

Aula: Conciliação medicamentosa

Data: 14/05/2024

Grupo 4

CASO CLÍNICO

Paciente com hidrocefalia com derivação peritoneal peritoneal (DVP), microcefalia, Disgenesia de corpo caloso em acompanhamento com neurologista em Hospital Flavio Gianotti e neurocirurgia na Santa Casa. Mãe refere que paciente está apresentando de 3 a 4 episódios convulsivos por dia, já relatado em consulta com especialista que diz não ter como otimizar mais as doses. Relata que ontem (14/04), paciente iniciou quadro de tosse secretiva e intensa e febre (38°C), sendo medicada com dipirona. Durante a madrugada de hoje (15/04), paciente apresentou mais um episódio de febre (38,5°C) com intensificação da tosse. Pela manhã, mãe notou que paciente estava mais sonolenta e ficou cianótica, tanto labial quanto em extremidades de MMII (membros inferiores) e MMSS (membros superiores), apresentou desconforto respiratório importante e dispneia. Tentou realizar inalação em casa, sem sucesso, trazendo a paciente ao PS. Deu entrada no nosso serviço, triado como emergência, FC: 162 bpm, temp.: 36,4°C e SatO₂: 67%. Ao exame de admissão: RUIM geral, corado, hidratado limitrofe, cianótico, ausculta fechada, Glasgow - 3?. Realizado na entrada expansão com soro fisiológico 20ml/kg, exames, abro protocolo sepse, metilprednisolona 2mg/kg, ceftriaxona 100 mg/kg, ciclo salbutamol 5 puffs. Optado por internação hospitalar.

Evolução na retaguarda do PS:

Em 15/04/24 às 14:20 paciente em leito de retaguarda apresentando queda de saturação, em máscara não reinalante (MNR) 10l/min, mantendo saturação de 88%, aumentado máscara para 15l/min sem melhora do quadro. Optado por iniciar ventilação com bolsa, válvula, máscara (ambu), atingindo saturação máxima de 99%. Realizada intubação orotraqueal (IOT), com cetamina 1mg/kg/dose 1x, Midazolam 0,1mg/kg/dose 2x, Rocurônio 0,6mcg/kg/dose 1x. Intubado em 1° tentativa as 14:45, pelo residente Lucas.. Às 14:48, após ser acoplada ao ventilador, apresentou queda de SpO₂ para 85%, portanto, realizada 3° dose de Midazolam as 14:49 e 2° dose de cetamina e realizada nova laringoscopia para certificar IOT. Confirmada posição de COT em RX e devido dificuldade em manejar os parâmetros ventilatórios, aventado hipótese de Pneumotórax, solicitado avaliação da CIPE (cirurgia infantil pediátrica), que descartou pneumotórax a princípio. Paciente bem acoplada ao ventilador. Optado por fazer mais uma expansão de 20 ml/kg. Às 16:13 (meio da expansão = PA 89x69 mmHg (77)). Paciente ainda apresentando hipotermia. Solicitado manta térmica. Às 16:50 PA pós expansão 95x67 (77). Às 18h - temp.: 35,6°C após aquecimento com manter térmica.

Antecedentes Pessoais:

· Parto cesárea, IG: 38s2d, PN: 2.730g, filha de mãe com COVID na gestação + hipotireoidismo + mãe colonizada por Acinetobacter.

- Ao nascimento apresentou crise convulsiva, sendo realizada investigação complementar na maternidade e diagnosticada com hidrocefalia (implante de DVP com 1 mês de vida). Fez uso de SNE por 72 dias. Recebeu alta em 19/10/21 (3 meses de vida)
 - Testes de triagem neonatal: BERA alterado à direita
- Exames realizados durante a permanência na maternidade:
- USG crânio: ventriculomegalia e hematomas cerebrais
 - TC crânio (10/08/21): múltiplas leões hemorrágicas + áreas isquêmicas, dilatação ventrículo direito com acentuada compressão do parênquima cerebral, com desvio das estruturas da linha média para esquerda, redução volumétrica difusa encefálica, supra e infratentorial, com áreas encefalomácia esparsas por todo o parênquima. Hipoplasia de nervos ópticos
 - TC crânio (10/09/21): suturas abertas, relativamente alinhadas, coleções subdurais hemorrágicas heterogêneas hemisférica esquerda com espessura de até 0,9cm sem componente hemorrágico no exame atual. Persiste dilatação do ventrículo direito, com acentuada compressão do parênquima cerebral e desvio das estruturas da linha média para a esquerda. Redução volumétrica difusa encefálica supra e infratentorial, com áreas de encefalomácia esparsas por todo o parênquima.
 - ECOcardiograma: FOP 2,5mm + PCA 1,6mm sem repercussão

Internações prévias:

17/01/23-28/01/23: Hipernatremia + escape convulsivo (17/01-20/01 UTI / 20-01-28/01 Enfermaria).

17/04/23 -13/05/23: Hipernatremia, hipofosfatemia, escapes convulsivos e BCP (17/04-02/05 UTIp / 02/05-13/05 Enfermaria). GTM realizada em 09/05/23 sem intercorrências.

03/07/23 - 06/07/23 - Crise de sibilância + Hipernatremia + desidratação PV: negativo

21/02 - 03/03: crise de sibilância. PV: Influenza

15/03/24 - 17/03/24 - Escape convulsivo (retaguarda)

Medicamentos de uso contínuo:

Escopolamina gel 8/8h
 Atropina 1% 8/8h
 Levetiracetam 100 mg/ml 360 mg (3,6 ml) 12-12 horas
 Fenobarbital 4%, 60 gotas, uma vez ao dia, a noite.
 Valproato de sódio 250 mg/5ml, 8ml de 12-12 horas
 Baclofeno 10mg - 0.7mg/kg/dia, dilui em 10ml de água e oferta 5ml, de 8/8 horas
 Clobazam 10mg a noite
 Sulfato ferroso 125mg/ml - 14gts
 Adtil 2 gotas/dia
 Beclometasona 200mcg 12/12h
 Ácido fólico 2,5ml 1x dia
 PEG 4000 - 7,5g 1 x dia

PARA RESPONDER

Após ler o caso clínico da paciente e analisar a prescrição medicamentosa da paciente após a admissão hospitalar, reflitam, em grupo, sobre a admissão farmacêutica e conciliação medicamentosa. Descreva, em forma de evolução farmacêutica (levando em consideração o que acharem pertinentes para a evolução de um farmacêutico clínico), quais condutas e intervenções farmacêuticas a serem adotadas à equipe multiprofissional.