

# Inércia terapêutica na osteoporose em mulheres pós-menopáusicas

Mariana Cruz da Silva,<sup>1</sup> Conceição Outeirinho,<sup>2</sup> Nina Lopes,<sup>3</sup> Maria João Gonçalves,<sup>4</sup> Isabel Mina,<sup>1</sup> Alexandra Pimentel,<sup>3</sup> Rodrigo Costa,<sup>5</sup> Inês Bento,<sup>6</sup> Ana Calafate,<sup>7</sup> Manuel Henriques,<sup>8</sup> Henrique Sottomayor<sup>6</sup>

## RESUMO

**Introdução:** A osteoporose (OP) é a doença óssea metabólica mais frequente, associando-se a fraturas de fragilidade e aumento de morbimortalidade. Apesar do envelhecimento populacional tem-se verificado uma tendência decrescente na implementação de terapêutica antiosteoporótica.

**Objetivos:** Determinar a inércia terapêutica na OP em mulheres pós-menopáusicas ao nível dos cuidados de saúde primários. Verificar se existe associação entre a idade dos utentes, o T-score e o valor de FRAX e a inércia terapêutica antiosteoporótica.

**Métodos:** Estudo observacional transversal. Critérios de inclusão: mulheres com idades entre os 55 e os 85 anos codificadas com OP (ICPC-2 – L95) ou fraturas (ICPC-2 – L72-76) na lista de problemas. Foi selecionada uma amostra aleatória simples. A inércia terapêutica foi definida com base nas recomendações da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

**Resultados:** Obteve-se uma amostra de 217 utentes. Apurou-se inércia terapêutica em 17,5% das mulheres, valor que aumenta para 48,6% nas que sofreram fraturas ( $p < 0,001$ ). As idades diferem de forma estatisticamente significativa entre os utentes com e sem inércia terapêutica (77,5 vs 73,0,  $p < 0,010$ ). A mediana do FRAX para fratura osteoporótica major (16,5 vs 9,65,  $p < 0,001$ ) e fratura da anca (7,6 vs 3,3,  $p < 0,001$ ) foi superior no grupo com inércia terapêutica. Os valores de T-score da coluna lombar (2,45 vs 2,71) e do colo do fémur (2,07 vs 2,02) não diferiram de forma estatisticamente significativa ( $p = 0,299$ ).

**Conclusão:** Este estudo realça a aplicação da evidência mais atual ao nível do tratamento da OP na unidade estudada, mas salienta a necessidade de maior intervenção na OP fraturária e em idades mais avançadas.

**Palavras-chave:** Osteoporose; Inércia terapêutica; Cuidados de saúde primários.

## INTRODUÇÃO

A osteoporose (OP) caracteriza-se por diminuição da massa óssea (DMO) e deterioração da microarquitetura do osso, conduzindo ao aumento do risco de fratura, principal consequência clínica desta doença.<sup>1</sup> Trata-se da doença óssea metabólica mais frequente, com uma prevalência estimada na idade adulta em Portugal de 10,2% (17,0% mulheres, 2,6% homens), segundo o estudo Epi-ReumaPt.<sup>1</sup> Como consequência da diminuição dos níveis de estrogénios circulantes, a mulher sofre uma aceleração da DMO no período pós-menopáusicas.<sup>2</sup>

O objetivo do tratamento da OP é a prevenção de fraturas por fragilidade óssea, sendo este risco influenciado por fatores clínicos e ambientais, para além da DMO. Segundo as recomendações da Sociedade Portuguesa de Reumatologia para o tratamento da OP (Tabela 1), o iní-

cio de terapêutica farmacológica não se baseia apenas no diagnóstico de OP, mas com o risco absoluto de fratura calculado com a ferramenta FRAX@PORT, validada para a população portuguesa, e história pessoal de fraturas após um mecanismo de baixo impacto.<sup>3-4</sup>

1. Médica Especialista de Medicina Geral e familiar. USF Garcia de Orta, ACeS Porto Ocidental. Porto, Portugal.

2. Médica Assistente Graduada Sénior de Medicina Geral e Familiar. USF Barão de Nova Sintra, ACeS Porto Oriental. Porto, Portugal.

3. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF Garcia de Orta, ACeS Porto Ocidental. Porto, Portugal.

4. Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar. UCSP Cinfães, ACeS Tâmega I - Baixo Tâmega. Viseu, Portugal.

5. Médico Assistente de Medicina Geral e Familiar. USF São João do Porto, ACeS Porto Ocidental. Porto, Portugal.

6. Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar. USF Garcia de Orta, ACeS Porto Ocidental. Porto, Portugal.

7. Médica Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar. Departamento Médico da Medinfar. Lisboa, Portugal.

8. Médico Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar. USF Garcia de Orta, ACeS Porto Ocidental. Porto, Portugal.



TABELA 1. Critérios para tratamento farmacológico da osteoporose

Fraturas prévias	Risco absoluto de fraturas através de FRAX@Port
≥1 fratura de fragilidade da anca	Sem densitometria, ≥11% para fratura major ou ≥3% para fratura da anca
≥1 fratura de fragilidade sintomática da vértebra	Com densitometria, ≥9,5% para fratura major ou ≥2,5% para fratura da anca
≥2 fraturas de fragilidade independentemente do local ou presença de sintomas	

Nota: Adaptado de *Portuguese recommendations for the prevention, diagnosis and management of primary osteoporosis – 2018 update*.<sup>3</sup>

As principais medidas não farmacológicas indicadas na gestão da OP são: alimentação equilibrada, exposição solar adequada, exercício físico regular, cessação tabágica e abstinência alcoólica. Em relação à suplementação de cálcio, apenas está indicada se o aporte diário na dieta for inferior a 1000-1200 mg/dia.<sup>3</sup> A suplementação com vitamina D (800-2000 UI/dia ou equivalente) deve ser considerada em pacientes com níveis de 25-hidroxivitamina D inferiores a 30 ng/ml. Quanto ao tratamento farmacológico, os bifosfonatos são considerados o tratamento de primeira linha, sendo necessário considerar o ácido zolendronico intravenoso ou denosumab subcutâneo em casos de intolerância oral, má absorção ou não adesão à terapêutica.<sup>3</sup>

A OP é reconhecidamente subtratada, tanto a nível nacional como internacional.<sup>5-9</sup> Da perspectiva do utente, estudos apontam para a falta de valorização e reconhecimento das complicações da osteoporose, ao contrário do que acontece para outras doenças silenciosas, como a hipertensão ou a diabetes, e pela presença/receio de efeitos secundários que levam ao abandono da terapêutica. A comunidade médica partilha as mesmas razões acrescidas da falta de familiarização e conhecimento na gestão das medicações antiosteoporóticas.<sup>9-10</sup> O médico de família está numa posição privilegiada para a implementação de terapêutica antiosteoporótica, sendo o principal agente de medicina preventiva no Serviço Nacional de Saúde, acompanhando o doente nas diferentes fases de vida.

O presente trabalho teve como objetivo determinar a inércia terapêutica na OP nas mulheres pós-meno-

páusicas da USF Garcia de Orta (GO) e avaliar a associação entre a idade dos utentes, o valor de T-score da densitometria, o valor de FRAX e a inércia terapêutica antiosteoporótica.

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional, analítico e transversal na USF GO, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Porto Ocidental. A população do estudo correspondeu aos utentes frequentadores inscritos na USF GO. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: mulheres com idade compreendida entre os 55 e os 85 anos com o diagnóstico de OP (ICPC2 – L95) ou fraturas (ICPC2 – L72-76) na lista de problemas em 20/janeiro de 2022. Foram excluídos utentes sem teleconsulta ou consulta presencial na USF após fratura de fragilidade, os que sofreram fraturas decorrentes de um traumatismo de alto impacto ou desconhecido e utentes que, como consequência da fratura, tenham ficado com dependência moderada a alta.

Da lista de utentes que cumpriam os critérios de inclusão foi selecionada uma amostra aleatória simples, utilizando o *website random.org*<sup>®</sup>, após cálculo do tamanho amostral determinado para uma frequência hipotética desconhecida de 50%, alfa de 5% e uma precisão de 4% ( $n=242$  utentes).

Os dados foram recolhidos em março/2023 pelos respetivos médicos de família, através da consulta dos processos clínicos eletrónicos na plataforma informática SClínico<sup>®</sup>. Posteriormente os dados foram codificados e registados numa base de dados eletrónica, não permitindo a identificação dos pacientes e assegurando o



anonimato e a confidencialidade de toda informação recolhida.

As variáveis analisadas foram: sexo, idade, índice de massa corporal (IMC), número de fraturas de fragilidade, local de fratura de fragilidade, resultado de FRAX®PORT, valor de T-score da coluna lombar e do colo do fêmur, prescrição de medicação antiosteoporótica e tipo de medicação antiosteoporótica. Para o cálculo do FRAX®PORT foram também analisadas as seguintes variáveis: história de pais com fratura da anca, tabagismo ativo, diagnóstico de artrite reumatoide, consumo diário de três ou mais unidades de álcool por dia ( $\geq 30$  g/dia ou  $\geq 200$  g/semana), exposição a glucocorticoides por via oral atual ou passada (durante  $>3$  meses a uma dose  $\geq 5$  mg de prednisolona ou equivalente), presença de doença associada a OP secundária (diabetes tipo 1, osteogénese imperfeita em adultos, hipertiroidismo de longa data não tratado, hipogonadismo ou menopausa precoce ( $<45$  anos), desnutrição crónica ou má absorção e doença hepática crónica).

A inércia terapêutica foi definida, segundo as recomendações da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (2018), como: ausência de introdução de medicação antiosteoporótica no primeiro ano após uma fratura de fragilidade da anca, sintomática da vértebra ou duas fraturas de fragilidade independentemente do local; ausência de introdução de medicação antiosteoporótica em doentes de alto risco através do cálculo do FRAX®Port (sem densitometria  $\geq 11\%$  para fratura maior e  $\geq 3\%$  para fratura da anca, com densitometria  $\geq 9,5\%$  fratura maior e  $\geq 2,5\%$  para fratura da anca).<sup>3</sup>

A análise descritiva e inferencial dos dados obtidos foi realizada utilizando o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®). Para análise estatística descritiva foram calculadas as frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas e as medidas de dispersão e de tendência central para as variáveis quantitativas. O teste de *Kolmogorov-Smirnov* foi usado para testar a normalidade da distribuição das variáveis quantitativas.

De forma a verificar a associação entre a idade dos utentes, o valor de T-score da densitometria e o valor de FRAX com inércia terapêutica antiosteoporótica foi utilizado o teste *t* para amostras independentes ou teste *Mann-Whitney* (para variáveis não paramétricas). Também foi utilizado o teste Qui-quadrado para verificar a

associação de presença de fratura com inércia terapêutica. Para atribuição de significado estatístico considerou-se alfa de 5%.

Obteve-se parecer favorável da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte.

## RESULTADOS

A amostra final incluiu 217 utentes, após aplicação dos critérios de exclusão, com uma mediana de idades de 73 anos. Da amostra, 72,4% utentes estavam sob tratamento antiosteoporótico, sendo os bifosfonatos o tratamento mais utilizado (Tabela 2). Verificou-se inércia terapêutica em 17,5% ( $n=38$ ) das utentes. Houve um total de 40 fraturas em 36 utentes, descritas na Tabela 3. Quando analisado apenas o grupo das utentes codificadas com fraturas verificou-se uma inércia terapêutica de 48,6% ( $n=18$ ) e uma associação com significado estatístico entre os dois grupos ( $p<0,001$ ).

A mediana de idade das doentes foi superior no grupo da inércia terapêutica, com significado estatístico ( $p<0,008$ ) (Tabela 4). De forma semelhante, o valor de FRAX@Port para fratura osteoporótica major ( $p<0,001$ ) e fratura da anca ( $p<0,001$ ), calculado para toda a amostra, foi superior no grupo da inércia terapêutica com significado estatístico (Tabela 4). Da amostra obtida, 57,6% ( $n=125$ ) tinham registo de osteodensitometria com valores de T-score prévios à iniciação de terapêutica antiosteoporótica. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa dos valores de T-score da coluna lombar ( $p=0,30$ ) e do colo do fêmur ( $p=0,83$ ) entre o grupo da inércia e não inércia terapêutica (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

No presente estudo foi apurada inércia terapêutica baixa nas mulheres pós-menopáusicas diagnosticadas com OP na USF GO, o que demonstra a proatividade da equipa médica na introdução de medicação aquando de um novo diagnóstico de OP. A bibliografia aponta para inércia terapêutica alta após uma fratura de fragilidade osteoporótica, tanto a nível nacional como internacional.<sup>5-7</sup> Apesar dos resultados da investigação serem mais otimistas em relação à bibliografia disponível, a inércia terapêutica apresenta um incremento de cerca de 30% quando avaliado apenas o grupo de mulheres com OP complicada por fratura. Assim, é



TABELA 2. Descrição da amostra (idade e medicação antiosteoporótica)

Idade (anos) (med [Q1;Q3])	73 [67;78,2]	
Medicação antiosteoporótica (n (%))	Sim	157 (72,4)
		Bifosfonato
	Ranelato de estrôncio	2 (1,3)
	Denosumab	3 (1,9)
	Raloxifeno	12 (7,5)
	Não	55 (25,3)
Recusa	5 (2,3)	

Legenda: med [Q1;Q3] = mediana [quartil25;quartil75].

TABELA 3. Análise das fraturas (local anatómico e prevalência na amostra)

Fraturas	n (%)
Vértebras	12 (30)
Rádio	10 (25)
Fémur	9 (22,5)
Costela	4 (10)
Úmero	3 (7,5)
Outra (Rótula e Peróneo)	2 (5)
Total	40

relevante a apresentação dos resultados à equipa de saúde da USF GO, no sentido de os sensibilizar para a

temática, melhorando a prestação de cuidados.

A idade mais elevada no grupo da inércia terapêutica pode ser explicada por uma perceção do médico de família de que a esperança média de vida expectável pode não justificar a introdução de medicação antiosteoporótica. Um outro motivo plausível é a presença de multimorbilidade e polifarmácia nas faixas etárias superiores, o que limita o tempo e a disponibilidade na consulta para abordar a

OP quando existem outros problemas de saúde que requerem atenção mais imediata. Neste aspeto, a bibliografia é discordante entre as diferentes fontes.<sup>8,11</sup>

Contrariamente ao esperado, verificou-se maior inércia terapêutica nas mulheres com um valor superior no cálculo de risco de fratura através do FRAX@Port. Estes achados podem ser fundamentados pela utilização reduzida desta ferramenta de decisão na prática clínica diária, apesar do relatório SCOPE colocar Portugal em 8.º lugar a nível europeu em termos do número de sessões *online* na plataforma FRAX.<sup>12</sup> Um possível estudo subsequente será analisar a utilização da ferramenta FRAX pelos médicos dos utentes avaliados no presente estudo. O facto de o risco calculado no FRAX@Port aumentar com a idade e com a história prévia de fratura pode influenciar este resultado, uma vez

TABELA 4. Comparação da idade, valores de T-score e FRAX@Port no grupo da inércia vs não inércia terapêutica

	Inércia terapêutica	Não Inércia terapêutica	Valor de p
Idade (anos) (n=217), med[Q1;Q3]	77,5[69,7;82]	73,0[66;78]	<0,008 <sup>a</sup>
T-score CL (σ) (n=125), (média±σ)	2,45±1,1	2,71±0,8	0,30 <sup>b</sup>
T-score CF (σ) (n=125), (média±σ)	2,07±1,1	2,02±0,9	0,83 <sup>b</sup>
FRAX@Port FOM (n=217), med[Q1;Q3]	16,5[11,0;20,5]	9,65[6,4;14,0]	<0,001 <sup>a</sup>
FRAX@Port FA (n=217), med[Q1;Q3]	7,6[1,2;3,5]	3,3[1,7;6,3]	<0,001 <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Teste de Mann-Whitney.

<sup>b</sup> Teste t para amostras independentes.

Legenda: med [Q1;Q3] = mediana [quartil25;quartil75]; σ = desvio-padrão; CL = Coluna lombar; CF = Colo do fémur; FOM = Fratura osteoporótica major; FA = Fratura anca.



que também se verificou que ocorre maior inércia terapêutica nestes grupos.

Os bifosfonatos orais foram os fármacos antiosteoporóticos mais utilizados, o que está de acordo com as recomendações e *guidelines* mais recentes.<sup>3</sup> O uso dos bifosfonatos está contraindicado em taxas de filtração glomerular <30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>; apesar de já existirem alternativas, não foi estudada a possibilidade desta contraindicação contribuir para os valores de inércia terapêutica.

Tendo em conta a escassez de dados semelhantes na literatura científica nacional, os resultados apresentados no presente estudo são de extrema relevância. Uma das possíveis limitações deste trabalho é o facto de se tratar de um estudo monocêntrico, o que dificulta a generalização dos resultados. Ademais, existe um viés de seleção, pois a amostra apenas contempla as utentes diagnosticadas e codificadas com OP, o que pode ter contribuído para uma subvalorização da inércia terapêutica. De facto, muitos estudos demonstram que um dos fatores que mais contribui para a inércia terapêutica na OP é o seu subdiagnóstico.<sup>7,13</sup>

Outra das limitações do estudo foi o viés de informação, dado que os dados foram colhidos por consulta do processo clínico eletrónico. Alguns parâmetros, como a história familiar de fraturas da anca e o mecanismo de fratura, não estão facilmente disponíveis no SClínico® e verificou-se ausência dos valores de T-score em alguns registos. Este viés foi colmatado com a exclusão dos casos em que o mecanismo de fratura era desconhecido após avaliação dos registos do médico de família e do episódio no serviço de urgência. Pelo mesmo motivo foram incluídas apenas as mulheres a partir dos 55 anos, pelo facto de que a informação da idade da menopausa não está facilmente disponível e por vezes não é atualizada precocemente no SClínico®. Desta forma, garantiu-se, com grande probabilidade, que todas as mulheres da amostra se encontram na menopausa. A exclusão de utentes sem consulta presencial ou via telefónica após fatura e aquelas de que resultou dependência moderada a grave é fundamentada com a falta de oportunidade ou benefício clínico na introdução de medicação, não se podendo considerar situações de inércia terapêutica. A inércia terapêutica definida no estudo abrange a ausência de introdução de medicação antiosteoporótica nos doentes de alto risco ou no primeiro ano após fratura, sendo que outras dimensões como a duração do tratamento, a im-

plementação do *drug holiday* dos bifosfonatos e a vigilância da eficiência do tratamento não foram avaliadas, o que pode representar uma limitação. Ainda assim, os resultados apresentados podem ser sobreponíveis à realidade noutras unidades de saúde e demonstram a necessidade de aumentar a formação nesta área, de forma a proporcionar os melhores cuidados aos utentes e reduzir a morbimortalidade associada a esta patologia.

## CONCLUSÃO

O médico de família tem uma posição privilegiada na implementação de terapêutica antiosteoporótica e diminuição da inércia terapêutica. O tratamento da OP está a ser implementado adequadamente e segundo a evidência mais atual na maioria das mulheres diagnosticadas com esta doença na unidade estudada, traduzindo uma baixa inércia terapêutica. É necessária maior sensibilização das equipas de saúde para o tratamento da OP complicada de fratura e das mulheres em idade mais avançada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Branco JC, Rodrigues AM, Gouveia N, Eusébio M, Ramiro S, Machado PM, et al. Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt – a national health survey. *RMD Open*. 2016;2(1):e000166.
2. Faienza MF, Ventura A, Marzano F, Cavallo L. Postmenopausal osteoporosis: the role of immune system cells. *Clin Dev Immunol*. 2013;2013:575936.
3. Rodrigues AM, Canhão H, Marques A, Ambrósio C, Borges J, Coelho P, et al. Portuguese recommendations for the prevention, diagnosis and management of primary osteoporosis: 2018 update. *Acta Reumatol Port*. 2018;43 Suppl:123-44.
4. Marques A, Rodrigues AM, Romeu JC, Ruano A, Barbosa AP, Simões E, et al. Recomendações multidisciplinares portuguesas sobre o pedido de DXA e indicação de tratamento de prevenção das fraturas de fragilidade [Portuguese recommendations for ordering bone densitometry measurement and indications for treatment to prevent osteoporotic fractures]. *Rev Port Med Geral Fam*. 2016;32(6):425-41. Portuguese
5. Pedrosa VT, Pinto BO, Baptista Leite R, Guimarães MC, Araújo FC. Undertreatment of hip fragility fractures in the primary care setting: a 5-year nationwide perspective from Portugal. In: WCO IOF-ESCEO virtual congress, August 26-28, 2021. poster 616.
6. Torres CI. Prescrição de fármacos antiosteoporóticos e fatores que motivam a prescrição um ano após fratura da anca [dissertation]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2015. Available from: <https://hdl.handle.net/10316/30667>
7. McCloskey E, Rathi J, Heijmans S, Blagden M, Cortet B, Czerwinski E, et al. The osteoporosis treatment gap in patients at risk of fracture in



- European primary care: a multi-country cross-sectional observational study. *Osteoporos Int.* 2021;32(2):251-9.
8. Iconaru L, Smeys C, Baleanu F, Kinnard V, Moreau M, Cappelle S, et al. Osteoporosis treatment gap in a prospective cohort of volunteer women. *Osteoporos Int.* 2020;31(7):1377-82.
  9. Naik-Panvelkar P, Norman S, Elgebaly Z, Elliott J, Pollack A, Thistlethwaite J, et al. Osteoporosis management in Australian general practice: an analysis of current osteoporosis treatment patterns and gaps in practice. *BMC Fam Pract.* 2020;21(1):32.
  10. Alami S, Hervouet L, Poiraudou S, Briot K, Roux C. Barriers to effective postmenopausal osteoporosis treatment: a qualitative study of patients' and practitioners' views. *PLoS One.* 2016;11(6):e0158365.
  11. Elliott-Rudder M, Harding C, McGirr J, Seal A, Pilotto L. Using electronic medical records to assess the rate of treatment for osteoporosis in Australia. *Aust Fam Physician.* 2017;46(7):508-12.
  12. Willers C, Norton N, Harvey NC, Jacobson T, Johansson H, Lorentzon M, et al. Osteoporosis in Europe: a compendium of country-specific reports. *Arch Osteoporos.* 2022;17(1):23.
  13. El Miedany Y, El Gaafary M, Gadallah N, Mahran S, Fathi N, Abu-Zaid MH, et al. Osteoporosis treatment gap in patients at risk of fracture in Egypt: a multi-center, cross-sectional observational study. *Arch Osteoporos.* 2023;18(1):58.

#### CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, MCS e CO; metodologia, MCS, NL e CO; análise formal, MCS, NL e CO; investigação, MCS, AC, CO, MH, AP, RC, MJG, IM, NL, HS e IB; redação do *draft* original, MCS, AC, CO, MH, AP, RC, MJG, IM, NL, HS e IB; revisão, edição e validação do texto final, MCS, CO, AC, NL e MH.

#### CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

#### FINANCIAMENTO

Os autores declaram que o presente trabalho ganhou o prêmio de bolsa de investigação APMGF/AICIB 2022.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Mariana Cruz da Silva

E-mail: cruzdasilva.mariana@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5226-8525>

Recebido em 27-12-2023

Aceite para publicação em 26-06-2024

## ABSTRACT

### THERAPEUTIC INERTIA IN OSTEOPOROSIS IN POSTMENOPAUSAL WOMEN

**Introduction:** Osteoporosis (OP) is the most frequent metabolic bone disease, associated with fragility fractures and increased morbimortality. Despite population aging, there has been a downward trend in the implementation of anti-osteoporotic therapy.

**Objectives:** To determine the therapeutic inertia in OP in postmenopausal women in primary health care. Verify whether age, T-score, the FRAX value, and anti-osteoporotic therapeutic inertia are associated.

**Methods:** Cross-sectional observational study. Inclusion criteria: women aged between 55 and 85 coded with OP (ICPC-2 – L95) or fractures (ICPC-2 – L72-76) in the list of problems. A simple random sample was selected. Therapeutic inertia was defined based on the Portuguese Society of Rheumatology recommendations.

**Results:** A sample of 217 patients was obtained. Therapeutic inertia was found in 17.5% of women, which increased to 48.6% in those who suffered fractures ( $p < 0.001$ ). There was a statistically significant difference between the ages of patients with and without therapeutic inertia (77.5 vs 73.0,  $p < 0.010$ ). The median FRAX for major osteoporotic fracture (16.5 vs 9.65,  $p < 0.001$ ) and hip fracture (7.6 vs 3.3,  $p < 0.001$ ) was higher in the group with therapeutic inertia. The difference between T-score values for the lumbar spine (2.45 vs 2.71) and the femoral neck (2.07 vs 2.02) did not reach statistical significance ( $p = 0.299$ ).

**Conclusion:** This study highlights the application of the most recent national guidelines regarding osteoporosis treatment in the studied health care unit, but underlines the need for broader intervention in osteoporosis-related fractures and at older ages.

**Keywords:** Osteoporosis; Therapeutic inertia; Primary health care.