

Interação medicamentosa na doença renal crônica

Drug-drug interaction

Autores

Marcus Gomes Bastos¹

¹ Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.

A doença renal crônica (DRC), considerada a grande epidemia deste milênio, tem prevalência média de 11% nos países desenvolvidos. Infelizmente, no Brasil ainda não dispomos de dados definitivos sobre a prevalência da DRC, contudo, estudo realizado em amostra de 24.248 indivíduos adultos, utilizando o critério de DRC baseado em duas determinações da taxa de filtração glomerular (TFG) menor que 60 mL/min/1,73 m² e em um intervalo mínimo de três meses, mostrou que 2,3% dos avaliados apresentavam TFG menor que 45 mL/min/1,73 m².¹ Extrapolado para a população adulta brasileira, significa dizer que cerca de 3 milhões de brasileiros apresentam 1/3 ou menos de função renal residual.

O curso da DRC se caracteriza pela ocorrência de várias complicações (anemia, alterações do cálcio e fósforo, acidose metabólica, hipovitaminose D, entre outras) e comorbidades (doenças cardiovasculares, dislipidemia, diabetes) que demandam o uso de múltiplos fármacos, favorecendo a ocorrência da polifarmácia e da interação medicamentosa (IM). A IM acontece quando o efeito terapêutico de um medicamento é modificado pela administração de outro(s),² sendo determinada pela natureza química do fármaco, o número de medicamentos utilizados e a ocorrência de défices funcionais renal e/ou hepático.³ É importante lembrar que a IM pode ser benéfica ou indesejável e que a qualidade da farmacoterapia a ser instituída depende do processo de escolha da medicação relativamente à natureza da doença que se quer tratar. Por sua vez, a escolha do fármaco mais adequado

baseia-se em fatores como a via de administração, a dose, as contraindicações, potenciais efeitos colaterais e o custo da medicação. Ademais, a possibilidade de uma medicação influenciar na segurança ou eficácia de outro(s) princípio(s) terapêutico(s), deveria ser uma variável sempre a ser considerada pelo médico, no momento da prescrição de medicamentos aos seus pacientes, particularmente aqueles com reserva funcional renal diminuída.

Neste número do JBN, Marquito *et al.*⁴ apresentam estudo sobre “Interações medicamentosas potenciais em pacientes com doença renal crônica”. O estudo foi realizado no Centro HIPERDIA MINAS de Juiz de Fora (instituído pela Secretaria Estadual de Saúde do estado de Minas Gerais), programa de prevenção secundária “Vida Real”, que atende a usuários do Sistema Único de Saúde com DRC estágios 3b, 4 e 5 em tratamento não dialítico. Os autores utilizaram a base de dados MICROMEDEX® para avaliar o potencial de interação dos medicamentos prescritos e utilizados nos pacientes estudados. Os fármacos mais prescritos, por ordem de frequência, foram furosemida, sinvastatina, losartana potássica, ácido acetilsalicílico, captopril, hidroclorotiazida, omeprazol, maleato de enalapril, besilato de anlodipino e nifedipino.

Potenciais IM foram observados em 2/3 das prescrições médicas, das quais cerca de 20% foram de gravidade maior e em 0,4% havia contraindicação absoluta da associação medicamentosa em uso pelos pacientes. Foi observado que a probabilidade de IM aumenta em 2,5 vezes para cada medicação acrescida na receita

Data de submissão: 16/01/2014.

Data de aprovação: 16/01/2014.

Correspondência para:

Marcus Gomes Bastos.
Departamento de Clínica Médica,
Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Juiz
de Fora.
Rua Ivan Soares de Oliveira, nº 234,
Parque Imperial. Juiz de Fora, MG,
Brasil. CEP: 36036-350.
E-mail: marcusbastos7@gmail.com

DOI: 10.5935/0101-2800.20140003

do paciente e que aqueles que apresentam obesidade, diabetes, hipertensão e menor TFG são os mais propensos às consequências adversas da IM.

As IMs aumentam a morbidade e mortalidade e podem ser responsáveis por internações hospitalares.⁵ É importante destacar que IM pode ocorrer tanto em pacientes hospitalizados⁶ quanto em pacientes ambulatoriais.⁷ Por exemplo, em nível de atenção primária de saúde, relata-se que 9%-70% dos pacientes estão expostos a medicamentos com risco de IM e que em 1%-23% estas interações são de maior relevância clínica.⁷⁻⁹ Em estudo de pacientes em acompanhamento ambulatorial na França, a incidência de prescrições com fármacos com IM indesejáveis foi de 27 por 10.000.¹⁰

O manejo da DRC, frequentemente acompanhado por complicações biopsicossociais, idealmente deveria ser realizado por equipe interdisciplinar. Neste contexto, destaca-se a importância do farmacêutico na equipe, seja reforçando com o paciente as orientações farmacológicas prescritas pelo médico após a consulta, seja monitorando a potencialidade de IM indesejáveis por meio de recursos como o utilizado por Marquito *et al.*⁴ Embora existam muitas e diferentes fontes de informações sobre fármacos e IM (p. ex., sumários das características dos medicamentos ou “bulário”, livros textos e “on-line”, em páginas da internet), o uso de softwares como o MICROMEDEX®, que permitem a obtenção rápida e confiável de potenciais IM, constituem componente essencial no cuidado médico e deveriam ser incorporados ao manejo do paciente com DRC.

REFERÊNCIAS

1. Bastos RM, Bastos MG, Ribeiro LC, Bastos RV, Teixeira MT. Prevalência da doença renal crônica nos estágios 3, 4 e 5 em adultos. *Rev Assoc Med Bras* 2009;55:40-4.
2. Pirmohamed M. Drug-drug interactions and adverse drug reactions: separating the wheat from the chaff. *Wien Klin Wochenschr* 2010;122:62-4. PMID: 20213370 DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00508-010-1309-1>
3. Gagne JJ, Maio V, Rabinowitz C. Prevalence and predictors of potential drug-drug interactions in Regione Emilia-Romagna, Italy. *J Clin Pharm Ther* 2008;33:141-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2710.2007.00891.x>
4. Marquito AB, de Paula RP, Fernandes NMS, Colugnati FAB. Interações medicamentosas potenciais em pacientes com doença renal crônica. *J Bras Nefrol* 2014;36:26-34
5. McDonnell PJ, Jacobs MR. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. *Ann Pharmacother* 2002;36:1331-6. PMID: 12196047 DOI: <http://dx.doi.org/10.1345/aph.1A333>
6. Juurlink DN, Mamdani M, Kopp A, Laupacis A, Redelmeier DA. Drug-drug interactions among elderly patients hospitalized for drug toxicity. *JAMA* 2003;289:1652-8. PMID: 12672733 DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.13.1652>
7. Bjerrum L, Andersen M, Petersen G, Kragstrup J. Exposure to potential drug interactions in primary health care. *Scand J Prim Health Care* 2003;21:153-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02813430310001806>
8. Jankel CA, Speedie SM. Detecting drug interactions: a review of the literature. *DICP* 1990;24:982-9.
9. Bergendal L, Friberg A, Schaffrath A. Potential drug-drug interactions in 5,125 mostly elderly out-patients in Gothenburg, Sweden. *Pharm World Sci* 1995;17:152-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/BF01879709>
10. Guédon-Moreau L, Ducrocq D, Duc MF, Quieureux Y, L'Hôte C, Deligne J, et al. Absolute contraindications in relation to potential drug interactions in outpatient prescriptions: analysis of the first five million prescriptions in 1999. *Eur J Clin Pharmacol* 2003;59:689-95. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00228-003-0684-1>