inicial de 15,5 mg/dia, tendo o paciente com dosagem mais baixa recebido 10 mg e o com dosagem mais alta 20 mg.

Tabela 5. Doses de prednisolona (1ª consulta).

Medicação	
Dose de prednisolona (1ª consulta)	
Dose média	15,5 mg
Desvio padrão	± 3,9 mg
Dose máxima	20 mg
Dose mínima	10 mg

Dos cinquenta e sete doentes em estudo, trinta e dois (56%) estavam sob suplementação de cálcio e vitamina D, vinte e dois (39%) apenas com suplementação de vitamina D e três (5%) sem nenhum tipo de suplementação. Dos trinta e dois doentes sob suplementação com cálcio e vitamina D, cinco (cerca de 16%) referiram toma irregular da medicação.

Polimialgia Reumática & Osteoporose - estudo de adesão à medicação anti-osteoporótica em doentes numa Unidade de Reumatologia

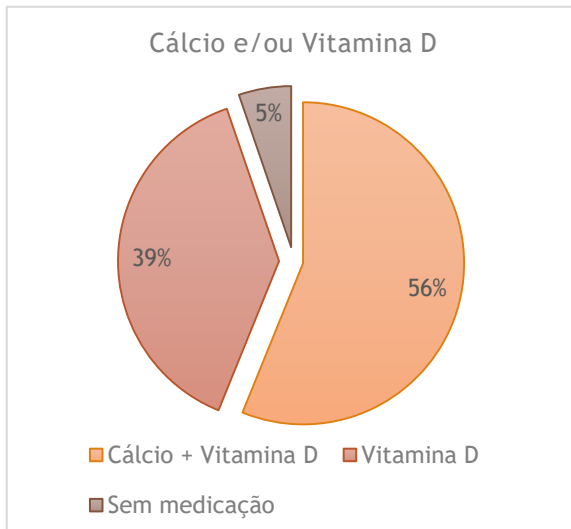


Figura 3. Percentagem de doentes que fazem suplementação com Cálcio e/ou Vitamina D.

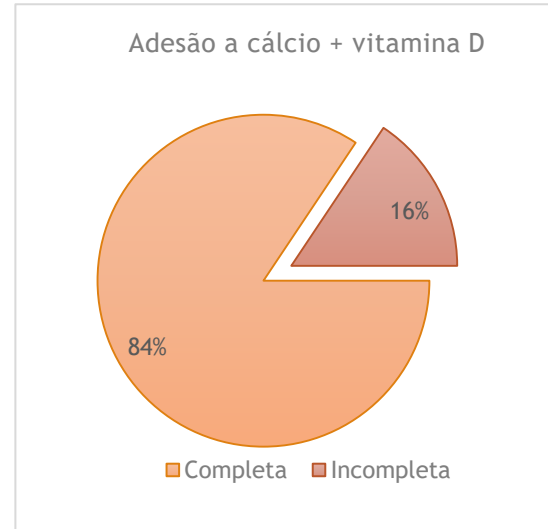


Figura 4. Taxa de adesão à terapêutica com cálcio+vítamina D.

Dos doentes com PMR, trinta e sete (65%) apresentam-se sob terapêutica anti-osteoporótica realizada com bifosfonatos, com uma taxa de adesão de 100% à terapêutica. Os restantes vinte (35%) não se encontravam a realizar terapêutica anti-osteoporótica.

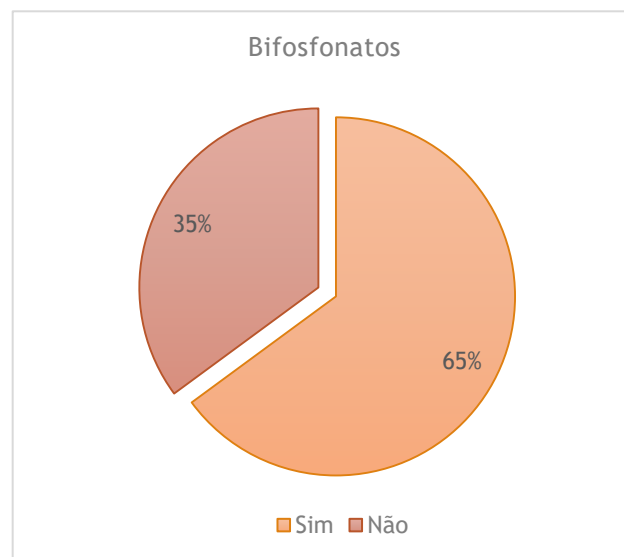


Figura 5. Percentagem de doentes sob terapêutica com bifosfonatos.

Foi realizada DEXA a cerca de 56 % do doentes em estudo.

Polimialgia Reumática & Osteoporose - estudo de adesão à medicação anti-osteoporótica em doentes numa Unidade de Reumatologia

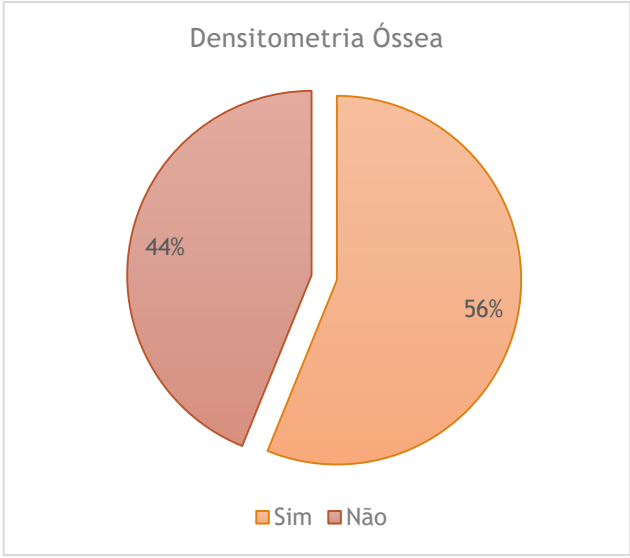


Figura 6. Percentagem de doentes que realizaram densitometria óssea.

## 5. Discussão

A PMR é uma das indicações mais comum para terapêutica com GC a longo-prazo.(4) A OP induzida por GC é um efeito adverso muito importante em doentes com PMR sob terapia com GC. IMC baixo, hábitos tabágicos e uso prolongado (mais de 3 meses) de GC são alguns dos fatores de risco para o aparecimento de fraturas osteoporóticas.(14) Assim sendo, é necessário iniciar, no mínimo, terapêutica com cálcio e vitamina D, de forma a precaver a perda da massa óssea. Doentes sob terapia com GC a longo prazo têm indicação para terapia com bifosfonatos.

Um dos fatores que mais contribui para o aparecimento de bons resultados em qualquer terapia médica é a adesão por parte do doente. Diversos estudos sobre adesão terapêutica em doentes com tratamento preventivo para a OP demonstraram uma baixa adesão a este tipo de terapêutica. Contudo, existe ainda controvérsia em torno da adesão à medicação preventiva da OP.(14)

Um estudo recente realizado no Hospital Svendborg, na Dinamarca demonstrou que dos cento e dezassete pacientes diagnosticados com PMR sob tratamento com cálcio e vitamina D, 88.9% aderiram à terapêutica preventiva. O esquecimento e os efeitos adversos foram algumas das razões invocadas pelos doentes para a não adesão ao tratamento, assim como por a presumirem desnecessária.(14)

Neste estudo, levado a cabo na Unidade de Reumatologia do Hospital Amato Lusitano em Castelo branco, aferiu-se que a adesão ao tratamento preventivo da OP, em doentes diagnosticados com PMR sob terapêutica com GC, era elevada. Na pequena percentagem de doentes com suplementação de cálcio e vitamina D que referiram toma irregular da medicação foram invocadas como principais razões o esquecimento, a crença de que a medicação era irrelevante e o facto de já realizarem muita medicação diariamente. Esta elevada taxa de adesão pode dever-se ao facto de os doentes serem alertados e consciencializados acerca dos efeitos adversos causados por terapêuticas com GC de longo-prazo. Outro eventual fator que poderá ter contribuído para a adesão, terá sido a realização de DMO por parte de 56% dos doentes, o que apoiou a necessidade de realização de tratamento.

O facto de a PMR apresentar sintomatologia dolorosa, ser francamente limitadora das AVD e o tratamento com prednisolona levar a um controlo rápido desta sintomatologia pode também ter tido impacto nos níveis de adesão. Este fator contribui para uma melhor relação médico-doente, aumentando a confiança no médico e, assim, perceber a necessidade e aderir mais facilmente à realização da terapêutica preventiva.

Polimialgia Reumática & Osteoporose - estudo de adesão à medicação anti-osteoporótica em doentes numa Unidade de Reumatologia

A limitação deste estudo encontra-se na dificuldade de assegurar a toma da medicação realizada em ambulatório por via oral, visto o controlo ser realizado durante a consulta, mediante entrevista, o que não permite aferir a veracidade da adesão referida pelo doente. Acredita-se que é necessária a consciencialização dos doentes por parte dos médicos para os efeitos adversos decorrentes do tratamento com GC de forma que estes apresentem uma boa adesão à terapêutica. Possivelmente, uma boa maneira de avaliar a adesão dos doentes com maior grau de confiança poderá ser através do controlo de levantamento da medicação nas farmácias. Contudo, isso também poderia implicar, por outro lado, os doentes a acreditar que o seu médico não confiaria neles e, deste modo, ficar mais reticente em relação à necessidade de realizar o tratamento anti-osteoporótico, conduzindo, hipoteticamente, a um declínio da adesão à terapêutica.

## 6. Conclusão

A PMR é mais comumente tratada com GC. Um efeito adverso comum em doentes sob corticoterapia de longo prazo é o aparecimento de OP. Contrariamente ao esperado, comparado com outros estudos, neste estudo verifica-se uma elevada adesão à terapêutica anti-osteoporótica.

## 7. Bibliografia

1. González-Gay MA, Matteson EL, Castañeda S. Polymyalgia rheumatica. Lancet [Internet]. 7 de Outubro de 2017;390(10103):1700-12. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31825-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31825-1).
2. EpiReumaPt. O retrato das doenças reumáticas em Portugal [Internet]. Médico News. 2015. [acedido a 10 de Maio de 2019]. Disponível em: [http://www.reumacensus.org/pdf/publicacoes/2015/medico-news/MN\\_Especial\\_EpiReumaPt\\_final\\_10.02.15\\_RPO.pdf](http://www.reumacensus.org/pdf/publicacoes/2015/medico-news/MN_Especial_EpiReumaPt_final_10.02.15_RPO.pdf)
3. Matteson EL, Dejaco C. Polymyalgia Rheumatica. Ann Intern Med. Maio de 2017;166(9):ITC65-ITC80.
4. Ntatsaki E, Watts RA. Management of polymyalgia rheumatica. BMJ. 2010;340(7744):435.
5. Chatzigeorgiou C, Mackie SL. Comorbidity in polymyalgia rheumatica. Reumatismo. 2018;70(1):35.
6. Dejaco C, Singh YP, Perel P, Hutchings A, Camellino D, Mackie S, et al. 2015 Recommendations for the management of polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. Ann Rheum Dis. Outubro de 2015;74(10):1799-807.
7. Buckley L, Humphrey MB. Glucocorticoid-Induced Osteoporosis. N Engl J Med [Internet]. 26 de Dezembro de 2018;379(26):2547-56. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1800214>
8. Pereira RMR, Carvalho JF de, Paula AP, Zerbini C, Domiciano DS, Goncalves H, et al. Guidelines for the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis. Rev Bras Reumatol. Agosto de 2012;52(4):580-93.
9. Norma de Orientação Clínica N.º 001/2010 de 30 de Setembro de 2010 - Prescrição de Osteodensitometria na Osteoporose do Adulto. Direção-Geral da Saúde, 2010.
10. Rosen, H. Drezner, M. Clinical manifestations, diagnosis, and evaluation of osteoporosis in postmenopausal women. Uptodate: 2018 [acedido a 5 de Maio de 2019] Disponível em: <http://www.uptodate.com/>
11. Sociedade Portuguesa de Reumatologia- Osteoporose - Novas Abordagens. [acedido a 1 de Maio de 2019]. Disponível em: [http://www.spreumatologia.pt/files/publications/boletim-5-2009\\_s83\\_osteoporose-novas-abordagens\\_file.pdf](http://www.spreumatologia.pt/files/publications/boletim-5-2009_s83_osteoporose-novas-abordagens_file.pdf)

12. Rosen, H. Rosen, C. Mulder, J. Clinical features and evaluation of glucocorticoid-induced osteoporosis. Uptodate: 2017 [acedido a 5 de Maio de 2019] Disponível em: <http://www.uptodate.com/>
13. Allen CS, Yeung JH, Vandermeer B, Homik J. Bisphosphonates for steroid-induced osteoporosis. Cochrane database Syst Rev. Outubro de 2016;10:CD001347.
14. Emamifar A, Gildberg-Mortensen R, Andreas Just S, Lomborg N, Asmussen Andreasen R, Jensen Hansen IM. Level of Adherence to Prophylactic Osteoporosis Medication amongst Patients with Polymyalgia Rheumatica and Giant Cell Arteritis: A Cross-Sectional Study. Int J Rheumatol. 2015;2015:1-5.

## Anexo

### Anexo 1 Requerimento Comissão de Ética

Exmo. Sr. Dr. António Vieira Pires - Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE.

Exmo. Sr. Dr. Pedro Abreu - Director da UNIDADE de REUMATOLOGIA do Hospital Amato Lusitano.

C/C: Exmo. Sr. Dr. João Gabriel - Presidente da Comissão de Ética.

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de estudo científico.

Eu, Rui Bernardo Gonçalves Dias, aluno nº 32588 da Universidade da Beira Interior, a frequentar o Mestrado Integrado em Medicina, venho solicitar a Vª Exª, para a realização do estudo " *Polimialgia Reumática & Osteoporose – estudo de adesão à medicação anti-osteoporótica em doentes numa Unidade de Reumatologia* ", a respetiva autorização, em sede de elaboração de dissertação, tendo por finalidade a obtenção do grau de mestre, sob a orientação do Dr. Pedro Abreu, especialista em Reumatologia e director da Unidade de Reumatologia da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE.

Para o efeito acima pretendido, anexo síntese do projeto, declarando sob compromisso de honra, respeitar o direito de privacidade no que se refere a dados e factos, cujo conhecimento advenham da realização do estudo, assumindo que toda a informação e documentação a que tenha acesso no âmbito desse mesmo estudo, seja do foro estritamente confidencial, não fazendo uso da mesma, nem revelando o seu conteúdo a terceiros.

No que concerne aos resultados da investigação (estatísticos ou outros), assumo a sua validade, avalizando a confiabilidade e integridade dos dados.

Declaro ainda ter conhecimento, que a Unidade local de Saúde de Castelo Branco, EPE, é proprietária de quaisquer dados, documentos, conhecimento, informação, ou qualquer outra propriedade intelectual, que me seja fornecida para realização do estudo supra referido (propriedade intelectual de origem).

Do resultado do estudo, assistir-me-á o direito à publicação do mesmo, comprometendo-me a entregar na Unidade de Saúde de Castelo Branco, EPE, um exemplar do resultado final.

Pede deferimento,

Castelo Branco, Junho, de 2019



(Rui Bernardo Gonçalves Dias – [a32588@fcsaude.ubi.pt](mailto:a32588@fcsaude.ubi.pt))