

RELATO DE CASO DE POLIFARMÁCIA NO IDOSO: ATÉ ONDE PODE-SE CONSIDERAR IATROGENIA

CASE REPORT OF POLYPHARMACY IN THE ELDERLY: AS FAR AS IATROGENIA CAN BE CONSIDERED

NAYRTON KALYS CRUZ **DOS ANJOS**¹, SEBASTIÃO CÉLIO HORTA COELHO **FILHO**¹, THIAGO SANDE **MIGUEL**¹, BRUNA SANDE **MIGUEL**², VINICIUS SANDE **MIGUEL**², LILIAN COSTA **BRITO**¹, DÉBORA TRINDADE **MARTINS**¹, DANIEL ALMEIDA **COSTA**^{3*}

1. Alunos do Curso de Graduação em Medicina. Faculdade de Medicina de Valença; 2. Alunos de graduação em Medicina. UNIGRANRIO. 3. Prof. da Faculdade de Medicina de Valença - FAA / CESVA

* Fundação Educacional D. André Arcoverde | Centro de Ensino Superior de Valença - Rua Sargento Vítor Hugo, 161, Fátima, Valença, Rio de Janeiro, Brasil. CEP: 27600-000. professordanielmv@gmail.com

Recebido em 10/06/2017. Aceito para publicação em 22/06/2017

RESUMO

A senescência é o somatório das alterações orgânicas, funcionais e psicológicas próprias do envelhecimento normal; enquanto a senilidade é definida como condições que acometem o indivíduo no decorrer da vida baseadas em mecanismos fisiopatológicos. Atualmente, com o aumento da expectativa de vida, as doenças crônico-degenerativas se tornaram mais prevalentes, culminando no aumento da polifarmácia. Apresenta-se o caso de uma paciente idosa portadora de múltiplas patologias e em uso de variadas classes de medicamentos. Esta situação descrita no caso é comumente encontrada na prática médica, ressaltando que apesar da epidemia farmacológica usual aos idosos poder provocar reações adversas e interações medicamentosas, muitas vezes a polifarmácia se faz necessária para o tratamento e controle das doenças, lhes proporcionando uma melhor qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: polifarmácia, idoso, iatrogenia

ABSTRACT

Senescence is the sum of the organic, functional and psychological changes typical of normal aging; While senility is defined as conditions that affect the individual in the course of life based on pathophysiological mechanisms. Currently, with the increase in life expectancy, chronic-degenerative diseases have become more prevalent, culminating in the increase of polypharmacy. We present the case of an elderly patient with multiple pathologies using various classes of medication. This situation described in this case is commonly found in medical practice, emphasizing that, despite the usual pharmacological epidemic, the elderly can provoke adverse reactions and drug interactions, many times polypharmacy is necessary for the treatment and control of diseases, giving them a better quality of life

KEYWORDS: Polypharmacy, old man, Iatrogenic

1. INTRODUÇÃO

A velhice não é doença, mas sim um processo natural da vida com características próprias em que

ocorrem alterações no indivíduo, tanto nos aspectos físicos, metabólicos, emocionais e humorais¹. Atualmente, a elevada expectativa de vida existente no contexto brasileiro é decorrente de um conjunto de ações de saúde pública, melhorias no saneamento básico, e avanços tecnológicos voltados à saúde implantados nas últimas décadas. Inversamente, a taxa de fecundidade reduziu com o passar dos anos, sendo consequência do surgimento de programas de planejamento familiar e do processo de urbanização, levando a um rápido processo de transição demográfica². Devido ao envelhecimento de grande parcela da população, o aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas revelou ser de extrema importância e evidenciou circunstâncias onde a polifarmácia, iatrogenia e interações farmacológicas se fazem presentes^{3,4,5}.

Como expectativa tem-se que, em 75 anos de evolução da população brasileira (1950 até 2025), a faixa etária de idosos aumente em 15 vezes, de maneira a atingir o posto de sexta maior população senil em âmbitos mundiais em aspectos absolutos.² O uso de medicamentos nesta faixa etária é bastante elevado, com valores entre 60% a 90%, dos quais um terço utiliza cinco ou mais medicações simultaneamente.² Com o crescimento notório desse grupo populacional, se faz necessária uma maior atenção a quantidade de fármacos prescritos, uma vez que além da possibilidade de iatrogenia, há o aspecto financeiro envolvido, tanto por parte do sistema governamental quanto por parte dos próprios idosos^{3,6}.

A polifarmácia é definida como um regime terapêutico que inclua pelo menos um fármaco desnecessário ou o uso empírico de cinco ou mais medicamentos^{7,8,9,10}. Metade dos indivíduos em uso de seis ou mais drogas, recorrentemente recebem as prescrições de três ou mais médicos, o que acarreta um aumento de interações entre as substâncias e de desarticulação entre as condutas^{2,8}.

No contexto brasileiro, a farmacoepidemiologia do senil ainda é uma área pouco explorada. Dentre os diferentes fatores que levam à polifarmácia em idosos

se encaixam a idade avançada, o sexo feminino e a depressão^{3,12,11}. Embora nem todos os idosos precisem de medicamentos, a coexistência de polimorbidades crônicas no mesmo indivíduo que tenha acesso a saúde e a medicamentos, pode acarretar a prescrição de fármacos de diferentes grupos terapêuticos, elevando assim os riscos de efeitos adversos ou interações medicamentosas, porém estão justificados quando prescritos racionalmente e embasados em protocolos^{2,7,11}.

O presente relato evidencia uma paciente com várias patologias crônicas e com consequente uso de mais de cinco classes de medicações, o que configura polifarmácia. Diante disso, teve-se como objetivo estimular uma reflexão sobre a forma de como são prescritos os medicamentos para o idoso. Isto é, se sempre devem ser consideradas como polifarmácia ou se realmente elas se faziam necessárias a paciente, de maneira a não configurar um quadro de iatrogenia apenas pelo uso de várias medicações, visto que tais drogas se faziam necessárias a paciente,

2. CASO CLÍNICO

LM, feminino, 71 anos, solteira, natural de Belmiro Braga, Minas Gerais, aposentada. Portadora de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia há aproximadamente 12 anos, diabetes mellitus há aproximadamente 5 anos e artrite reumatoide há 22 anos. Os medicamentos que a paciente fazia uso estão descritos na tabela 1.

Tabela 1: Relação de medicamentos usados pela paciente

Fármacos	Dose
Enalapril	20mg / dia
Hidroclorotiazida	25mg/ dia
Sinvastatina	20mg / dia
Metformina	850mg / dia
Glibend amida	5mg / dia
Metotrexate	17,5mg / semana
Prednisona	10mg/ dia
Ác. Fólico	5mg / dia
Omeprazol	20mg / dia
Dipirona sódica	2000mg / dia

Além desses, a mesma se automedicava com ervas e substâncias medicinais carentes de comprovação científica. Paciente apresentava dependência para todas as atividades instrumentais da vida diária e parcialmente dependente para atividades diárias básicas, como vestir-se e banhar-se. Relatou história de tabagismo (10 anos/maço), mas nega etilismo.

Em dezembro de 2014, foi atendida no ambulatório de geriatria da Faculdade de Medicina de Valença, para acompanhamento de rotina de suas patologias de base. Referia histórico de artralgia desde os 18 anos de idade, com agravamento progressivo do quadro o qual culminou com deformidade de mãos há aproximadamente 3 anos. Paciente referia também episódios algícos intensos nas articulações dos ombros,

quadril e joelhos bilateralmente.

Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, consciente, orientada em tempo e espaço, corada, hidratada, acianótica, anictérica e afebril (36,6°C). Ao exame cardiovascular, bulhas normofonéticas em dois tempos, sem sopros ou irradiações; frequência cardíaca de 93 batimentos cardíacos por minuto; pressão arterial de 140/90 mmHg; pulsos periféricos presentes, rítmicos, amplos e intensos. Ao exame respiratório, murmúrios vesiculares universalmente audíveis, sem ruídos adventícios; frequência respiratória de 18 incursões respiratórias por minuto. Exame neurológico sem alterações. Abdome normotenso, timpânico, flácido, com ruídos hidroaéreos presentes, sem massas palpáveis ou visceromegalias. As mãos apresentavam-se deformadas, com discreto edema (+/4+) e com poliartralgia bilateral que poupava as articulações interfalangeanas distais e apresentava maior acometimento nas articulações metacarpofalangeanas.

Os exames laboratoriais durante rotina de acompanhamento ambulatorial estão representados na tabela 2.

A radiografia lombar revelou colapso de L1, osteófitos marginais em corpos vertebrais, com redução dos espaços discais de T12-L1, L1-L2, L4-L5 e L5-S1. Além disso, apresentava sinais de artrose nas articulações interapofisárias e quadril com sinais de artrose de forma incipiente.

Tabela 2: Exames laboratoriais de rotina no acompanhamento da paciente

Teste laboratorial	Resultado	Normal
Hemoglobina	11,4g / dL	12 - 16g / dL
Leucócitos	7800 mm ³	4.500 - 10.500mm ³
VHS 1ª hora - 2ª hora	90mm / hr - 105mm / hr	<30mm / hr
Plaquetas	245.000mm ³	150.000 - 450.000mm ³
Glicemia de jejum	70mg / dL	65 - 100mg / dL
Hemoglobina glicada	6,70%	<6,5%
Creatinina	1mg / dL	0,6 - 1,2mg / dL
Colesterol total	207mg / dL	<200mg / dL
Triglicerídeo	151mg / dL	<150mg / dL
HDL	69mg / dL	40 - 60mg / dL
LDL	107mg / dL	<100mg / dL
AST	24U/l	9 - 25U/l
ALT	17U/l	7 - 30U/l
PCR	12mg / dL	0 - 1mg / dL
TSH	1,5UI / ml	0,35 - 5,50UI / ml
Cobalamina	794pg / ml	205 - 876pg / ml
EAS	10 p/c	0 - 5 p/c
Proteinúria 24h	112mg / 24h	0mg / 24h

A paciente foi devidamente esclarecida sobre seu quadro patológico e concordou na descrição de seu caso, corroborando com a pesquisa científica e sendo anuente com a publicação do mesmo. A mesma foi devidamente explicada e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o que possibilitou a realização do presente relato.

3. DISCUSSÃO

No referido caso, encontramos uma paciente do sexo feminino que apresentava hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia e artrite reumatoide, sendo necessário o uso de diversos fármacos para seu tratamento, além da automedicação que incrementava ainda mais a quantidade de

medicamentos utilizados¹⁰. Deve-se referir que não pode-se deixar de tratar e/ou controlar as morbidades devido a quantidade de fármacos, porém estes devem ser usados criteriosamente e sempre embasados em protocolos de abordagem terapêutica de cada patologia, de modo a evitar o uso desnecessário dos mesmos, diminuindo assim possíveis efeitos adversos ou deletérios sobre o paciente^{4,7}. A automedicação deve ser desestimulada, pois além de não haver embasamento científico e anos de estudo da patologia, pode ser danosa ao paciente na medida que esta pode fazer uso excessivo de tais substâncias, além da possibilidade de interações medicamentosas com estas substâncias e substituição do fármaco ideal ao tratamento pela substância supostamente benéfica^{2,3,4}.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença com prevalência significativa, que acomete cerca de 50% da população idosa. Entre os casos de hipertensão, aproximadamente 90% são do tipo primário, cuja etiologia é idiopática¹². A principal adversidade da hipertensão baseia-se em seu caráter silencioso, o que dificulta a adesão ao tratamento, ocasionando lesões de órgãos vitais como cérebro, rins e coração¹³. A paciente referida fazia uso de Enalapril 20 mg/dia e Hidroclorotiazida 25 mg/dia voltados para o controle dessa morbidade, que de acordo com o acompanhamento estavam sendo eficazes, pois sua pressão arterial estava dentro do alvo proposto para sua idade, de maneira a evitar sequelas decorrentes desta patologia que poderiam vir a causar sequelas na paciente, prejudicando assim, além de seu estilo de vida, as outras comorbidades associadas.

O Diabetes Mellitus é uma patologia crônica com elevada prevalência mundial. Sua cronicidade pode ser estimada a partir das complicações decorrentes desta condição, como macroangiopatia, microangiopatia e neuropatias autonômicas e periféricas, associada ao uso da polifarmácia para o seu controle metabólico⁹. A Metformina 850 mg/dia e a Glibenclamida 5 mg/dia são um dos mais eficazes medicamentos disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) para o controle glicêmico em pacientes com Diabetes tipo II. Deve-se basear em exames laboratoriais para prescrever as doses, ou mesmo adicionar novos fármacos, evitando assim o uso desnecessário desses medicamentos, que poderiam causar consequências a paciente, como quedas e consequentes traumas. A mesma apresentava uma glicemia de jejum de 70mg/dl, o que corrobora com os benefícios de tais medidas terapêuticas, mas sua hemoglobina glicada de 6.70% encontrava-se um pouco acima do limite de normalidade, o que se faz perceptível a necessidade dessas drogas na abordagem da paciente.

Dislipidemia é uma condição clínica caracterizada por concentrações elevadas de lipídios ou lipoproteínas na circulação sanguínea. A idade, o aparecimento de doenças simultâneas e o envelhecimento dos órgãos fazem do paciente idoso um alvo para o incremento das taxas do perfil lipídico, assim como, maus hábitos alimentares e sedentarismo são fatores predisponentes

para o surgimento do quadro dislipidêmico. Portanto, a idade é um importante coadjuvante da terapia medicamentosa e seu efeito pode revelar-se mesmo antes dos 60 anos, uma vez que a chance de usar algum tipo de droga eleva-se desde a quarta década de vida^{11,14}. A paciente do presente estudo fazia uso de Sinvastatina 20 mg/dia, medicamento padrão utilizado na dislipidemia, o que atuava antagonizando o cardiovascular de eventos adversos, sendo de importância seu uso, uma vez que a mesma apresentava mesmo com o uso desta medicação um perfil lipídico limítrofe, com colesterol total 207 mg/dl, triglicérido 151mg/dl e LDL 107mg/dl.

A artrite reumatoide apresenta um caráter inflamatório crônico, de origem autoimune, que se caracteriza por acometimento poliarticular simétrico progressivo e, em determinadas situações, por sintomas extra-articulares¹⁰. A terapêutica padrão modifica-se de acordo com as circunstâncias em que cada paciente se encontra, tais como gravidade da doença, sua atividade e estágio, além da resposta a tratamentos prévios¹⁰. Entre as classes de fármacos que beneficiam os pacientes com artrite reumatoide encontram-se os analgésicos, antiinflamatórios não esteroidais, corticosteroides, drogas modificadoras do curso da doença e agentes biológicos¹⁰. As classes medicamentosas usadas pela paciente voltadas a tal comorbidade são Metotrexate 17.5mg/semana, Prednisona 10mg/dia, Ácido fólico 5mg/dia e Dipirona sódica 2000 mg/dia em casos de dor refratária, sendo imperioso a sua aplicação, pois a paciente apresentava um VHS 1ª hora de 90mm e na 2ª hora de 105 mm e um PCR 12mg/dl, evidenciando seu quadro inflamatório.

O aumento da expectativa de vida da população proporcionou uma elevação do número de portadores de doenças crônicas não transmissíveis, os quais necessitam de assistência contínua e onde os fármacos têm uma atuação fundamental¹⁵. Portanto, o uso abusivo de medicações caracteriza uma epidemia entre idosos, devido ao aumento constante da prevalência de doenças crônicas e de suas sequelas⁸. Os esquemas terapêuticos de várias doenças crônicas requerem a associação de diversas drogas, e sua prescrição em indivíduos portadores de uma ou mais patologias crônicas tem grande possibilidade de ser classificada como polifarmácia. Mais de 40% dos idosos consomem cinco ou mais medicamentos por semana e 12% usam dez ou mais agentes diferentes^{3,6,15}. Não obstante, vale ressaltar que apesar dos inúmeros casos do uso desnecessário de fármacos entre idosos, há uma necessidade de um olhar mais atencioso aos mesmos, uma vez que mesmo que haja um número exagerado de drogas em um paciente, estas podem estar sendo benéficas a este.

O uso de várias drogas é um fator prejudicial na adesão ao tratamento, de modo que com o avançar da idade, as doenças tendem a ser mais graves, e, consequentemente, o uso de serviços de saúde é mais intenso com maior dificuldade de discutir os complexos problemas, sendo assim medicalizados^{10,11}.

A paciente do presente relato fazia uso de medicações para o controle de doença cardiovascular, da diabetes, dislipidemia e artrite reumatoide, de modo a estar vinculada a tratamentos de longo-prazo, o que acarreta continuidade do padrão de uso de medicamentos nos anos subsequentes, sendo de fundamental relevância uma abordagem voltada não ao tratamento curativo de suas patologias, mas sim um melhor controle das mesmas, proporcionando uma melhor qualidade de vida, já que a mesma além de ser idosa também é portadora de comorbidades que a impossibilitam de realizar atividades da vida diária.

4. CONCLUSÃO

A probabilidade de reações adversas a medicamentos eleva-se de três a quatro vezes em pacientes com uso várias substâncias terapêuticas, de maneira a simular síndromes geriátricas ou precipitar quadros de incontinência, quedas e quadros de confusão mental. Pelo fato de que entre os idosos, os eventos adversos associados a medicações têm a polifarmácia e as interações medicamentosas como principais fatores, teve-se o intuito de analisar o impacto desses elementos na saúde e qualidade de vida do idoso, buscando evidenciar que apesar de muitas vezes o uso indiscriminado de medicamentos se fazer presente, deve-se analisar cada caso especificamente com suas particularidades, uma vez que nem sempre a polifarmácia pode apresentar apenas malefícios, já que certos pacientes, como o relatado acima necessitam de múltiplas drogas para seu controle patológico de base.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Zaslavsky C, Gus I. Idoso. Doença cardíaca e comorbidades. *Arq. Bras. Cardiol.* 2002; 54(6):635-639.
- [2] Da Silva R, Schmidt OF, Da Silva S. Polifarmácia em Geriatria. *Rev. da AMRIGS.* 2012;56(2):164-174.
- [3] Barbosa TM. Os idosos e a complexidade dos regimes terapêuticos. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2009;55(4):363-381.
- [4] Gomes H, O Caldas CP. Uso inapropriado de medicamentos pelo idoso: polifarmácia e seus efeitos. *Rev. HUPE.* 2008;7(1).
- [5] Melgaço TB, Carrera J de S, Nascimento DEB do, Maia C do SF Polifarmácia e ocorrências de possíveis interações medicamentosas. Belém, PA, Brasil, 2011.
- [6] Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2005;39(6).
- [7] Galvão C. O idoso polimedicado-estratégias para melhorar a prescrição. *Rev. Port. Clin. Geral.* 2006;22:747-752.
- [8] Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev. Bras. Enferm.* 2010;63(1).
- [9] Do Nascimento AB, Chaves EC, Grossi SAA, Lottenberg AS. A relação entre polifarmácia, complicações crônicas e depressão em portadores de diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2010;44(1).
- [10] Bagatini F, Blatt CR, Maliska G, Trespash GV, Pereira I A, Zimmermann AF, Storb BH, Farias MR. Potenciais interações medicamentosas em pacientes com artrite reumatoide. *Rev. Bras. Reumatol.* 2011;51(1).
- [11] Rocha CH, Oliveira APS, Ferreira C, Faggiani FT, Schroeter G, Souza ACA, DeCarli GA, Morrone FB, Werlang MC. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2008;13(0).
- [12] De Oliveira TC, de Araujo TL, Melo EM, de Almeida DT. Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2002;10(4).
- [13] De Oliveira TC, de Araujo TL. Mecanismos desenvolvidos por idosos para enfrentar a hipertensão arterial. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2002;36(3).
- [14] De Gregori F, Ziulkoski AL, Andrighetti, LH, Lourenço ED, Perassolo MS. Acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes dislipidêmicos de um lar de idosos na cidade de Nova Hamburgo-RS. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2013;16(1).
- [15] Carvalho MFC, Romano-Lieber NS, Bergsten-Mendes G, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML, Duarte YAO. Polifarmácia entre idosos do município de São Paulo – estudo SABE. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2012;15(4):817-827.