

7.4.2. Vitamina D

Seu uso está contra-indicado em casos de hipersensibilidade conhecida à droga e de hipercalcemia. Cautela deve ser tomada em pacientes portadores de patologias cardíacas, principalmente arritmias, nos quais hipercalcemia pode causar descompensação da doença. Insuficiência renal pode ser exacerbada por hipercalcemia persistente. Portadores de insuficiência hepática podem ter a absorção da vitamina prejudicada, assim como a sua 25-hidroilação a calcitriol. Em pacientes com hiperfosfatemia pode ocorrer calcificação metastática¹⁴.

7.4.3. Bisfosfonados

Seu uso está contra-indicado em casos de hipersensibilidade, doença esofágica (acalásia, estenose), impossibilidade de o paciente se manter em ortostatismo por pelo menos 30 minutos para uso oral, depuração da creatinina endógena abaixo de 35 e hipocalcemia (deve ser corrigida antes do início do tratamento)¹⁴. Cautela deve ser tomada na presença de história de hipoparatiroidismo ou risco de hipocalcemia e problemas gastrointestinais altos, como doença péptica, esofagite e disfagia¹⁴.

7.4.4. Raloxifeno

Seu uso está contra-indicado em pacientes com história de hipersensibilidade à droga, pré-menopáusicas, gestantes ou com doença trombo-embólica ativa. Também não deve ser adicionado em usuárias de terapia de reposição hormonal¹⁴.

7.4.5. Calcitonina

Seu uso está contra-indicado em casos de hipersensibilidade conhecida à droga. Cautela é recomendada em situações de risco de hipocalcemia pela possibilidade de tetania hipocalcêmica. Resistência ao uso da medicação pode ocorrer pela formação de anticorpos¹⁴.

7.5. Tempo de Tratamento e Critérios de Interrupção

O benefício comprovado do tratamento, para o bisfosfonado alendronato, é de 7 anos, porém não há motivos para supor que ele não se prolongue. Para calcitonina os benefícios estão estabelecidos até 5 anos e, para o raloxifeno, até 4 anos. O critérios de interrupção são estabelecidos no item Monitorização (item 8).

8. MONITORIZAÇÃO

A densitometria óssea da coluna lombar e do fêmur proximal pode ser repetida anualmente nos primeiros 2 anos, de preferência no mesmo aparelho e em serviço que mantenha controle de qualidade técnica. Nos indivíduos com fraturas ou alterações degenerativas lombares e nos idosos, devem-se valorizar as medidas do colo do fêmur e fêmur proximal total para estimar a eficiência do tratamento.

- Densitometria ao final do primeiro ano:
 - igual ou melhor que a basal: manter tratamento e repetir o exame a cada 2 anos;
 - pior que a basal (com redução significativa do escore): manter tratamento e repetir o exame em 1 ano.
- Densitometria ao final do segundo ano:
 - igual ou melhor que uma das anteriores: manter tratamento e repetir o exame a cada 2 anos;
 - pior que as duas anteriores (com redução significativa do escore): considerar falha terapêutica e suspender o tratamento;

Recomenda-se a realização de raios X da coluna vertebral torácica, no mínimo em perfil, antes do início do tratamento e após o primeiro ano nos pacientes com osteoporose estabelecida. Havendo diminuição das alturas vertebrais, mesmo por fraturas assintomáticas, reconsiderar a eficácia do tratamento empregado.

Os marcadores de resorção (telopectídeos) e/ou de formação óssea (fosfatase alcalina



óssea e osteocalcina), apesar de extensamente estudados, apresentam resultados conflitantes². Atualmente não norteiam nenhuma conduta, desta forma não se faz necessário sua monitorização.

Monitorização da calciúria deve ser realizada a cada 6 meses. Caso alterada (abaixo de 50mg/24 horas), pode indicar falta da ingestão de cálcio, má absorção intestinal ou resistência à vitamina D; caso acima de 4 mg/kg do peso/24 horas, indica hipercalciúria, e as doses de cálcio e vitamina D devem ser reduzidas. Avaliação da calcemia e da função renal é recomendada anualmente e/ou nas situações de alteração da calciúria.

8.1. Monitorização de Efeitos Adversos

Dentre os vários efeitos adversos dos fármacos utilizados no tratamento da osteoporose, alguns merecem atenção especial.

8.1.1. Carbonato de Cálcio

Os pacientes devem ter nível sérico e excreção urinária de cálcio monitorizadas; nefrolitíase pode advir de hipercalcemia¹⁴.

8.1.2. Vitamina D

Recomenda-se a avaliação periódica de calcemia e calciúria. Nos pacientes com perda de função renal, a fosfatemia deve ser avaliada, e o produto cálcio-fósforo não deve ultrapassar 6 mmol/l¹⁴ ou 70 mg/dl.

8.1.3. Bisfosfonados

Todos os pacientes devem fazer avaliação anual da função renal e ser questionados quanto aos sintomas gastrointestinais^{6,14}.

8.1.4. Raloxifeno

Os principais efeitos colaterais são dores e câibras nos membros inferiores e tromboflebites. Recomenda-se a avaliação periódica de perfil lipídico, hemograma e bioquímica de sangue¹⁴.

8.1.5. Calcitonina

Recomenda-se avaliação nasal se o uso do spray nasal resultar em fenômenos alérgicos, já que se trata de uma proteína exógena¹⁴.

9. CONSENTIMENTO INFORMADO

É obrigatória a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso dos medicamentos preconizados neste Protocolo, o que deverá ser formalizado por meio da assinatura de Termo de Consentimento Informado.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. WHO Technical Report Series – 843, Geneva, 1994
2. NIH Consensus Development Panel. Osteoporosis Prevention, Diagnosis and Therapy. JAMA 2001;285:785-95.
3. Eastell R. Treatment of Postmenopausal osteoporosis. N Engl J Med 1998;338:736-46.
4. Physician's Guide to prevention and treatment of osteoporosis National Osteoporosis Foundation, 1998 Washington, D.C.,USA
5. Siris ES, Miller PD, Barret-Connor E, Faulkner KG, Wehren LE, Abbott TA, et al Identification and fracture outcomes of undiagnosed low bone mineral density in postmenopausal women. Results from the National Osteoporosis Risk Assessment JAMA 2001; 286:2815-22.
6. Looker AC, Orwoll ES, Johnston, CC Jr, Lindsay RL, Wahner HW, Dunn WL, et al. Prevalence of low femoral bone density in older U.S. adults from the NHANES III. J Bone Miner Res 1997;12:1761-8.
7. Lindsay, R. Silverman, SL. Cooper C. et al Risk of new vertebral fracture in year following a fracture JAMA 2001;285(3):320-323
8. Van Staa TP, Leufkens HGM, Abenhaim L, Zhang B Cooper C Use of oral corticosteroids and risk of fractures. J Bone Miner Res 2000;15: 993-1000
9. Addinoff AD, Hollister JR. Steroid-induced fractures na dbone loss in patients with asthma. N Engl J Med 1983; 309: 265-8
10. Michel BA, Bloch DA, Wolfe F, Fries JF Fractures in Rheumatoid Arthritis: na evaluation of of associated risk factors. J Rheumatol 1993; 20: 1666-9
11. Manolagas SC, Weinstein RS New developments in the pathogenesis and treatment of steroid-induced osteoporosis. J Bone Miner Res 1999; 14: 1061-1066
12. Recommendations for the prevention and treatment of Glucocorticoid-induced Osteoporosis -2001 update American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Glucocorticoid-Induced Osteoporosis. Arthritis Rheumat 2001;44:1496-1503