Depuração Farmacológica em Hemodiálise e Terapias Contínuas (CVVHDF) — Conciliação Medicamentosa e Transição do Cuidado (Dia 0146)

Por Cristiano Ricardo · Publicado em 12/07/2026

Análise clínica e farmacoterapêutica do Dr. Cristiano Ricardo sobre Depuração Farmacológica em Hemodiálise e Terapias Contínuas (CVVHDF). Foco em Nefrologia Clínica & Terapias de Substituição Renal e Seguimento Farmacoterapêutico & Farmacoterapia: avaliação de prescrição, interpretação de exames laboratoriais (Filtro de polissulfona de alto fluxo em uso; efluente total de 2.800 mL/h; Paciente febril (38,8°C) e mantendo choque.), identificação do erro/risco potencial e conduta farmacêutica resolu

Versão online e eventuais atualizações:
https://dr.cristianoricardo.com/post/clinica-farmaceutica-dia-0146-depuracao-farmacologica-em-hemodialise-e-terapias-continuas-cvvh

Nefrologia Clínica & Terapias de Substituição Renal · Seguimento Farmacoterapêutico & Farmacoterapia

Depuração Farmacológica em Hemodiálise e Terapias Contínuas (CVVHDF) — Caso Clínico #0146

Diretriz Pedagógica de Cuidado Farmacêutico · Dr. Cristiano Ricardo · Publicação de 12/07/2026

A presente lição clínica integra o programa diário de capacitação e prática farmacêutica avançada do Dr. Cristiano Ricardo.
Sob o tema Depuração Farmacológica em Hemodiálise e Terapias Contínuas (CVVHDF), 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 e Diretrizes Clínicas KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes), assegurando autonomia técnica, responsabilidade sanitária e prevenção ativa de iatrogenias medicamentosas.

1. Apresentação do Caso Clínico & Anamnese Farmacêutica

Perfil do Paciente e Admissão: Paciente em choque séptico e falência renal anúrica em Hemodiafiltração Venovenosa Contínua (CVVHDF) com efluente de 35 mL/kg/h.

Prescrição Médica Auditada: Meropenem 500mg IV a cada 24h (dose padrão de DRC estágio 5 conservador); Vancomicina 1g pós-diálise apenas.

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: Filtro de polissulfona de alto fluxo em uso; efluente total de 2.800 mL/h; Paciente febril (38,8°C) e mantendo choque.

• Risco Terapêutico Detectado na Prescrição: Subdosagem crítica com mortalidade aumentada por aplicar tabelas de hemodiálise intermitente crônica em diálise contínua (CRRT). A CVVHDF depura ativamente fármacos hidrofílicos com baixo peso molecular e baixa ligação a proteínas.

• Substâncias e Alvos Envolvidos: Meropenem, Cefepima e Vancomicina em TRS Contínua

3. Avaliação Crítica da Prescrição & Racional Fisiopatológico

Erros de ajuste de dose em diálise contínua figuram entre as causas mais comuns de falha terapêutica antimicrobiana em UTI. O farmacêutico hospitalar especialista em nefrologia clínica deve dominar as equações de Sieving Coefficient (coeficiente de peneiramento) e saturação dialítica para garantir concentrações plasmáticas curativas.

4. Intervenção Farmacêutica Estruturada & Plano de Cuidado

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

Farmacêutico refez o cálculo: Meropenem em CVVHDF exige dose cheia inicial de 1g IV de 8/8h (ou 2g de 12/12h em infusão estendida) para compensar a perda no efluente. Vancomicina redimensionada com dose de ataque de 25-30 mg/kg e dose de manutenção de 500-750 mg a cada 12 horas guiada por dosagem sérica diária.

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

© 2026 Cristiano Ricardo · dr.cristianoricardo.com

alarme que exigem pronto-socorro.

Dr. Cristiano Ricardo

Farmacêutico Clínico e Hospitalar · Especialista em Farmacoterapia & Cuidado Farmacêutico