



Patrícia Medeiros de Souza
Organizadora

Farmacologia Clínica

Textos Informativos

Brasília, DF
2017

Organizadora:

Patrícia Medeiros de Souza

Colaboradores:

Adriane Dallanora
Aiessa Balest
Andrezza Santos
Angélica Pires Lucas
Anna Rayk Guimarães
Bezerra
Antionielle Vieira
Monclaro
Bárbara de Oliveira
Mariquito
Bruna Rafaela Bezerra
Gomes
Chijioke Kevin
ObikeAjuluOkeke
Clarisse Danielli Silva
Albergaria
Dafny Oliveira de Matos
Etienne Santos
Felipe Ferreira
Felipe Pinheiro
Felipe Sousa Bandeira
Gabriela Cabral Melo
Netto
Gleice Rocha Ferreira
Borges
Glivia Silva de Santana
Glice Kelli
Inaê Aquino
Jaqueline de Oliveira
Pinto Araújo
Jessica Ferreira
Jéssica Lucena de Oliveira
João Carlos Sousa Maciel

João Gabriel Araújo
Almeida
José Bernardo De Souza
Júlia Dantas
Juliana Carvalho Rocha
Alves Da Silva
Juliana de Freitas Ferreira
Juliana Kelly Barbosa de
Andrade
Kaian Amorim Teles
Laisa Cherubin De
Almeida
Laise Ananias de Moraes
Larissa Araújo
Laurenio Sergio
Leandro Pereira Ribeiro
Neto
Letícia da Costa D'Oliveira
Ludmila Alvim Gomes
Pinho
Maiane Araújo
Maísa Raposo Pereira de
Araújo
Manuella De Carvalho
Capparelli Santa Maria
Márcia Gabriela Fiusa
Martins da Silva
Márcia Taís Souza
Marcus Túlio da Silva
Maria Luiza Mendes
Moreira Franco
Mariana Duarte David
Ladeia
Mariza Bahiano Silva

Santos
Miriam Braga Inácio
Nadja Lobato
Nana Marina Moreno dos
Santos
Nathalia Lobão Barroso de
Souza
Nidgia Ramonne
Pedro André Carvalho de
Alcântara
Priscila dos Santos
Dorneles
Priscilla Azevedo
Raissa Moraes
Raphael Santana
Renata Dantas Machado
Rildo Costa Farias
Simone Wense Dias
Akonteh
Solange Leite
Stephanie Kelmyane
Andrade de Carvalho
Vanessa Barros Freire
Talita Cristina
Tayse Mendes Moraes
Thais Cristina Marques
Lima Costa
Thais Cristina Marques
Lima Costa Patrícia
Medeiros
Thales Barros dos Santos
Valéria Santos da Silva
Verônica Soares

Formatação e normalização ABNT:

Fernando Silva

Capa:

Lívia Maria Magalhães Chaves

F233 Farmacologia clínica: textos informativos / Patrícia
Medeiros de Souza, organizadora. – Brasília, 2017.
104 p.: il. ; 30 cm.

ISBN 978-85-54294-00-7.

1. Farmacologia clínica. I. Souza, Patrícia Medeiros
de (org.).

CDU 615.03

Sumário

Apresentação	4
Talidomida, o que Mudou com a RDC 11/2011 e o que a RDC 24/2012 acrescentou.	5
Eficácia, Efetividade e Protocolo com Indicações Clínicas da Albumina	14
Consumo de leite e anemia por deficiência de ferro	23
Manejo clínico do Rivaroxabana	32
Ciclofosfamida: Orientação Aos Pacientes.....	35
Compatibilidade da Anfotericina B e Antimicrobianos: Importância Clínica	38
Desmame De Medicamentos No Perioperatório: Manejos Clínicos	43
Interação do cálcio com fitato e oxalato	55
Nomograma de Heparina aplicado a caso clínico: Emprego do Esquema de Raschke para heparinização em paciente com diagnóstico de TVP e com alteração de função renal.	60
Parecer técnico: Estabilidade da Ciclofosfamida.	63
Hipercoagulabilidade na Síndrome Nefrótica	66
Necessidade de suplementação vitamínica na Síndrome de Down.....	72
Varfarina	81

Apresentação

Os boletins informativos foram feitos de acordo com a demanda do serviço clínico do Hospital Universitário de Brasília utilizando-se para tanto a farmacologia baseada em evidências clínica.

A medicina baseada em evidências é o atendimento ao paciente utilizando como instrumento de decisão dados disponíveis em estudos conduzidos adequadamente. Estes dados fornecem o grau de recomendação para as condutas, sendo estas: A – estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência, B – estudos experimentais ou observacionais de menor consistência, C – relatos de casos e estudos não controlados, D – opinião de especialistas, baseadas em consensos ou estudos fisiológicos.

As considerações técnicas descrevem a fisiopatologia das doenças, os possíveis mecanismos de ação das interações, o manejo clínico e conclusão.

As principais bases de dados utilizadas foram: UptoDate, Micromedex; além de pesquisa feita no Medline sem restrição de datas, limitados em: Clinical Trial, Ensaio Clínico Randomizado e meta-análise. Considerou-se apenas periódicos disponíveis em *full-text* no Portal da CAPES. Foi utilizado como estilo de formatação o Estilo ABNT.

Os boletins informativos contemplam informações técnicas, direcionadas aos profissionais de saúde, objetivando fornecer dados com evidência clínica a respeito de interações medicamentosas frequentes em nível ambulatorial e hospitalar, que possam subsidiar o uso racional de medicamentos.

Manejo clínico do Rivaroxabana

Bruna Rafaela Bezerra Gomes

Raissa Moraes

A rivoraxabana é usada no tratamento da trombose venosa profunda (TVP), embolia pulmonar, e para reduzir seu risco recorrente. Usado na trombopprofilaxia pós-operatória em pacientes que se submeteram a cirurgia de substituição da bacia ou do joelho, prevenção de AVC e embolia sistêmica em pacientes com fibrilação atrial não valvular¹⁻³.

Esse medicamento é um inibidor direto do fator Xa, que controla a geração de trombina, molécula que desempenha um papel central na homeostase. A inibição do fator Xa pode resultar na inibição de 1000 moléculas de trombina^{2,3}.

Dose

A dose usada para o tratamento da trombose venosa profunda é uma dose inicial de 15mg de 12/12h com comida durante 3 semanas seguida de 20mg de 24/24h com comida^{1,4}.

Farmacocinética

A rivoraxabana apresenta ligação à proteína plasmática de 92 a 95%. Devido a essa grande porcentagem da ligação, deve ser feito ajuste de dose nos pacientes que apresentam hipoalbumemia¹.

O medicamento não deve ser usado em pessoas com clearance menor que 15ml/min e naqueles em hemodiálise, além de ser contraindicado nos hepatopatas com quadro de coagulopatia, pessoas com menos de 50kg, 18 anos, grávidas e lactantes¹.

Esse medicamento deve ser sempre administrado com alimento, já que isso se prolonga o tempo até à concentração máxima, porém a concentração máxima no plasma e AUC são aumentadas⁵.

Como a rivaroxabana é substrato do CYP450 3A4 e de glicoproteínas – p, devem ser avaliadas as possíveis interações com os medicamentos que sofrem metabolismo nesse mesmo citocromo, tais como antifúngicos e inibidores de proteases do HIV, pois as interações podem diminuir ou aumentar a ação do medicamento^{1,3,5}.

Manejo clínico ^{1,6}

Para o início do tratamento com a Rivaroxabana, deve ser observado se a pessoa está em uso de algum outro anticoagulante, para que se possa fazer o manejo adequado de início do tratamento, assim como ao se descontinuar o tratamento, deve ser observado que medicamento será administrado para que se faça o manejo.

Quando se está em uso de varfarina, deve-se descontinuar a varfarina e iniciar o rivaroxaban até INR menor que 3, segundo a recomendação americana ou até o INR menor que 2,5 segundo a recomendação canadense. Ao término do tratamento com rivaroxabana, onde se inicie o uso da varfarina, deve se administrar a varfarina 24 horas após a descontinuação da Rivaroxabana. Segundo as recomendações do Canadá, deve-se continuar o rivaroxaban junto com a Varfarina até o INR ficar maior ou igual a 2 e assim descontinuar a Rivaroxaban, além de quando estiver administrando Varfarina e Rivaroxaban o INR deve ser monitorado a cada 24 horas e só depois que tiver o resultado fazer o ajuste de dose da Rivaroxabana.

Caso se esteja em tratamento com heparina não-fracionada, deve-se administrar os dois medicamentos ao mesmo tempo, fazendo a descontinuação da heparina. Já para passar do tratamento da rivoraxabana para heparina não-fracionada, inicia-se infusão contínua da heparina não fracionada 24 horas depois da última dose da rivaraxabana.

Para os outros anticoagulantes que não heparina não-fracionada e varfarina, para as recomendação americana se inicia a rvoraxabana a noite, 2

horas após a retirada do anticoagulante. A recomendação canadense fala que para aqueles com dose profilática de anticoagulante, a rivoraxabana deve ser iniciada 6 horas depois da última dose profilática. Já para a mudança de tratamento da rivoraxabana para o anticoagulante, este deve ser administrado 24 horas depois da última dose do rivoraxaban.

Referências bibliográficas

1. UPTODATE: banco de dados. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/>>. Acesso em: mai. 2013. Acesso mediante assinatura.
2. SAMAMA, M. M. The mechanism of action of rivaroxaban: an oral, direct Factor Xa inhibitor: compared with other anticoagulants. **Thromb Res**, v. 127, n. 6, p. 497-504, jun. 2011.
3. CABRAL, K. P. Pharmacology of the new target-specific oral anticoagulants. **J Thromb Thrombolysis**, 5 mai 2013.
4. SWEETMAN, S. (ed.). **Martindale**: the Complete Drug Reference: banco de dados. London: Pharmaceutical Press. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso mediante assinatura.
5. GÓMEZ-OUTES, A. et al. Potential role of new anticoagulants for prevention and treatment of venous thromboembolism in cancer patients. **Vasc Health Risk Manag**, n. 9, p. 207-228, 2013.
6. GUYATT, G. H. et al. Executive summary: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. **Chest**, v. 141, n. 2, p. 7-47, 2012.