

Desprescrição aplicada à polifarmácia

Description applied to polypharmacy

DOI:10.34119/bjhrv4n3-070

Recebimento dos originais: 13/04/2021

Aceitação para publicação: 13/05/2021

Lucas Martins Ferreira

Acadêmico de Medicina FCMS
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Rua Joubert Wey, 290 – Jardim Faculdade, Sorocaba-SP
E-mail: lucasmferreira@live.com

Mariana Pires Ferreira

Acadêmica de Medicina FCMS
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Rua Joubert Wey, 290 – Jardim Faculdade, Sorocaba-SP
E-mail: mpferreira.esp@gmail.com

Vicente Spinola Dias Neto

Prof. Assistente Me. Departamento Geriatria FCMS
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Rua Joubert Wey, 290 – Jardim Faculdade, Sorocaba-SP
E-mail: geriapuc.sor@terra.com.br

RESUMO

A polifarmácia representa atualmente um problema de grande importância no atendimento ao idoso em correlação com os eventos adversos a medicamentos, redução da funcionalidade e comprometimento da qualidade de vida. Com o envelhecimento populacional, esta tem se tornando cada vez mais frequente, uma vez que a maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis entre os indivíduos idosos resulta em uma maior utilização simultânea de múltiplos medicamentos, caracterizando um importante preditor de prescrição inadequada e potenciais riscos de iatrogenia na assistência geriátrica. Nesse sentido, polifarmácia associa-se à piora do estado físico e mental do paciente, torna-o mais susceptíveis à morbidade, à mortalidade e à maior utilização dos serviços de saúde. Evidencia-se assim, como ferramenta intervencionista, a desprescrição, definida como processo sistemático de redução ou suspensão de medicamentos com o objetivo de reduzir a polifarmácia e melhorar os desfechos de saúde dos idosos. Considera-se então, de acordo com evidências observacionais, protocolos de intervenção que coadune na verificação das medicações em uso pelo paciente, avalie os riscos individuais e as potenciais reações adversas dos fármacos, priorize medicações a serem descontinuadas e, por fim, implementa a descontinuação, acompanhando o paciente a longo prazo. Desse modo, a desprescrição aplicada à polifarmácia traz à tona considerações de grande relevância sobre a melhora clínica e funcional dos pacientes, favorecendo a qualidade de vida do idoso e proporcionando-o menor vulnerabilidade a reações adversas.

Palavras-chave: Polifarmácia, Desprescrição

ABSTRACT

Polypharmacy currently represents a major problem in the care of the elderly in correlation with adverse drug events, reduced functionality and impaired quality of life. With the aging of the population, this has become more and more frequent, since the higher prevalence of chronic non-communicable diseases among elderly individuals results in a greater simultaneous use of multiple medications, characterizing an important predictor of inadequate prescription and potential risks of iatrogenics in geriatric care. In this sense, polypharmacy is associated with the worsening of the patient's physical and mental state, making him more susceptible to morbidity, mortality and greater use of health services. Thus, it is evident, as an interventionist tool, the description, defined as a systematic process of reduction or suspension of drugs with the objective of reducing polypharmacy and improving the health outcomes of the elderly. Then, according to observational evidence, intervention protocols that support the verification of medications in use by the patient, assess individual risks and potential adverse reactions of drugs, prioritize medications to be discontinued and, finally, implement discontinuation, accompanying the patient in the long term. In this way, the description applied to polypharmacy brings up considerations of great relevance on the clinical and functional improvement of patients, favoring the quality of life of the elderly and providing them with less vulnerability to adverse reactions.

Keywords: Polypharmacy, Description

1 INTRODUÇÃO

A polifarmácia, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é definida como uso rotineiro e concomitante de quatro ou mais medicamentos, com ou sem prescrição médica, por um paciente.¹ Representa atualmente um problema de grande importância no atendimento ao idoso, sendo os pacientes em instituições de longa permanência, aqueles com riscos aumentados, por apresentarem muitas doenças limitantes, fragilidade e baixa funcionalidade.²

Com o aumento da expectativa de vida, esta tem se tornado cada vez mais frequente, uma vez que a maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis entre os indivíduos idosos resulta em uma maior utilização simultânea de múltiplos medicamentos.³ Houve um considerável crescimento da terapia medicamentosa aos idosos ao longo das últimas décadas, sendo que, esta classe representa na conjuntura atual um contingente em torno de 14,3% da população do Brasil, em crescimento exponencial. Logo, sabe-se que o processo de envelhecimento associado às doenças crônico-degenerativas é fator para maior demanda aos serviços de saúde, o que corrobora para o uso de polifarmácia, risco adversos aos medicamentos e outros eventos iatrogênicos.^{4,5}

O paciente geronte é mais propenso ao uso de muitos medicamentos devido ao fato de ter mais comorbidades, das alterações fisiológicas de farmacocinética e farmacodinâmica

e da própria idade.⁶ Embora em muitas das vezes os medicamentos prescritos estejam adequados às patologias diagnosticadas, a polifarmácia se torna presente e poderá levar a complicações no estado de saúde, a intoxicações e até ao óbito.⁷

Isto se dá às reações adversas, que podem manifestar-se em praticamente qualquer sistema orgânico e, segundo estudos de base populacional, a prevalência de polifarmácia na população idosa associa-se com sexo feminino, idade igual ou superior a 75 anos, reação adversa prévia, baixa escolaridade, múltiplas comorbidades, autoavaliação de saúde regular ou negativa, clearance de creatinina <50, baixo peso ou índice de massa corpórea, número de medicações >9 e hospitalização nos últimos 12 meses.⁸

Quanto à influência da polifarmácia na qualidade de vida do paciente, o uso de medicamentos em idosos se relaciona à piora do estado físico e mental do usuário, torna-o mais susceptíveis à morbidade, à mortalidade e à maior utilização dos serviços de saúde.⁹ Além disso, a farmacoterapia dos idosos exige cuidados individualizados, considerando-se os processos de senescência e senilidade, atrelado à necessidade de adotar estratégias de redução e racionalização do uso de medicações potencialmente prejudiciais, a fim de prevenir os agravos e melhorar a qualidade de vida no transcurso da velhice, tornando-se um desafio para os profissionais de saúde.

Como medida de intervenção aos caso de polifarmácia nos idosos, evidencia-se a desprescrição, também caracterizada como descontinuação medicamentosa, definida como processo sistemático de redução ou suspensão de medicamentos com o objetivo de reduzir a polifarmácia e melhorar os desfechos de saúde dos idosos.¹⁰ Conceitua-se como uma das estratégias que tem sido muito empregada para reduzir a polifarmácia e, conseqüentemente, seus riscos associados.^{10,11} A prática consiste no processo de identificação e descontinuação de medicamentos desnecessários, inefetivos, inseguros ou potencialmente inadequados e envolve a colaboração entre profissionais e pacientes.

No entanto, a desprescrição deve considerar os benefícios e danos do medicamento ao paciente, quais são os objetivos do tratamento com o medicamento em questão, expectativa de vida do paciente, bem como comodidade e preferências do paciente que possam contribuir para a adesão ao tratamento.³ Deve ser aplicada quando há surgimento de um novo sintoma sugestivo de reação adversa, fase terminal de doença, fragilidade extrema, dependência completa, demência avançada, uso de medicamentos de alto risco ou combinações, tempo prolongado de medicamentos que, suspensos, não aumentam o risco da doença.¹⁰

Desse modo, o presente relato de caso evidencia uma análise acerca da polifarmácia em paciente idoso, baseando-se na desprescrição como fator potencial a ser aplicado a fim de prevenir agravos e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

2 RELATO DE CASO

C.S.L., feminino, branca, nascida em 30/01/26, 93 anos, procedente de São Paulo. Paciente transferida de outra localidade para a instituição de longa permanência para idosos denominada Clínica Geriátrica Residencial em Sorocaba-SP em 11/09/12, com diagnóstico prévio de demência vascular há 5 anos, sem outras comorbidades. À admissão, apresentou-se com quadro de agitação psicomotora, delirium, inapetência e com indicação para gastrostomia. Ao exame físico, mal estado geral, agitada, desorientada em tempo e espaço, descorada +/4+, desidratada +/4+, bulhas rítmicas normofonéticas em dois tempos, ruídos hidroaéreos presentes e murmúrio vesicular reduzido em pulmão esquerdo.

Estava em uso dos seguintes medicamentos: Dramin B6 35gt se necessário, Lisador 1,5ml 35gt se necessário, Cewin 500mg (1-0-0), Trental 400mg (1-0-0), Monocordil 20mg (1-0-0), Tylenol 750mg (1-0-0), Reminyl ER 24mg (1-0-0), Quetiapina 100mg (1-0-0), Stimulance (1-0-0), Condroflex 1,5gr (0-1-0), Cobavital (0-1-0) 30min antes do almoço, Noripurum com ácido fólico (0-1-0), VitaE (0-1-0), Somalgin Cardio 81mg (0-1-0), Quetiapina 25mg (0-1-0), Cobavital (0-1-0) 30min antes do jantar, Trental 400mg (0-0-1), Monocordil 20mg (0-0-1), Tylenol 750mg (0-0-1), Quetiapina 25mg (0-0-1). De acordo com a apresentação clínica, foi reavaliado a prescrição da paciente e realizado processo gradativo de desprescrição dos fármacos potencialmente associados à agitação e inapetência, em destaque às drogas com farmacocinética no sistema nervoso central.

Em acompanhamento sequencial, em aproximadamente 3 meses após a admissão, paciente apresentou importante melhora clínica com agitação psicomotora compensada e retornando à alimentação. Atualmente, encontra-se em bom estado geral, dependente para as atividades básicas e instrumentais, sem outras restrições. Em dos seguintes medicamentos: Dipirona 20gt 6/6h se dor ou agitação, Omeprazol 20mg 1cp via oral em jejum (1-0-0), AAS Prevent 100mg 1cp via oral após o almoço, Noripurum 40gt via oral às 13h, Cispac Cranberry 1 sache/dia 13h e Risperidona 1mg 1/2cp via oral (0-0-1). As hipóteses diagnósticas atribuídas a este caso basearam-se na doença neurodegenerativa progressiva, demência vascular e polifarmácia. No entanto, a paciente passou por uma série de avaliações laboratoriais, metabólicas e de imagem, descartando outras causas para o caso, considerando

a polifarmácia como a condição predisponente associada à doença neurodegenerativa progressiva.

3 DISCUSSÃO

A prevalência da polifarmácia em idosos evidencia-se como aspecto significante na assistência geriátrica. Nos últimos anos, houve um aumento expressivo dos casos e diversos estudos correlacionam faixa etária e polifarmácia, sendo que o aumento da expectativa de vida e da multimorbidade coaduna a um maior apresentação do consumo medicamentoso. Tal condição é predisponente para a ocorrência de interações medicamentosas, que tem como fatores potencializadores o avanço da idade, a quantidade e medicamentos em uso e com as prescrições provenientes de vários médicos que cuidam de um mesmo indivíduo.²

No presente relato de caso, descreve-se uma paciente de com idade superior a 85 anos, alto risco para prescrição de medicações inapropriadas, estado nutricional comprometido e alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao processo tanto de senescência quanto senilidade. Tais características condizem a uma maior vulnerabilidade à ocorrência de eventos adversos, redução da eficácia terapêutica e risco aumentado de interações medicamentosas.¹²

Sabe-se que o uso concomitante de vários medicamentos por pacientes idosos aumenta o risco de reações adversas em torno de 50%, quando se faz uso de 5 medicamentos, e ultrapasse 95% quando se utiliza 8 ou mais. Ou seja, em comparação com pacientes com menos de 5 medicamentos em uso contínuo, os que tomam 8 ou mais medicamentos possuem 4 vezes aumentada a taxa de reações adversas.^{13,14}

A vulnerabilidade geriátrica aos eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos é uma crescente, o que se deve à complexidade dos problemas clínicos, à necessidade e múltiplos agentes e às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas relacionadas ao envelhecimento.¹⁵ Nesse sentido, a funcionalidade se apresenta inversamente proporcional à polifarmácia, melhor independência e menor uso de medicamentos, quando comparados à dependência que se associa às comorbidades, fator este que justifica o consumo de mais classes medicamentosas.²

De acordo com a literatura, como preditores associados à polifarmácia, tem-se as reações adversas aos medicamentos, quedas, desnutrição, declínio funcional, delirium, declínio cognitivo, hospitalização e maior índice de mortalidade.¹⁶ Além disso, a institucionalização obtém significância estatística de forma bimodal, ou seja, os idosos com

institucionalização recentes, em até 1 ano, e aqueles com mais tempo de institucionalização, acima de 3 anos, possuíram mais polifarmácia.²

Analisa-se que pacientes em maior instabilidade são mais propícios a prescrição de vários medicamentos simultaneamente. Já os institucionalizados crônicos, com declínio funcional e consumo medicamentoso são correlatos e progressivamente maiores. Fatores como internação em instituição de longa permanência, doença neurodegenerativa progressiva, agitação psicomotora, delirium e inapetência, presentes nesse caso, coadunam como carga substancial para os desfechos clínicos negativos, caracterizados nesse quadro clássico de polifarmácia.

Ao certo, não há consenso para determinar quais fármacos apresentam maiores fatores de risco aos idosos, mas, de modo geral, aqueles medicamentos com maior tempo de meia vida e dose terapêutica próxima da dosagem tóxica, são as que mais comumente se associam a efeitos adversos. Estudos analisam que medicações cardiovasculares foram responsáveis por 24,5% dos efeitos adversos, seguidos pelos diuréticos (22,1%); analgésicos não opioides (15%); hipoglicemiantes (10,9%) e anticoagulantes (10,2%).¹⁷ Os principais eventos indesejáveis relatados nesse relato de caso foram os distúrbios neuropsiquiátricos, gastrintestinais e endócrino-metabólico.

Em relação a potenciais riscos de iatrogenia medicamentosa em idosos, elenca-se os critérios de Beers-Fick, uma lista de medicamentos potencialmente inapropriados a idosos com 65 ou mais anos de idade, subdivididos em fármacos que deveriam ser evitados independente do diagnóstico ou condição clínica e fármacos que não devem ser usados em determinadas circunstâncias clínicas, devido ao alto risco de efeitos colaterais e com opção de prescrição de outros fármacos mais seguros. Quanto à paciente do caso, pode observar que a mesma realizava uso de alguns fármacos a ser evitados, como inibidores seletivo da acetilcolinesterase e antipsicóticos atípicos. Os mesmos, possivelmente, poderiam estar ocasionando piora funcional e cognitiva, em somatória a efeitos adversos das medicações cardiovascular, analgésicos e anticoagulantes, também em uso.

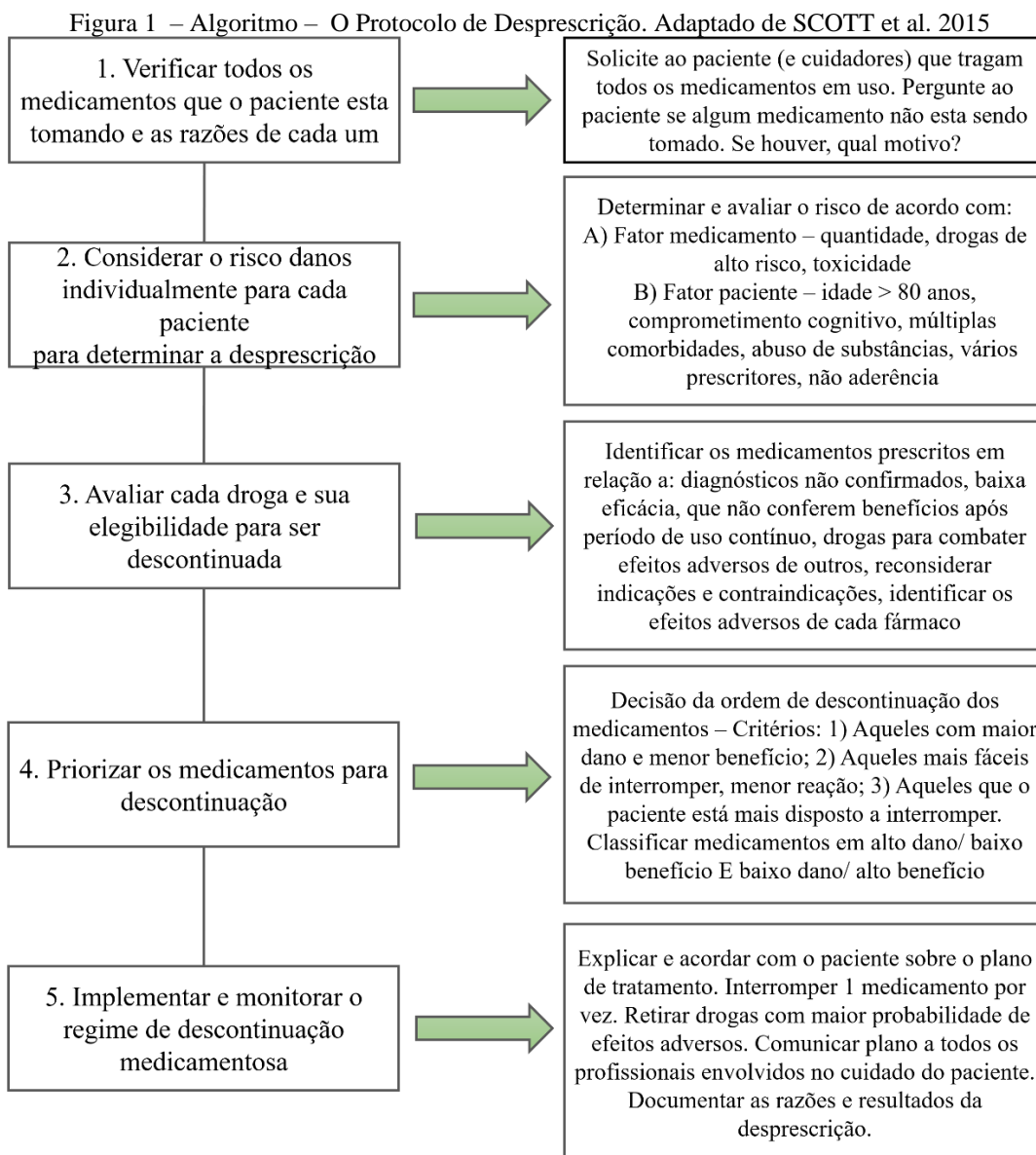
Os psicofármacos, por sua vez, inclusos na lista da paciente em estudo, caracterizam como classe medicamentosa muito utilizada por idosos e mostram-se associados aos quadros de polifarmácia¹⁸, associando-se a distúrbios de comportamento, inapetência e outras alterações apresentadas, que muitas vezes necessitam de vários outros medicamentos. Logo, é possível afirmar que a maioria dos medicamentos desta paciente foram prescritos de acordo com as diretrizes práticas, não considerando as circunstâncias individuais e os potenciais riscos de iatrogenia, como anteriormente descritos.

Consequentemente, a iatrogenia voltada aos quadros de polifarmácia, como neste caso, pode ser evitada ou reduzida, desde que consideradas algumas normativas da terapêutica geriátrica, como diagnóstico correto, avaliação do estado hepático, renal e nutritivo, emprego da menor dosagem necessária de medicamento e utilização do menor número possível de medicamentos. Considerar os benefícios e danos do medicamento ao paciente, quais são os objetivos do tratamento, a expectativa de vida do paciente, bem como a adesão ao tratamento³, são fundamentos básicos para a redução dos casos de atendimento com polifarmácia.

Atrelado a isso, evidências observacionais consideráveis sobre os efeitos adversos da polifarmácia em paciente idosos apoiam indiretamente a necessidade de desprescrição aplicada a esta classe.¹⁰ O uso de ferramentas ou algoritmos validados^{20,21}, como Critérios de Beers, STOPP 3, algoritmos e MAI, podem auxiliar na implantação e execução do processo e colaboram para eliminar os medicamentos redundantes ou inadequados em pacientes geriátricos.¹⁶ Outra estratégia para otimizar uma prescrição confiável é compreender que cada medicamento não é uma condição médica associada. As medicações sem uma indicação clara pode geralmente ser descontinuada.¹⁹ Considera-se assim, o processo de descontinuação de fármacos, uma busca por minimizar a polifarmácia e melhorar os resultados funcionais do paciente, sendo que a evidencia da eficácia para desprescrição é emergente de ensaios randomizados e estudos observacionais. Além do mais, ressalta-se que, os idosos em geral quando inclusos em quadros de polifarmácia, estão mais propensos à iatrogenia, o que interfere de modo direto na capacidade funcional.²²

Por denotar um processo sistemático de identificação e descontinuação de medicamentos²³ em situações potenciais que os danos superam os benefícios frente as metas de cuidado do paciente, com base nas evidencias e revisões sistemáticas^{20,21}, Scott et al. caracterizaram um protocolo de desprescrição baseado em cinco etapas, referenciado através do JAMA (Journal of the American Medical Association)¹⁰, aqui utilizado como parâmetro. De acordo com as etapas propostas, a abordagem da paciente desde a admissão caracterizou-se por listar todos os medicamentos em uso e a indicação, considerou-se o risco iatrogênico para determinar intensidade da desprescrição, avaliou-se o potencial de desprescrição de cada droga e suas interações, priorizou-se as drogas a serem suspensas e por fim, foi implementada a descontinuação medicamentosa em 3 meses e realizada a monitoração dos sintomas, havendo representativa melhora clínica e funcional, como descrito, documentando as condutas no prontuário a fim de delinear as medidas clínicas aplicadas ao caso.

Evidencia-se assim, que este protocolo de desprescrição, como exemplo aplicado ao caso em discussão, é de extrema importância e, apresenta como essência, compreender o paciente e suas experiências diárias com as medicações, considerando suas funções funcionais e cognitivas. A consideração aos aspectos biopsicossociais e amplo de avaliação, certamente, caracteriza-se como uma dos principais pontos para que a desprescrição seja aplicada de forma eficaz, segura e melhore a qualidade de vida do paciente.



4 CONCLUSÃO

A polifarmácia no idoso representa um problema amplo e multifatorial, pois os fármacos ainda são vistos como solução para todos os problemas apresentados, não levando em consideração os aspectos individuais de cada paciente. O processo de desprescrição

aplicada à polifarmácia traz à tona considerações importantes sobre a melhora clínica e funcional dos pacientes, como descrito nesse caso, favorecendo a qualidade de vida do paciente idoso e proporcionando-o menor vulnerabilidade a reações adversas. Não obstante, mesmo que ainda existem barreiras frente a desprescrição, como a insegurança em relação à quando e como suspender medicamentos, pressão dos protocolos para prescrição e quanto a suspender medicamentos de outros profissionais, faz-se necessário uma busca pela aplicabilidade dos protocolos na prática clínica geriátrica. Este, exige mudanças comportamentais principalmente dos profissionais da saúde, quanto ao gerenciamento das terapias medicamentosas, conceituando-se fundamento para a qualidade e segurança do cuidado ao paciente idoso.

REFERÊNCIAS

- [1] World Health Organization. Medication Without Harm – Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: **World Health Organization**, 2017
- [2] Lucchetti G, Granero AL, Pires SL, Gorzoni ML. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2010; 13(1):51-58
- [3] McGrath K, Hajjar ER, Kumar C, Hwang C, Salzman B. Deprescribing: A simple method for reducing polypharmacy. **J Fam Pract.** 2017 Jul;66(7):436-445
- [4] Donis ACG, Oliveira HSB, Sousa JRP. Prescrição medicamentosa potencialmente inapropriada (PMPi): aplicação dos critérios de Beers 2015 em um grupo de idosos do setor suplementar de saúde. **Monografia.** São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2017.
- [5] Vera ECBA. Terapia medicamentosa do idoso: fatores de influência [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, **Programa de Estudos Pós-graduados em Gerontologia**; 2017.
- [6] Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Rev Saude Publica** 2003; 19(3):717-24.
- [7] Lima GB et al. Uso de medicamentos armazenados em domicílio em uma população atendida pelo Programa Saúde da Família. **Ciênc. & Saúde Coletiva.** v.15, supl.3, p.3517-3522, 2010.
- [8] Pereira KG et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. **Rev Bras Epidemiol** Abr-Jun 2017; 20(2): 335-344
- [9] Bueno CS et al . Perfil de uso de medicamentos por idosos assistidos pelo Programa de Atenção ao Idoso (P.A.I.) da UNIJUÍ. **Rev. Bras. Ger. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.51-61, 2012.
- [10] Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, et al. Reducing Inappropriate Polypharmacy: The Process of Deprescribing. **JAMA Intern Med.** 2015;175(5):827–34.
- [11] Garfinkel D, Ilhan B, Bahat G. Routine deprescribing of chronic medications to combat polypharmacy. **Therapeutic Advances in Drug Safety.** 2015; 6(6), 212–33.
- [12] Mukete BN, Keith C, Ferdinand MD, FACC FAHA. Polypharmacy in older adults with hypertension: a comprehensive review. **J Clin Hypertens (Greenwich).** 2016;18(1):10-8.
- [13] Fulton MM, Allen ER. Polypharmacy in the elderly: a literature review. **J Am Acad Nurse Pract** 2005 Apr; 17(4): 123-32.
- [14] Casey Carroll, MD; Ahmed Hassanin, MD. Polypharmacy in the Elderly – When Good Drugs Lead to Bad Outcomes. A Teachable Moment. **Clinical Review & Education.** JAMA Internal Medicine Published online April 24, 2017.

- [15] Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev Bras Enferm.** 2010;63(1):136-40.
- [16] Sharma, Manvi et al. Polypharmacy and potentially inappropriate medication use in geriatric oncology. **J Geriatr Oncol.** 2016 Sep;7(5): 346-53
- [17] Gomes HO, Caldas CP. Uso inapropriado de medicamentos pelo idoso: Polifarmácia e seus efeitos. **Rev. HUPE, UERJ, Ano 7, p.88-99, 2008.**
- [18] Lucchetti G et al. Fatores Associados ao uso de psicofármacos em idosos asilados. **Rev. Psiquiatr. RS, v.32, n.2, p.38-43, 2010.**
- [19] Steinman MA, Hanlon JT. Managing medications in clinically complex elders: “there’s got to be a happy medium”. **JAMA.** 2010;304(14):1592-1601.
- [20] Primary Health Tasmania. **Deprescribing resources.** Disponível em: <<https://www.primaryhealthtas.com.au/resources/deprescribing-resources/>>. Acesso em: 18 fev. 2021
- [21] Bruyère Research Institute. **Deprescribing Guidelines and Algorithms.** Disponível em: <<https://deprescribing.org/resources/deprescribing-guidelines-algorithms/>> Acesso em: 22 fev. 2021
- [22] Marinho CL, Nascimento V, Bonadiman BSR, Torres SRF. Causes and consequences of fall among elderly people at home. **Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v.3, n.3, p. 6880-6896, 2020.**
- [23] O’mahony D, O’sullivan D, Byrne S, O’connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: Version 2. **Age Ageing.** 2015;44(2):213–218. doi:10.1093/ageing/afu145