

Farmacêutico clínico na revisão da terapia medicamentosa do paciente com doença renal crônica

Autores:

Douglas Nuernberg de Matos

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Samantha Zamberlan Leyraud

Especialista em Farmacologia e Toxicologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul

DOI: 10.58203/Licuri.21267

Como citar este capítulo:

MATOS, Douglas Nuernberg; LEYRAUD, Samantha Zamberlan. Farmacêutico clínico na revisão da terapia medicamentosa do paciente com doença renal crônica. In: SILVA, Taísa Kelly Pereira (Org.). **Mente e corpo: uma jornada interdisciplinar em Ciências da Saúde**. Campina Grande: Licuri, 2023, p. 79-85.

ISBN: 978-65-85562-12-6

Resumo

A revisão da farmacoterapia é o processo pelo qual o regime medicamentoso do paciente é avaliado, entre outras coisas, por sua adequação e segurança, e requer conhecimentos avançados de farmácia clínica para avaliar o uso de medicamentos pelo paciente no seu contexto pessoal, incluindo comorbidades, letramento e numeramento além das características sociodemográficas. Assim, o objetivo desta revisão é explorar as maneiras mais adequadas para que o farmacêutico possa, juntamente com a equipe multiprofissional, garantir a segurança no uso dos medicamentos do paciente com doença renal crônica. O profissional poderá atualizar o prontuário do paciente ou descrever os medicamentos em outro tipo de sistema, informatizado ou não, e remeter a demanda de revisão da terapia medicamentosa para o farmacêutico clínico responsável. Para este serviço farmacêutico, é necessário levar em consideração a necessidade de envolver, além do paciente, familiares e/ou cuidadores a fim de buscar garantir o uso adequado dos medicamentos. A revisão da terapia medicamentosa é um passo fundamental na resolução de problemas relacionados a medicamentos dos pacientes com doença renal crônica.

Palavras-chave: Revisão da farmacoterapia. Hemodiálise. conciliação medicamentosa. farmácia clínica.

INTRODUÇÃO

A revisão da farmacoterapia é o processo pelo qual o regime medicamentoso do paciente é avaliado, entre outras coisas, por sua adequação e segurança, e requer conhecimentos avançados de farmácia clínica para avaliar o uso de medicamentos pelo paciente no seu contexto pessoal, incluindo comorbidades, letramento e numeramento além das características sociodemográficas. Mais informações especificamente sobre este processo podem ser obtidas na publicação do Conselho Federal de Farmácia (2016).

Este rol de serviços, quando prestados por farmacêuticos bem treinados, tem como resultado a: revisão de todos os medicamentos prescritos por todos os prescritores envolvidos no cuidado; revisão de todos os medicamentos isentos de prescrição, fitoterápicos ou produtos derivados de plantas; educação focada sobre os medicamentos e produtos que usa e; criação de um ambiente colaborativo entre o paciente, a equipe médica, o farmacêutico e os demais profissionais da saúde que atuam no cuidado.

Os pacientes portadores de doença renal crônica, especialmente os dialíticos, possuem esquemas medicamentosos complexos, variando de 10 a 12 medicamentos prescritos, com 17 a 25 doses necessárias diariamente, além de serem acompanhados por vários médicos, em diferentes pontos do sistema de atenção à saúde. Além disso, os pacientes em diálise têm aproximadamente duas hospitalizações anuais (MANLEY *et al.*, 2005; PAI *et al.*, 2013).

Diante do exposto, o objetivo desta revisão é explorar as maneiras mais adequadas para que o farmacêutico possa, juntamente com a equipe multiprofissional, garantir a segurança no uso dos medicamentos do paciente com doença renal crônica.

FOCO EM RESOLVER PROBLEMAS RELACIONADOS A MEDICAMENTOS

Nas transições de cuidado, por exemplo, quando o paciente é hospitalizado em uma unidade de internação clínica e precisa ir para uma unidade de tratamento intensivo, ou ainda sua unidade/clínica de diálise é alterada, alterações na terapia medicamentosa são comuns e podem levar a uma confusão para o paciente no que diz respeito ao seu tratamento medicamentoso quando da alta, por não saber quais medicamentos foram

iniciados, quais foram substituídos e quais foram suspensos e por quanto tempo a terapia permanecerá daquela forma (FRAMENT; HALL; MANLEY, 2020; PAI *et al.*, 2013).

Revisões sistemáticas da terapia medicamentosa do paciente dialítico encontram, em média, 4 problemas relacionados medicamentos que poderiam ter sido detectados e manejados no processo de gerenciamento da terapia medicamentosa (MANLEY *et al.*, 2005).

Segundo Stranges *et al.* (2020), o processo de gerenciamento da terapia medicamentosa, tradução livre do inglês para *Comprehensive Medication Management* (CMM), utilizado, por exemplo, na publicação de Santos *et al.* (2019), e que encontra grande semelhança com o processo de *Medication Therapy Management* (MTM) descrito por Frament, Hall e Manley (2020), pode ser definido como uma variedade de serviços providos aos pacientes individualmente a fim de otimizar os desfechos terapêuticos, detectando e prevenindo problemas relacionados a medicamentos e ajudando-os a obterem o maior benefício possível dos seus medicamentos.

Na revisão da terapia medicamentosa, o objetivo do farmacêutico é identificar e resolver os problemas relacionados a medicamentos, o que pode incluir, por exemplo, medicamentos que não estejam sendo utilizados adequadamente, medicamentos duplicados, interações medicamentosas indesejadas, medicamentos desnecessários e a necessidade de inclusão de algum medicamento para uma condição que esteja presente e não esteja sendo tratada ou esteja sendo tratada inapropriadamente (STRANGES *et al.*, 2020).

Para este serviço farmacêutico, é necessário levar em consideração a necessidade de envolver, além do paciente, familiares e/ou cuidadores a fim de buscar garantir o uso adequado dos medicamentos (STRANGES *et al.*, 2020).

Esta condição é especialmente prevalente nos pacientes com doença renal crônica, uma vez que os familiares ou cuidadores se envolvem em atividades essenciais do cuidado, como a administração de medicamentos, colaborando para adesão ao tratamento, monitorando as atividades do dia-a-dia e o tratamento que está sendo oferecido, se envolvendo com o transporte deste paciente de e para a clínica de diálise, comparecendo com o paciente nas consultas, colaborando no monitoramento da saúde do paciente, buscando garantir o acesso do paciente a direitos estabelecidos na legislação e oferecendo suporte emocional (DEPASQUALE *et al.*, 2019; HOANG; GREEN; BONNER, 2018; NATIONAL INSTITUTE OF DIABETES AND DIGESTIVE AND KIDNEY DISEASES, 2018).

COMO ENVOLVER OS PROFISSIONAIS NÃO FARMACÊUTICOS?

Uma das maneiras de realizar o processo de gerenciamento da terapia medicamentosa, quando realizado de forma multidisciplinar, pode iniciar com a atuação do enfermeiro ou outro profissional treinado, realizando a reconciliação dos medicamentos, através de uma entrevista para comparação simples da lista de medicamentos prescritos no prontuário, sumários/prescrição de alta, tabelas de organização fornecidas previamente versus utilizados em casa (PAI *et al.*, 2013).

Haja vista a complexidade da farmacoterapia dos pacientes dialíticos e as frequentes visitas a médicos tanto da atenção primária quanto dos demais níveis de atenção, perguntar sobre alterações na terapia medicamentosa a cada sessão de diálise por um dos membros da equipe que atende o paciente neste centro, independente de sua função, é uma prática que favorece a segurança do paciente (PAI *et al.*, 2013).

O profissional poderá atualizar o prontuário do paciente ou descrever os medicamentos em outro tipo de sistema, informatizado ou não, e remeter a demanda de revisão da terapia medicamentosa para o farmacêutico clínico responsável.

Para PAI *et al.* (2013), é importante notar que há uma diferença entre reconciliação e a revisão da farmacoterapia, que está dentro do processo de gerenciamento da terapia medicamentosa. Considerando que a reconciliação medicamentosa é o processo pelo qual se obtém uma lista precisa dos medicamentos utilizados pelo paciente, esta é uma etapa preparatória para a revisão da farmacoterapia (ST. PETER, 2010).

A farmacoterapia tem um caráter multiprofissional intrínseco, uma vez que envolve diferentes profissionais direta ou indiretamente no cuidado ao paciente. Dessa maneira, todos devem observar e minimizar as possíveis falhas no processo, visando garantir a segurança do paciente e a manutenção das boas práticas assistenciais (BERDOT *et al.*, 2016).

Na prática, não é só o farmacêutico o responsável por essa atividade. A comunicação entre a equipe multiprofissional é fundamental para que a reconciliação de medicamentos ocorra, pois, além dos farmacêuticos, médicos e toda a equipe de enfermagem atuam diretamente na terapia medicamentosa como responsáveis pela prescrição, dispensação, administração de medicamentos, monitoramento e educação dos pacientes durante a internação hospitalar (LINDENMEYER; GOULART; HEGELE, 2013).

A equipe multidisciplinar deve trabalhar para obter uma única lista de medicamentos a ser adequadamente registrada e obtida por meio de entrevista com o paciente no momento da admissão hospitalar, transferências ou alta, sendo esta uma das atribuições clínicas do profissional farmacêutico (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013). Dessa forma, eliminam-se as dúvidas geradas por listas obtidas pelos vários profissionais da equipe em diferentes momentos. Entrevistas realizadas por mais de um profissional e sem a devida comunicação e registro podem gerar insegurança e incômodo ao paciente, pela necessidade de repetir informações já fornecidas, podendo resultar em divergência entre as informações obtidas pelas diferentes fontes (FRIZON *et al.*, 2014).

O FARMACÊUTICO DEVE REVISAR A FARMACOTERAPIA

O paciente pode ser orientado também a utilizar uma tabela para conseguir manter seguimento da sua terapia medicamentosa através do registro periódico de cada um dos medicamentos em uso, conforme sugestão do *Food and Drug Administration* (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, 2013) e mostrar esta tabela a um profissional da equipe de saúde da unidade de diálise quando houver alteração.

Uma reconciliação medicamentosa completa deve ocorrer periodicamente (por exemplo, mensalmente ou a bimestralmente) mas, no mínimo, a cada plano de cuidado a curto prazo e após transições de cuidado relevantes (PAI *et al.*, 2013).

No sistema de saúde americano, diferentemente do brasileiro, há regulação para que a reconciliação medicamentosa seja realizada periodicamente nesta população, sendo este um requisito de qualidade a ser cumprido pela unidade de diálise, e que repercute no financiamento público da clínica (FRAMENT; HALL; MANLEY, 2020).

A recomendação é de que a conciliação medicamentosa seja realizada dentro de 30 dias desde a admissão do paciente na unidade/clínica de diálise, pelo menos uma vez ao ano para pacientes estáveis e pelo menos mensalmente para pacientes instáveis. Os pacientes instáveis são definidos como aqueles que tiveram internação por mais de 15 dias, possuem hospitalizações frequentes (mais de três em 30 dias), cujo estado de saúde foi notavelmente deteriorado recentemente, houve mudança significativa nas suas necessidades psicossociais, com estado nutricional ruim, com anemia não manejada ou diálise inadequada (FRAMENT; HALL; MANLEY, 2020).

Pai *et al.* (2013) sugere que barreiras para que a reconciliação medicamentosa seja realizada adequadamente podem ser a falta de treinamento de pessoal sobre a importância desta ação e treinamento para sua execução, falta de interface ou interface ruim entre os registros eletrônicos dos centros de atendimento do paciente, como unidades de diálise, hospitais e outros, além da ausência de farmacêutico clínico atuando diretamente nas clínicas de diálise.

O farmacêutico, por sua vez, avalia o regime medicamentoso do paciente em relação a adequação da terapia e a segurança. Para tal avaliação, é fundamental que o farmacêutico tenha amplo acesso a bases de dados confiáveis para consulta, bem como o acesso às informações do prontuário, tais como os medicamentos prescritos atualmente, evoluções das consultas, sessões de diálise e internações anteriores, resultados de exames laboratoriais, sumário de altas prévias e prescrições médicas fornecidas no contexto da alta (FRAMENT; HALL; MANLEY, 2020).

O total de revisões necessárias para o manejo adequado da terapia medicamentosa do paciente varia de paciente para paciente e vai, em última instância, depender da complexidade da terapia medicamentosa e dos problemas relacionados a medicamentos existentes.

Idealmente a interação presencial entre o farmacêutico e o paciente deverá ser presencial, pois esta abordagem favorece a observação de sinais visuais que podem significar problemas relacionados a medicamentos ou outros problemas de saúde, como letargia, alopecia, efeitos extrapiramidais, icterícia ou desorientação, além de fortalecer a relação entre o farmacêutico e o paciente (BURNS, 2008).

CONCLUSÕES

A revisão da terapia medicamentosa é um passo fundamental na resolução de problemas relacionados a medicamentos dos pacientes com doença renal crônica. Fica claro, com esta revisão, de que a equipe multiprofissional é fundamental na coleta das informações e que o farmacêutico é o profissional habilitado e capaz de fazer a revisão da farmacoterapia destes pacientes.

REFERÊNCIAS

BERDOT, S. *et al.* Interventions to reduce nurses' medication administration errors in inpatient settings: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Nursing Studies**, [s. l.], v. 53, p. 342-350, 2016.

BURNS, A. Medication therapy management in pharmacy practice: Core elements of an MTM service model (version 2.0). **Journal of the American Pharmacists Association**, [s. l.], v. 48, n. 3, p. 341-353, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Resolução**, n. 585, 29 ago. 2013. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual**. 1. ed. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. *E-book*. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf. Acesso em: 8 abr. 2023.

DEPASQUALE, N. *et al.* Family Members' Experiences With Dialysis and Kidney Transplantation. **Kidney Medicine**, [s. l.], v. 1, n. 4, p. 171-179, 2019.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. My Medicine Record. *Em*: 2013. Disponível em: <https://www.fda.gov/drugs/resources-drugs/my-medicine-record>. Acesso em: 6 set. 2023.

FRAMENT, J.; HALL, R. K.; MANLEY, H. J. Medication Reconciliation: The Foundation of Medication Safety for Patients Requiring Dialysis. **American Journal of Kidney Diseases**, [s. l.], v. 76, n. 6, p. 868-876, 2020.

FRIZON, F. *et al.* Reconciliação de medicamentos em hospital universitário. **Reconciliação de medicamentos em hospital universitário**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 454-460, 2014.

HOANG, V. L.; GREEN, T.; BONNER, A. Informal caregivers' experiences of caring for people receiving dialysis: A mixed-methods systematic review: FAMILY SUPPORT, DIALYSIS, SYSTEMATIC REVIEW. **Journal of Renal Care**, [s. l.], v. 44, n. 2, p. 82-95, 2018.

LINDENMEYER, L. P.; GOULART, V. P.; HEGELE, V. Reconciliação medicamentosa como estratégia para a segurança do paciente oncológico - resultados de um estudo piloto. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**, [s. l.], v. 4, n. 4, p. 51-55, 2013.

MANLEY, H. J. *et al.* Medication-Related Problems in Ambulatory Hemodialysis Patients: A Pooled Analysis. **American Journal of Kidney Diseases**, [s. l.], v. 46, n. 4, p. 669-680, 2005.

NATIONAL INSTITUTE OF DIABETES AND DIGESTIVE AND KIDNEY DISEASES. Conservative Management for Kidney Failure. *Em*: jan. 2018. Disponível em: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/kidney-disease/kidney-failure/conservative-management>. Acesso em: 6 set. 2023.

PAI, A. B. *et al.* Medication Reconciliation and Therapy Management in Dialysis-Dependent Patients: Need for a Systematic Approach. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, [s. l.], v. 8, n. 11, p. 1988-1999, 2013.

SANTOS, C. O. D. *et al.* Reconciliação de medicamentos: processo de implantação em um complexo hospitalar com a utilização de sistema eletrônico. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 43, n. 121, p. 368-377, 2019.

ST. PETER, W. L. Improving Medication Safety in Chronic Kidney Disease Patients on Dialysis Through Medication Reconciliation. **Advances in Chronic Kidney Disease**, [s. l.], v. 17, n. 5, p. 413-419, 2010.

STRANGES, P. M. *et al.* Role of clinical pharmacists and pharmacy support personnel in transitions of care. **Jaccp: Journal Of The American College Of Clinical Pharmacy**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 532-545, 2020.