Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico da Guarda

SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

CARLOTA MARIA DE ALMEIDA PACHECO FERREIRA

TRABALHO REALIZADO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE LICENCIATURA EM FARMÁCIA

julho | 2014

Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico da Guarda

CURSO FARMÁCIA - 1º CICLO
4º ANO / 2º SEMESTRE

SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

CARLOTA MARIA DE ALMEIDA PACHECO FERREIRA

SUPERVISOR NO LOCAL DE ESTÁGIO: ANA RAQUEL VIDEIRA LOPES ANDRADE

PROFESSOR ORIENTADOR: ANDRÉ ARAÚJO

junho | 2014

SIGLAS

ESS-IPG – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda

H. pylori- *Helicobacter pylori*

HSM – Hospital Sousa Martins

IMC – Índice de Massa Corporal

PRM – Problemas Relacionados com os Medicamentos

RNM – Resultados Negativos da Medicação

SF – Seguimento Farmacoterapêutico

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1 - Classificação de PRM Segundo Consenso de Granada----------12

Tabela 2 – Informação revelada pelo doente sobre os problemas de saúde----------14

Tabela 3 – Informação revelada sobre a Domperidona 10 mg----------15

Tabela 4 – Medidas Antropométricas---------- 16

Tabela 5 – Parâmetros Bioquímicos em Jejum----------16

Tabela 6 – Dados Laboratoriais---------- -16

Tabela 7 – Medicamentos para a gastroenterite----------17

Tabela 8 – Problema de saúde sem medicamentos associados----------18

Tabela 9 – Problema de saúde sem medicamentos associados----------18

Tabela 10 – Avaliação do medicamento para o tratamento da gastroenterite---------- 20

Tabela 11 – Nova terapêutica derivada do resultado da intervenção---------- 21

Tabela 12 – Nova avaliação da terapêutica para a gastrite por *helicobacter pylori*-------22

Tabela 13 – Entrevistas Sucessivas----------25

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO **9**

1. MÉTODO DE DADDER **11**

1.1– OFERTA DO SERVIÇO 13

1.2– PRIMEIRA ENTREVISTA 13

1.2.1 – Fase de preocupações e problemas de saúde **14**

1.2.2 – Fase em que o doente expõe todos os medicamentos que utiliza **15**

1.2.3 – Fase de revisão **15**

1.3– ESTADO DA SITUAÇÃO 17

1.4– FASE DE ESTUDO 18

1.4.1 – Problemas de saúde **18**

1.4.2 – Medicação utilizada pelo doente **19**

1.5– FASE DE AVALIAÇÃO 20

1.6– FASE DE INTERVENÇÃO 20

1.7– RESULTADO DA INTERVENÇÃO 21

1.8– NOVO ESTADO DA SITUAÇÃO 21

1.8.1 – Nova fase de estudo **22**

2. CONCLUSÃO **26**

3. BIBLIOGRAFIA **27**

INTRODUÇÃO

Este Seguimento Farmacoterapêutico (SF) está inserido na Unidade Curricular de Estágio Profissional II do 4ºano/2ºsemestre do curso de licenciatura em Farmácia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda (ESS-IPG), tendo como principal objetivo complementar os conhecimentos do aluno realizando um acompanhamento farmacoterapêutico a um utente, de forma a melhorar a sua qualidade de vida e atenuar os seus problemas de saúde. Este SF foi supervisionado no local de estágio pela Dr.ª Vanina Nunes, farmacêutica da Farmácia Moderna da Guarda e como professor orientador, o professor André Araújo, docente na ESS-IPG.

Os medicamentos contribuíram para que a esperança de vida à nascença quase triplicasse nos últimos 100 anos. Contudo, os medicamentos nem sempre alcançam os objetivos terapêuticos a que se propõem e são, por vezes, causa de problemas de segurança. Estas "falhas" da farmacoterapia produzem resultados clínicos negativos e provocam elevados custos sociais. Uma adequada intervenção profissional no processo de uso dos medicamentos pode contribuir para reduzir a morbilidade e a mortalidade provocadas pelos medicamentos (1).

Atualmente define-se seguimento farmacoterapêutico (SF) como o serviço profissional que tem como objetivo detetar problemas relacionados com medicamentos (PRM), para prevenir e resolver os resultados negativos associados à medicação (RNM). Este serviço implica um compromisso e deve ser disponibilizado de um modo contínuo, sistemático e documentado, em colaboração com o doente e com os profissionais do sistema de saúde, com a finalidade de atingir resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do doente (2).

Para a realização deste SF foi seguido o Método Dádder, que é um procedimento operativo simples permitindo a realização do mesmo a qualquer doente, em qualquer âmbito assistencial, de forma sistematizada, continuada e documentada. A aplicação deste método permite registar, monitorizar e avaliar os efeitos da farmacoterapia utilizada por um doente, através de procedimentos simples e claros.

Desta forma, vão ser abordadas e descritas de forma sucinta as várias etapas sucessivas a que este trabalho se predispôs, nomeadamente a oferta do serviço ao utente, a primeira entrevista realizada, a avaliação do estado de situação do utente, o estudo dos problemas de

saúde e da medicação utilizada pelo utente, seguindo-se a fase de avaliação e por fim a fase de intervenção que dará origem a um novo estado de situação e a entrevistas sucessivas.

É pretendido com este trabalho que se desenvolvam capacidades e competências no que toca ao diálogo utente/profissional de farmácia, à ética e deontologia, capacidade de pesquisa de informação e ainda aperfeiçoar conhecimentos relacionados com a farmacologia e farmacoterapia.

1. MÉTODO DE DADDER

O Método Dádder de Seguimento Farmacoterapêutico foi desenhado pelo Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica, da Universidade de Granada, em 1999, com o objetivo inicial de fornecer ao profissional de farmácia uma ferramenta que lhe permitisse prevenir, identificar e resolver os Problemas Relacionados com Medicamentos.

De uma forma geral, existem fontes que defendem que é um método que se baseia na obtenção da história farmacoterapêutica do doente, isto é, os problemas de saúde que apresenta, os medicamentos que utiliza e a avaliação de seu estado de situação, numa determinada data, para identificar e resolver os possíveis problemas relacionados com os medicamentos (PRM) que o doente possa apresentar. Após esta identificação, realizam-se as intervenções farmacêuticas necessárias para resolver os PRM, avaliando-se posteriormente os resultados (3).

O conceito de PRM encontra-se definido no Segundo Consenso de Granada como um conjunto de problemas de saúde entendidos como resultados clínicos negativos, derivados do tratamento farmacológico que por diversas causas tem como consequência, o não alcance do objetivo terapêutico desejado ou o aparecimento de efeitos indesejáveis.

Assim, um PRM é uma variável de resultado clínico, uma falha do tratamento farmacológico que conduz ao aparecimento de um problema de saúde, a um mau controlo da doença ou a algum efeito indesejado. Estes PRM podem ser de três tipos: relacionados com a necessidade de medicamentos por parte do paciente, com sua efetividade ou segurança, tal como é apresentado na tabela 1 (4).

NECESSIDADE
PRM 1: O doente tem um problema de saúde por não utilizar a medicação que necessita.
PRM 2: O doente tem um problema de saúde por utilizar um medicamento que não necessita.
EFETIVIDADE
PRM 3: O doente tem um problema de saúde por uma inefetividade não quantitativa da medicação.
PRM 4: O doente tem um problema de saúde por uma inefetividade quantitativa da medicação.
SEGURANÇA
PRM 5: O doente tem um problema de saúde por uma insegurança não quantitativa de um medicamento.
PRM 6: O doente tem um problema de saúde por uma insegurança quantitativa de um medicamento.

Tabela 1 - Classificação de PRM Segundo Consenso de Granada

O Método de Dadder propõe um procedimento concreto, no qual se elabora um estado de situação objetivo do paciente. Deste, derivam-se as intervenções do profissional de farmácia correspondentes, nas quais cada profissional clínico conjuntamente com o paciente e seu médico decidem o que fazer em função dos conhecimentos e condições particulares que afetam cada caso (4).

Para sua concretização, o Método de Dadder exige as seguintes fases (3):

1.1. Oferta do Serviço;

1.2. Primeira Entrevista;

1.3. Estado da Situação;

1.4. Fase de Estudo;

1.5. Fase de Avaliação;

1.6. Fase de Intervenção;

1.7. Resultado da Intervenção;

1.8. Novo Estado de Situação;

1.9. Entrevistas Sucessivas.

1.1– OFERTA DO SERVIÇO

O SF inicia-se pela oferta do serviço por parte do profissional de farmácia, e é nesta fase que se deve explicar, de forma clara e concisa, a prestação dos cuidados de saúde que o doente vai receber: o que é, o que pretende e quais são as suas características principais, com o fim de incluir o doente no SF.

Esta oferta do serviço pode surgir por vários motivos, desde a suspeita do profissional de farmácia que possam existir problemas relacionados com os medicamentos, medição dos parâmetros fisiológicos ou bioquímicos e que se encontram anormais, consulta sobre algum problema de saúde, medicamento ou parâmetro fisiológico ou bioquímico até ao pedido feito pelo próprio doente.

Nesta etapa, é necessário abordar a pessoa e incentivá-la a ir a uma primeira entrevista, pedindo para trazer todos os medicamentos que toma no momento, bem como todos os documentos referentes à sua saúde que tenha em casa, para uma possível obtenção de informação objetiva e completa.

Este seguimento farmacoterapêutico foi iniciado no dia 30 de dezembro de 2013 aquando um individuo do sexo masculino de 43 anos, se dirigiu à Farmácia Moderna com episódios de desmaios, náuseas, vómitos, sensação de falta de ar e um batimento cardíaco muito acelerado. Neste primeiro contacto não foi evidente que pudesse existir um potencial PRM, pois o doente não estava a tomar quaisquer medicamentos na altura. O doente foi encaminhado no mesmo dia para o Hospital Sousa Martins (HSM) onde lhe foi diagnosticado uma gastroenterite. No dia seguinte o doente perante esta manifestação de preocupação relativa ao sucedido, voltou à Farmácia Moderna contar o sucedido e onde lhe foi dado a conhecer a existência do seguimento farmacoterapêutico na farmácia. Explicou-se ao doente o objetivo do serviço e os possíveis benefícios terapêuticos e informou-se que se trata de um serviço que se prolongará no tempo, o que irá requerer visitas periódicas à farmácia. Esclareceu-se no entanto que o doente pode abandonar livremente o serviço quando o desejar, sem prejuízo dos cuidados que sempre recebeu na farmácia.

Foi então agendada a primeira entrevista para o dia 2 de janeiro de 2014, pedindo ao doente para trazer toda a documentação e medicamentos prescritos referentes ao seu historial clinico.

1.2– PRIMEIRA ENTREVISTA

A primeira entrevista, tem como objetivo recolher a informação inicial sobre os problemas de saúde e os medicamentos do doente, permitindo assim, iniciar a história

farmacoterapêutica do mesmo. A primeira entrevista poderá também servir, para fornecer informações de interesse para o doente e, inclusivamente, para iniciar determinadas ações destinadas a resolver alguma situação indesejável para a sua saúde.

A estrutura da entrevista e o seu seguimento é distinguida em três importantes fases:

- Fase de preocupações e problemas de saúde;
- Fase em que o utente expõe todos os medicamentos que utiliza;
- Fase de revisão.

A entrevista foi iniciada à hora marcada do dia 2 de janeiro de 2014, num gabinete destinado a este serviço. O doente trazia todos os medicamentos e documentos relativos à sua saúde e foi recolhida toda a informação referente aos problemas de saúde, medicamentos e parâmetros do doente, registando-se o que se observou.

1.2.1 – Fase de preocupações e problemas de saúde

A finalidade desta fase é conseguir que o paciente expresse os problemas de saúde e os sintomas que mais lhe preocupam, como se encontra descrito na tabela 2.

PROBLEMAS DE SAÚDE	**DATA: 02.01.14**
Problema de saúde: Gastroenterite **Inicio:** dezembro 2013	**Problema de saúde:** Aperto na zona do diafragma **Inicio:** dezembro 2013
Gastroenterite diagnosticada no serviço de urgência do HSM, desde então o doente diz que nunca mais conseguiu comer determinados alimentos nem a quantidade que comia.	O doente queixa-se muitas vezes de sensação de aperto na zona do diafragma que só alivia se comer alguma coisa, ou se tomar um modificador da motilidade gástrica antes das refeições
Problema de saúde: Cansaço **Inicio:** dezembro 2013	
Desde o diagnóstico de gastroenterite o doente sente-se cansado o que o impede de trabalhar	
Outra informação relevante (alergias, intervenções cirúrgicas, outros antecedentes)	
O doente não fuma e bebe apenas socialmente, já fez uma cirurgia em consequência de uma peritonite, não tem alergia a alimentos mas tem alergia às gramíneas	

Tabela 2 – Informação revelada pelo doente sobre os problemas de saúde

1.2.2 – Fase em que o doente expõe todos os medicamentos que utiliza

O objetivo desta fase é a obtenção de toda a informação sobre a terapêutica medicamentosa, atual ou anterior, utilizada pelo doente, o grau de conhecimento deste sobre os medicamentos que toma e da sua adesão a essa mesma terapêutica, como fica descrito na tabela 3.

MEDICAMENTO	**DOMPERIDONA 10 mg**
ESTÁ A TOMÁ-LO?	Sim
PARA QUÊ?	Náuseas e sensação de aperto no diafragma.
ESTÁ MELHOR?	O doente refere que ao tomar este medicamento os alimentos já não lhe causam vómitos e não sente a sensação de aperto no diafragma.
DESDE QUANDO TOMA AO MEDICAMENTO?	dezembro de 2013.
POSOLOGIA	1comprimido 15min antes das refeições principais.
MODE DE USO E DE ADMINISTRAÇÃO	Toma corretamente porque reconhece o seu benefício no seu estado de saúde.
ALGO DE ESTRANHO?	O doente diz que se não tomar o medicamento fica mal disposto chegando mesmo a vomitar.
OBSERVAÇÕES	Preocupação com todo o seu estado geral.

Tabela 3 – Informação revelada sobre a Domperidona 10 mg

1.2.3 – Fase de revisão

Chegada a esta fase da entrevista é de extrema importância fazer uma revisão de modo a verificar se toda a informação recolhida está correta. No decorrer desta fase devem também realizar-se uma série de perguntas sobre o funcionamento ou estado do organismo e efetuar um estudo completo ao doente, nomeadamente problemas de cabeça, cabelo, ouvidos, olhos, nariz, garganta, boca, pescoço, mãos, braços e músculos, coração, pulmão, aparelho digestivo, rins, fígado, órgãos genitais, pernas, pés, músculo-esquelético, pele e do foro psicológico.

Esta revisão permite também obter mais informações sobre outros problemas de saúde que o doente se esqueceu de referir, obter informação sobre quaisquer outros medicamentos que o doente possa tomar mas que não informou anteriormente, outras situações fisiológicas e hábitos sociais.

Posto isto, passou-se então à medição dos parâmetros da doente, representados nas tabelas 4 e 5:

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
Altura	**Peso**	**IMC (Índice de Massa Corporal)**
180Cm	88 Kg	27

Tabela 4 – Medidas Antropométricas

Ao observar estas medidas antropométricas pode-se constatar que o valor do IMC do doente se encontra acima dos valores saudáveis de referência compreendidos entre 18,5 e 24,9 (5).

PARÂMETROS BIOQUÍMICOS EM JEJUM				
GLICÉMIA CAPILAR	**PRESSÃO ARTERIAL**	**FREQUÊNCIA CARDÍACA**	**COLESTEROL TOTAL**	**TRIGLICÉRIDOS**
91	152/90 mm Hg	61 p/min	209 mg/dl	98 mg/dl

Tabela 5 – Parâmetros Bioquímicos em Jejum

Como se pode verificar existem valores como a colesterolémia que estão um pouco elevados relativamente aos valores de referência, da mesma forma os valores da tensão arterial também estão um pouco elevados (6), (7).

Na tabela 6 estão representados os resultados das análises clínicas que o doente efetuou depois do diagnosticada a gastroenterite e que tive oportunidade de observar.

DADOS LABORATORIAIS			
PARÂMETROS	**VALORES (EM JEJUM)**	**UNIDADES**	**VALORES DE REFERÊNCIA**
Ácido Úrico	3.2	mg/dL	2.4 – 5.7
Colesterol – HDL	50	mg/dL	>60
Colesterol Total	212	mg/dL	<190
Creatinina	1.1	mg/dL	0.50 – 1.3
Eritrócitos	5.01	$x10^6/mm^3$	4,0 – 5,6
Glicose em Jejum	91	mg/dL	60-110
Hemoglobina	15.7	g/dL	13,0 – 17,0
Leucócitos	7.8	$/mm^3$	4.500 – 11.000
Plaquetas	249.000	$/mm^3$	150.000 – 400.000
Triglicéridos	98	mg/dL	<150

Tabela 6 – Dados Laboratoriais

Após a análise e estudo sobre cada um dos parâmetros avaliados nestas análises foi possível constatar que os valores da colesterolémia se encontram acima dos valores normais e o valor dos eritrócitos está perto do limite superior, o que pode revelar uma infeção. Relativamente aos outros parâmetros, estes estão todos dentro dos valores normais.

1.3– ESTADO DA SITUAÇÃO

Nesta fase o profissional de saúde dispõe de toda a informação obtida da primeira entrevista, facilitando assim o estudo dos medicamentos, dos hábitos de toma dos mesmos e das patologias do doente. Ao fazer-se o ponto de toda a situação, irá perceber-se se todos os problemas de saúde do doente em causa estão a ser devidamente medicados, fazendo-se uma classificação dos RNM.

Quanto ao perfil da utente, como já foi referido, sabemos que:

- **Sexo**: masculino
- **Idade**: 43 anos
- **IMC**: 27
- **Alergias**: gramíneas

Na tabela 7, 8 e 9 estão representados os problemas de saúde da utente em relação com a medicação tomada.

GASTROENTERITE					
Início:	dezembro 2013				
Controlado: Não					
Preocupação: Elevada					
Medicamento (substância ativa)	**Desde**	**Posologia Prescrita**	**Posologia Utilizada**	**Avaliação (N/E/S)**	**Classificação RNM**
Domperidona 10mg	dezembro 2013	1-1-1	1-1-1	-	Não tem

(N = Necessidade; E = Efetividade; S = Segurança)

Tabela 7 – Medicamentos para a gastroenterite

APERTO NA ZONA DO DIAFRAGMA					
Início:	dezembro 2013				
Controlado: Não					
Preocupação: Elevada					
Medicamento (substância ativa)	**Desde**	**Posologia Prescrita**	**Posologia Utilizada**	**Avaliação (N/E/S)**	**Classificação RNM**
NÃO TOMA	-	-	-	-	-

(N = Necessidade; E = Efetividade; S = Segurança)

Tabela 8 – Problema de saúde sem medicamentos associados

CANSAÇO					
Início:	dezembro 2013				
Controlado: Não					
Preocupação: Elevada					
Medicamento (substância ativa)	**Desde**	**Posologia Prescrita**	**Posologia Utilizada**	**Avaliação (N/E/S)**	**Classificação RNM**
NÃO TOMA	-	-	-	-	-

(N = Necessidade; E = Efetividade; S = Segurança)

Tabela 9 – Problema de saúde sem medicamentos associados

1.4– FASE DE ESTUDO

Nesta etapa reúne-se a informação que vai permitir avaliar se a terapêutica medicamentosa que o doente utiliza é necessária, efetiva e segura, relacionando os medicamentos usados pelo doente com os seus problemas de saúde. A informação obtida vai permitir que se desenhe um plano de atuação que terá como objetivo melhorar ou manter os resultados da farmacoterapia durante um período alargado.

1.4.1 – Problemas de saúde

GASTROENTERITE – caracteriza-se pela inflamação do trato gastrointestinal que afeta o estômago e o intestino delgado e que se manifesta através de diarreia, vómito e cólicas abdominais. Os sintomas têm normalmente início entre 12 a 72 horas depois de se contrair o

agente infecioso Nos adultos, a causa mais comum são os norovírus e as *Campylobacter*-Entre as causas menos frequentes estão outras bactérias, ou as suas toxinas, e parasitas.

Quando tem origem viral, a doença desaparece normalmente ao fim de uma semana. Alguns agentes virais podem estar na origem de sintomas associados como febre, fadiga, dores de cabeça e dores musculares. No caso de as fezes conterem sangue, é pouco provável que a causa seja viral sendo muito provável que seja bacteriana. Algumas infeções bacterianas podem estar associadas a cólicas abdominais muito intensas e podem persistir por várias semanas.

O contágio pode ocorrer através do consumo de alimentos mal preparados, água contaminada ou contacto com indivíduos infetados.

O tratamento tem como base uma hidratação adequada. Para casos menos graves, isto é normalmente feito com recurso a terapia de reidratação oral. Nos casos mais graves pode ser necessária a administração de soro por via intravenosa (8).

CANSAÇO / FRAQUEZA – o cansaço refere-se a uma sensação subjetiva que é distinto de fraqueza. Ao contrário da fraqueza, cansaço pode ser aliviado por períodos de descanso. Pode ter causas físicas ou mentais. A fraqueza é também referida em termos médicos como astenia, tratando-se de uma condição em que o corpo não tem ou perdeu força.

O cansaço pode ter muitas causas possíveis sendo um sintoma de muitas doenças e condições, tais como as doenças autoimunes, incluindo a artrite. Por outro lado, a astenia ocorre em muitas doenças crónicas debilitantes como por exemplo, a anemia ou cancro, distúrbios do sono ou distúrbios crónicos ao nível do coração, pulmões ou rins, em doenças da glândula adrenal.

1.4.2 – Medicação utilizada pelo doente

Domperidona – pertence ao grupo farmacoterapêutico 6.3- Modificadores da Motilidade Gástrica, mais especificamente ao grupo 6.3.1- Modificadores da motilidade gástrica ou procinéticos. Aumenta o tónus de repouso do esfíncter esofágico e a motilidade do trato gastrointestinal, acelerando o esvaziamento gástrico e o trânsito duodenal e jejunal. Exerce efeito antiemético central por ação em neurónios dopaminérgicos do centro desencadeador do vómito. A domperidona não passa a barreira hematoencefálica sendo desprovida de efeitos extrapiramidais. Pode determinar arritmias ventriculares (9).

1.5– FASE DE AVALIAÇÃO

A fase de avaliação consiste especificamente em relacionar todos os problemas de saúde com a medicação e averiguar se existe algum problema com a toma de medicamentos. Devem ser relacionados todos os aspetos estudados e analisados na fase de estudo. Nesta fase, é crucial percecionar se a utente necessita dos medicamentos, se estes são efetivos, se são seguros e se há possíveis medicamentos em falta, como podemos verificar na tabela 10.

GASTROENTERITE					
Início:	dezembro 2013				
Controlado: Sim					
Preocupação: Elevada					
Medicamento (substância ativa)	**Desde**	**Posologia Prescrita**	**Posologia Utilizada**	**Avaliação (N/E/S)**	**Classificação RNM**
Domperidona 10mg	dezembro 2013	1-1-1	1-1-1	**N e S**	Ineficácia Quantitativa

(N = Necessidade; E = Efetividade; S = Segurança)

Tabela 10 – Avaliação do medicamento para o tratamento da gastroenterite

1.6– FASE DE INTERVENÇÃO

A finalidade desta fase é elaborar um plano de atuação de acordo com o doente dando início às intervenções necessárias para resolver os problemas relacionados com os medicamentos com que o doente se esteja a deparar. Na fase de intervenção é fundamental definir quais são os problemas de saúde que mais preocupam o doente e quais são os objetivos primordiais a alcançar. É de extrema importância trabalhar em conjunto com o doente, estabelecendo objetivos comuns e que o mesmo entenda que é o cerne deste trabalho e a parte mais interessada no resultado deste plano, pois se não o respeitar e cumprir não se obterão resultados positivos.

Assim, o meu plano de atuação foi realizado no dia 09 de janeiro do corrente ano, baseando-se nos seguintes objetivos e intervenções:

OBJETIVO 1 – Tratamento da gastroenterite, aconselhando, vivamente, o doente a consultar um médico gastroenterologista para que este o pudesse observar e que lhe fizesse mais exames para se poder concluir se o diagnóstico inicial estaria correto.

1.7– RESULTADO DA INTERVENÇÃO

O objetivo desta fase é determinar que os resultados que se obtiveram com as intervenções foram essenciais para a resolução dos problemas de saúde estabelecidos. Não se pode afirmar que existe um PRM até que o resultado da intervenção tenha sido o desaparecimento ou controlo do problema de saúde. A avaliação das intervenções foi efetuada no dia 23 de janeiro de 2014. O resultado da intervenção dará lugar a um novo Estado de Situação do paciente, como está patente na tabela 11.

MEDICAMENTO	**ESOMEPRAZOL 40MG**
ESTÁ A TOMÁ-LO?	Sim
PARA QUÊ?	Como protetor gástrico contra os ácidos do estômago provocados por alguns alimentos.
ESTÁ MELHOR?	Sim, já não sente tanto aperto na zona do diafragma, nem tem tanta má disposição
DESDE QUANDO TOMA O MEDICAMENTO?	17 de janeiro de 2014
POSOLOGIA	Um comprimido em jejum.
MODO DE USO E DE ADMINISTRAÇÃO	Após a consulta no médico (16.01.14), o doente iniciou esta nova terapêutica
ALGO DE ESTRANHO?	Não refere nada estranho relacionado com o medicamento.
OBSERVAÇÕES	O doente foi consultado por um médico da especialidade e este desconfia que seja uma gastrite provocada por *helicobacter pylori* , modificando assim a terapêutica até à realização de novos exames médicos.

Tabela 11 – Nova terapêutica derivada do resultado da intervenção

1.8– NOVO ESTADO DA SITUAÇÃO

Após resolução do primeiro estado de situação, estabelece-se um novo estado de situação, onde vão ser registadas alterações do estado de saúde do doente, como podemos verificar na tabela 12.

Gastrite por *helicobacter pylori*					
Início:	dezembro 2013				
Controlado: Sim					
Preocupação: Elevada					
Medicamento (substância ativa)	**Desde**	**Posologia Prescrita**	**Posologia Utilizada**	**Avaliação (N/E/S)**	**Classificação RNM**
Ezomeprazol 40mg	janeiro 2013	1 em jejum	1 em jejum	-	Não tem
Amoxicilina 1000mg	janeiro 2013	1 de 8h/8h	1 de 8h/8h	-	Não tem
Claritromicina 500mg	janeiro 2013	1 de 8h/8h	1 de 8h/8h	-	Não tem

(N = Necessidade; E = Efetividade; S = Segurança)

Tabela 12 – Nova avaliação da terapêutica para a gastrite por *helicobacter pylori*

1.8.1 – Nova fase de estudo

GASTRITE POR *HELICOBACTER PYLORI* - A notável descoberta de que a infeção pela *Helicobacter pylori (H. pylori)* está relacionada com diversas doenças gastroduodenais constituiu um dos mais importantes avanços na história da gastrenterologia, revolucionando a forma de entender e tratar tais infeções.

A *H. pylori* é uma bactéria espiralada gram-negativa que, estima-se, infeta mais de metade da população mundial. Existem, atualmente, diversas possibilidades técnicas de pesquisar a infeção, cada qual com as suas vantagens e inconvenientes.

Por outro lado, o efeito clínico da erradicação desta bactéria é variável, desde um grande benefício na doença ulcerosa gastroduodenal até um impacto modesto na dispepsia funcional.

Existem, atualmente, diversos métodos de pesquisa deste microrganismo, testes diretos não invasivos, teste respiratório (ureia-C13) e pesquisa de antigénios da *H. pylori* nas fezes. Testes diretos invasivos (associados à endoscopia digestiva alta), como o exame histológico-hematoxilina & eosina, coloração argêntica e o teste rápido da urease. Existem ainda testes indiretos de serologia por doseamento dos anticorpos IgG anti-*H.pylori.*

A implicação da *H. pylori* na fisiopatologia de algumas doenças do trato digestivo alto está, atualmente, bem definida. Existem, no entanto, outras condições nas quais a relação com este microrganismo não se encontra ainda devidamente esclarecida. A indicação para erradicar a *H.pylori* deve ser considerada em diferentes condições clínicas (10).

AMOXICILINA 1000mg - As penicilinas foram os primeiros "verdadeiros antibióticos" a ser introduzidos na prática clínica e continuam a desempenhar um papel importante no tratamento das infeções bacterianas. Pertencentes ao grande grupo dos beta lactâmicos, as penicilinas são antibióticos bactericidas que atuam por inibição da síntese da parede bacteriana e ativação do seu sistema autolítico endógeno.

Apresentam uma boa difusão em todos os tecidos do organismo com exceção da próstata, olho e SNC (meninges não inflamadas). São excretadas por via renal sendo recomendada uma redução da sua posologia em doentes com IR moderada a grave (em geral para Clcr < 50 ml/min).

Este antibacteriano pertence especificamente às penicilinas semissintéticas que apresentam um espectro de atividade que inclui, para além de cocos gram+, um número significativo de bactérias gram- como o *Haemophilus influenzae* e várias estirpes de *E. coli, Proteus mirabillis, Salmonella* e *Shigella*. São habitualmente resistentes: a quase totalidade dos estafilococos produtores de lactamases beta, outras *Enterobactereaceae, Bacteroides fragillis* e *Pseudomonas*. Está indicado para o tratamento da úlcera péptica (erradicação do *Helicobacter pylori*) em associação com outros antimicrobianos e inibidores da secreção ácida gástrica.

Reações adversas: Das suas reações adversas, para além das já referidas na introdução às penicilinas, destacam-se as náuseas e diarreia que são suscetíveis de induzir com alguma frequência. A **ampicilina** e a **amoxicilina** induzem frequentemente erupções cutâneas que não são, contudo, descritas como resultado de uma verdadeira alergia às penicilinas (9).

CLARITROMICINA 500mg - Os macrólidos são antibióticos que atuam por inibição da síntese proteica, sendo bactericidas quando utilizados em doses altas. São ativos contra numerosos cocos e bacilos gram + e contra alguns cocos e bacilos gram -, incluindo o *Haemophilus influenzae, Legionella pneumophila, Brucella, Mycoplasma pneumoniae* e outros. *Enterobactereacea* e *Pseudomonas aeruginosa* são resistentes. Os macrólidos são úteis no tratamento de infecções devidas a estreptococos e enterococos, constituindo uma alternativa às penicilinas, bem como nas infecções respiratórias por *Haemophilus influenzae, Mycoplasma pneumoniae, Legionella pneumophila* (primeira escolha) e infecções devidas a espiroquetas.

Indicações: Infeções respiratórias. Infeções da pele e tecidos moles. Tratamento da úlcera péptica (erradicação do *Helicobacter pylori*) em associação com outros antimicrobianos e inibidores da secreção ácida gástrica.

Reações adversas*:* As reações adversas graves induzidas pelos macrólidos são raras. Os efeitos gastrintestinais - náuseas, vómitos, epigastralgias, dores abdominais e diarreia - são os mais frequentemente descritos. A **claritromicina** e a **azitromicina** são usualmente melhor toleradas. Toxicidade hepática e erupções cutâneas podem ocorrer (9).

ESOMEPRAZOL 40mg - Neste grupo incluem-se medicamentos de largo emprego, mas de duvidoso interesse terapêutico, fora de indicações precisas (nomeadamente os laxantes e obstipantes). Excluem-se deste grupo medicamentos que interferem com as funções gastrintestinais por mecanismo essencialmente localizado a nível dos centros (por ex: antieméticos) ou que exercem os seus efeitos por interferência com o sistema nervoso vegetativo (por ex: espasmolíticos com ação anticolinérgica).

Indicações: Úlcera péptica, esofagite de refluxo, síndrome de Zollinger-Ellison. Erradicação do *H. pylori*, em associação.

Reações adversas: As alterações digestivas (diarreia, obstipação, flatulência) são as mais frequentes. Podem determinar elevação das enzimas hepáticas e em casos de doença grave está descrita a ocorrência de hepatite e de encefalopatia. Estão descritas perturbações do sono, mialgias e artralgias. Verificaram-se casos de citopenias (9).

1.9– ENTREVISTAS SUCESSIVAS

As entrevistas sucessivas têm como finalidade monitorizar o doente e garantir que são cumpridas as estratégias para evitar o aparecimento de novos RNM, resolver possíveis RNM ainda não eliminados e obter mais informações a fim de se estabelecerem novos estados de situação, na tabela 13 estão patentes todas as entrevistas e respetivos resultados.

Data	Problema de Saúde e Motivo da Consulta	Observações	Próxima Revisão
09-01-14	**Gastroenterite**	**O doente entende a necessidade do médico intervir para verificar se este diagnóstico está correto.**	**23.01.14**
23.01.14	**Novo diagnóstico, gastrite por *H. pylori***	**O médico depois de alguns exames não evasivos concluiu que se tratava de infeção por *H. pylori*, prescrevendo terapia antibacteriana conjunta para melhor erradicação da bactéria, bem como um inibidor da bomba de protões.**	**30.01.14**
30.01.14	**Gastrite por *H. pylori*: evolução**	**O doente continua a fazer a terapêutica prescrita com adesão à mesma, encontrando-se muito melhor.**	**06.02.14**
06.02.14	**Gastrite por *H. pylori*: evolução**	**O doente terminou a terapêutica e sente-se francamente melhor. Já não sente nenhum dos sintomas iniciais e voltou ao trabalho. No espaço de seis meses irá realizar novamente os exames não evasivos para ver se a *H. pylori* ficou completamente erradicada.**	

Tabela 13 – Entrevistas Sucessivas

2. CONCLUSÃO

Com a realização deste trabalho ficou provado que o seguimento farmacoterapêutico através do Método Dádder é um procedimento prático que tem como objetivo identificar, resolver, prevenir de forma simples os resultados negativos da medicação quer sejam manifestados ou não. Após deteção de problemas relacionados com a determinação de um falso diagnostico inicial conclui-se que o seguimento farmacêutico permitiu melhorar o uso dos medicamentos e a adesão à terapêutica do doente através da intervenção contínua do técnico de farmácia, que o alertou e encaminhou na sua visita ao médico.

Este trabalho permitiu-me apreender conhecimentos sobre seguimento farmacoterapêutico, sendo uma mais-valia para a minha profissão e uma grande aprendizagem para aplicar na minha vida enquanto técnico de farmácia.

Contudo, também existiram algumas limitações, sendo as principais a dificuldade em conciliar a minha disponibilidade com a do paciente, bem como, o tempo de contacto que muitas vezes era diminuto

O profissional de farmácia, nomeadamente, o técnico de farmácia, uma vez que tem maior contacto e aproximação à população com algum problema de saúde e devido à elevada confiança que os utentes lhe confiam, deve ter informação sobre as diversas questões/situações que lhe vão surgindo no dia-a-dia, para que desta forma possam aconselhar corretamente e estar alerta sobre quaisquer problemas de saúde ou problemas relacionados com a medicação, permitindo assim uma atempada ação, evitando-se problemas graves de saúde e, como consequência, melhorando a qualidade de vida dos doentes.

3. BIBLIOGRAFIA

1. http://www1.ipq.pt/PT/Site/Eventos/Documents/CS09_Gestao%20da%20terapeutica_14_nov_2013.pdf. *Gestão da Terapêutica: a caminho do uso racional.* [Online] 14 de novembro de 2013. [Citação: 11 de julho de 2014.]

2. http://pharmcare.pt/wp-content/uploads/file/Guia_dader.pdf. *METODO DÁDER.* [Online] 2009. [Citação: 10 de julho de 2014.]

3. Hernández, D., Castro, M., & Dáder, J.. *Método Dáder - manual de seguimento farmacoterapêutico.* Granada : Edições Universitárias Lusófonas., 2009.

4. Santos, H., Ferreira, P., Ribeiro, P., & Cunha, I. *Introdução ao Seguimento Farmacoterapêutico.* Lisboa : Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona, 2007.

5. https://sites.google.com/site/imc22indicedemassacorporal/home. *IMC - Índice de Massa Corporal.* [Online] 2014.

6. BIAL. BIAL - Colesterol. *Web site da BIAL.* [Online] julho de 2014. www.bial.com/pt.

7. Saúde, Portal da. Portugal - Portal da Saúde. *Web site do Portal da Saúde.* [Online] julho de 2013. www.portaldasaude.pt.

8. wikipedia.org. Gastroenterite. *http://pt.wikipedia.org/wiki/Gastroenterite.* [Online] julho de 2014.

9. Infarmed. Prontuário Terapêutico Online . *https://www.infarmed.pt/prontuario/index.php.* [Online] julho de 2014.

10. Jornal Português de Gastrenterologia . *http://www.scielo.oces.mctes.pt/img/pt/fbpelogp.gif.* [Online] julho de 2014.