** Módulo – Farmácia Clínica e Cuidado Farmacêutico I**

**ATIVIDADE C**

MJC, sexo feminino, 56 anos, 75kg, 1,54m foi diagnosticada com dislipidemia, hipertensão e diabetes tipo 2 após consulta particular com médico endocrinologista. Negou etilismo e tabagismo. Na ocasião (29/05/21), iniciou tratamento farmacológico com hidroclorotiazida + lisinopril 25/20mg (1cp/dia), metoprolol XR 50mg (1cp/dia), rosuvastatina 10mg (1cp/dia a noite) e sitagliptina + metformina 50/ 1.000 mg (1cp 2x/dia).

No dia 22/06/21, foi atendida pelo médico devido as queixas no trato gastrintestinal (dor de estômago, diarreia e indigestão), as quais foram associadas ao uso de metformina. Por isso, a terapia combinada do antidiabético oral foi substituída por monoterapia (sitagliptina 100mg 1x/dia).

No dia 01/08/21 descontinuou a sitagliptina por conta própria, devido neuropatia, dores nas articulações, tontura e constipação. Após a suspensão do tratamento, notou que a glicemia em jejum estava em torno de 200mg/dL.

Ao passar na consulta médica em 14/08/21, relatou a não adesão ao antidiabético oral e o descontrole glicêmico, à despeito de continuar realizando o acompanhamento com nutricionista e a realização de atividade física periódica. O médico substituiu o sitagliptina 100mg 1cp/dia por dulaglutida 0,75mg (1x/dia) e empagliflozina 25mg (1x/dia). Em setembro, no retorno, reportou remissão total dos sintomas indesejáveis e boa tolerância ao tratamento farmacológico prescrito.

Exames realizados na ocasião do diagnóstico da síndrome metabólica.

* Hemoglobina glicada 10.9% (VR: 4% a 6%)
* Glicemia em jejum 301mg/dL (VR: 70 A 99 mg/dL)
* Colesterol total: 266mg/dL (VR: menor 190mg/dL)
* HDL colesterol: 45mg/dL (VR: maior 40mg/dL)
* LDL colesterol: 170mg/dL (VR: menor que 130 mg/dl - em pessoas com risco cardiovascular baixo; menor que 100 mg/dl - em pessoas com risco cardiovascular intermediário; menor que 70 mg/dl - em pessoas com risco cardiovascular alto; menor que 50 mg/dl - em pessoas com risco cardiovascular muito alto)
* Triglicérides em jejum:256mg/dL (VR: menor que 150mg/dL)
* Creatinina Sérica: 0,72 mg/dL (VR: 0,66 A 1,25 mg/dL)
* Potássio sérico:4.6mmol/L (VR: 3,5 - 5,1 mmol/L)
* Ureia sérica: 14mg/dL (VR: 19 A 43 mg/dL)
* Alanina aminotransferase:34U/L (VR: < 50 U/L)
* Aspartato aminotransferase: 26U/L (VN: 17 A 59 U/L)
* Pressão arterial sistólica:136mmHg
* Pressão arterial diastólica:84mmHg
1. Realize a análise de causalidade utilizando os algoritmos de Naranjo e da Organização Mundial da Saúde.

|  |
| --- |
| Algoritmo de Naranjo. |
| Questões | Sim | Não | Desconhecida | Pontuação |
| 1-Há documentação anterior conclusiva sobre a RAM? | +1 | 0 | 0 |  |
| 2-O efeito adverso apareceu após a administração do fármaco suspeito? | +2 | -1 | 0 |  |
| 3-Os efeitos adversos são amenizados quando o uso do fármaco é descontinuado ou quando é administrado um antagonista específico? | +1 | 0 | 0 |  |
| 4-O efeito reaparece quando o fármaco é re-administrado? | +2 | -1 | 0 |  |
| 5-Há causas alternativas (além do fármaco) que poderiam ter causado a reação? | -1 | +2 | 0 |  |
| 6-A reação aparece quando um placebo é administrado? | -1 | +1 | 0 |  |
| 7-O fármaco foi detectado no sangue em concentrações conhecidas como tóxicas? | +1 | 0 | 0 |  |
| 8-A reação é mais grave quando se aumenta a concentração do fármaco ou menos severa quando se diminui a concentração? | +1 | 0 | 0 |  |
| 9-O paciente teve reação similar quando o mesmo fármaco ou outro similar foi administrado anteriormente? | +1 | 0 | 0 |  |
| 10-O evento foi confirmado por uma evidência objetiva? | +1 | 0 | 0 |  |
| Total  |  |

** Módulo – Assistência Farmacêutica II**



** Módulo – Assistência Farmacêutica II**

**Algoritmo introspecção Global (OMS, 1994)**

1. **DEFINIDA**

( ) Evento clínico, podendo incluir anormalidade de exames de laboratório, que ocorra em um espaço de tempo plausível em relação à administração do medicamento,

( ) Não pode ser explicado por doenças concomitantes, por outros medicamentos ou substâncias químicas.

( ) A resposta da retirada do medicamento dever ser clinicamente plausível

( ) O evento deve ser farmacológica ou fenomenologicamente definido,

( ) Reintrodução satisfatória, se necessário.

1. **Provável:**

( ) Evento clínico, podendo incluir anormalidades de exames laboratoriais, com um tempo de sequência razoável da administração do medicamento;

( ) Improbabilidade de ser atribuído a doenças concomitantes, outros medicamentos ou substâncias químicas;

( ) Apresenta uma razoável resposta clínica após a retirada do medicamento;

( ) A informação de reintrodução não é necessária para completar a definição.

1. **Possível:**

() Evento clínico, podendo incluir anormalidade de exames de laboratório, com um tempo de sequência razoável da administração do medicamento;

() Poderia também ser explicado por doença concomitante, outros medicamentos ou substâncias químicas;

() A informação sobre retirada do medicamento pode estar ausente ou não ser claramente reconhecida.

1. **Improvável:**

( ) Evento clínico, podendo incluir anormalidade de exames de laboratório, que apresenta uma relação temporal com a administração de um medicamento;

( ) Determina uma improvável relação causal e no qual outros medicamentos, substâncias químicas ou doenças subjacentes oferecem explicações plausíveis.

1. **Condicional/ não classificado:**

( ) Evento clínico, podendo incluir anormalidade de exames de laboratório, notificado como uma reação adversa;

( ) Mais dados são essenciais para uma avaliação apropriada ou os dados adicionais estão sob avaliação.

1. **Não acessível/ não classificado:**

( ) Notificação sugerindo uma reação adversa que não pode ser julgada, porque a informação é insuficiente ou contraditória e não pode ser verificada ou suplementada.