ICFEr Descompensada e Otimização dos Quatro Pilares Farmacoterápicos — Conciliação Medicamentosa e Transição do Cuidado (Dia 0226)

Por Cristiano Ricardo · Publicado em 30/09/2026

Análise clínica e farmacoterapêutica do Dr. Cristiano Ricardo sobre ICFEr Descompensada e Otimização dos Quatro Pilares Farmacoterápicos. Foco em Cardiologia Clínica & Hemodinâmica e Farmacoterapia & Seguimento Farmacoterapêutico: avaliação de prescrição, interpretação de exames laboratoriais (Creatinina 1,4 mg/dL (TFG CKD-EPI: 52 mL/min/1,73m²), K+: 4,8 mEq/L, NT-proBNP: 3.850 pg/mL, Na+: 136 mEq/L.), identificação do erro/risco potencial e conduta farmacêutica resolutiva baseada em Resolução C

Versão online e eventuais atualizações:
https://cristianoricardo.com/post/clinica-farmaceutica-dia-0226-icfer-descompensada-e-otimizacao-dos-quatro-pilares-farmacoterapicos

Cardiologia Clínica & Hemodinâmica · Farmacoterapia & Seguimento Farmacoterapêutico

ICFEr Descompensada e Otimização dos Quatro Pilares Farmacoterápicos — Caso Clínico #0226

Diretriz Pedagógica de Cuidado Farmacêutico · Dr. Cristiano Ricardo · Publicação de 30/09/2026

A presente lição clínica integra o programa diário de capacitação e prática farmacêutica avançada do Dr. Cristiano Ricardo.
Sob o tema ICFEr Descompensada e Otimização dos Quatro Pilares Farmacoterápicos, abordamos a tomada de decisão clínica à beira do leito hospitalar e no consultório, unindo o raciocínio fisiopatológico às evidências farmacológicas modernas e à legislação profissional vigente.

Enquadramento Regulatório & Deontologia: Esta conduta farmacêutica fundamenta-se na Resolução CFF nº 585/2013 (Atribuições Clínicas) e Diretriz SBC de Insuficiência Cardíaca, assegurando autonomia técnica, responsabilidade sanitária e prevenção ativa de iatrogenias medicamentosas.

1. Apresentação do Caso Clínico & Anamnese Farmacêutica

Perfil do Paciente e Admissão: Paciente de 64 anos, sexo masculino, fração de ejeção de 28%, classe funcional NYHA III, admitido por congestão sistêmica e piora da dispneia aos mínimos esforços.

Prescrição Médica Auditada: Enalapril 20mg 12/12h, Furosemida 40mg IV 8/8h, Carvedilol 25mg 12/12h, Espironolactona 25mg/dia. Solicitada troca de Enalapril por Sacubitril/Valsartana

© 2026 Cristiano Ricardo · cristianoricardo.com

sem respeitar período de washout.

2. Interpretação Farmacêutica de Resultados Clínicos e Laboratoriais

O farmacêutico deve correlacionar imediatamente a farmacocinética dos medicamentos prescritos aos parâmetros bioquímicos e hematológicos do paciente:

• Achados Laboratoriais Críticos: Creatinina 1,4 mg/dL (TFG CKD-EPI: 52 mL/min/1,73m²), K+: 4,8 mEq/L, NT-proBNP: 3.850 pg/mL, Na+: 136 mEq/L.

• Risco Terapêutico Detectado na Prescrição: Risco de angioedema grave potencialmente fatal pela administração de inibidor de neprilisina (sacubitril) sem respeitar a janela mandatória de washout de 36 horas após a última dose de IECA (Enalapril).

• Substâncias e Alvos Envolvidos: Sacubitril/Valsartana + Succinato de Metoprolol + Espironolactona + Dapagliflozina

3. Avaliação Crítica da Prescrição & Racional Fisiopatológico

A transição de IECA para ARNI exige vigilância absoluta do farmacêutico clínico. A degradação da bradicinina é inibida simultaneamente por ambas as vias, precipitando extravasamento capilar e asfixia por angioedema se não houver o intervalo de 36 horas. Adicionalmente, os quatro pilares devem ser titulados progressivamente a cada 2 a 4 semanas até as doses-alvo dos ensaios clínicos.

4. Intervenção Farmacêutica Estruturada & Plano de Cuidado

Conduta Farmacêutica Adotada (Método SOAP / Dáder / PCNE):

Orientada suspensão do Enalapril e respeito estrito ao intervalo de 36 horas de washout antes de iniciar Sacubitril/Valsartana 24/26mg 12/12h. Ajustada dose de furosemida de acordo com balanço hídrico diário e mantido monitoramento de K+ e função renal.

5. Perólas Clínicas e Recomendações para a Prática Diária

• Documentação em Prontuário: Registre formalmente toda intervenção farmacêutica utilizando a metodologia SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), resguardando a equipe e conferindo rastreabilidade sanitária.

• Comunicação Interprofissional Efetiva: Ao sugerir ajustes posológicos ao médico assistente, apresente o racional fisiopatológico, o risco toxicodinâmico documentado e a proposta alternativa concreta pronta para validação.

• Engajamento do Paciente (Teach-Back): Em ambiente ambulatorial, certifique-se de que o

paciente ou cuidador compreendeu os horários, interações com alimentos e sinais precoces de alarme que exigem pronto-socorro.

Dr. Cristiano Ricardo

Farmacêutico Clínico e Hospitalar · Especialista em Farmacoterapia & Cuidado Farmacêutico

© 2026 Cristiano Ricardo · cristianoricardo.com