# Antifungicidoterapia Invasiva: Equinocandinas vs Azólicos no Paciente Crítico — Conciliação Medicamentosa e Transição do Cuidado (Dia 0186)

Por Cristiano Ricardo · Publicado em 21/08/2026

Análise clínica e farmacoterapêutica do Dr. Cristiano Ricardo sobre Antifungicidoterapia Invasiva: Equinocandinas vs Azólicos no Paciente Crítico. Foco em Infectologia Clínica & CCIH / Stewardship de Antimicrobianos e Farmacoterapia Hospitalar & Cuidado Farmacêutico: avaliação de prescrição, interpretação de exames laboratoriais (Galactomanana sérica positiva (índice 1,8); Eletrocardiograma com QTc de 490 ms; TGO 48 U/L, TGP 55 U/L.), identificação do erro/risco potencial e conduta farmacêutica

Versão online e eventuais atualizações:
https://professor.cristianoricardo.com/post/clinica-farmaceutica-dia-0186-antifungicidoterapia-invasiva-equinocandinas-vs-azolicos-no-p

Infectologia Clínica & CCIH / Stewardship de Antimicrobianos · Farmacoterapia Hospitalar & Cuidado Farmacêutico

Antifungicidoterapia Invasiva: Equinocandinas vs Azólicos no Paciente Crítico — Caso Clínico #0186

Diretriz Pedagógica de Cuidado Farmacêutico · Dr. Cristiano Ricardo · Publicação de 21/08/2026

A presente lição clínica integra o programa diário de capacitação e prática farmacêutica avançada do Dr. Cristiano Ricardo.
Sob o tema Antifungicidoterapia Invasiva: Equinocandinas vs Azólicos no Paciente Crítico, 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 RDC Anvisa nº 44/2010 (Controle de Antimicrobianos), Portaria MS nº 529/2013 (Segurança do Paciente) e Resolução CFF nº 585/2013, assegurando autonomia técnica, responsabilidade sanitária e prevenção ativa de iatrogenias medicamentosas.

## 1. Apresentação do Caso Clínico & Anamnese Farmacêutica

Perfil do Paciente e Admissão: Paciente onco-hematológico com leucemia mieloide aguda em quimioterapia de indução, neutropenia febril persistente no 5º dia de cefepima, com suspeita

de aspergilose pulmonar invasiva.

Prescrição Médica Auditada: Voriconazol 200mg IV 12/12h sem dose de ataque; Fenitoína 100mg VO 8/8h; Haloperidol 5mg IV se agitação.

## 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: Galactomanana sérica positiva (índice 1,8); Eletrocardiograma com QTc de 490 ms; TGO 48 U/L, TGP 55 U/L.

• Risco Terapêutico Detectado na Prescrição: Interação metabólica grave e contraindicação absoluta: Fenitoína é um potente indutor de CYP2C9, CYP2C19 e CYP3A4, reduzindo os níveis de Voriconazol em até 85%, inviabilizando o tratamento antifúngico. Risco aditivo de prolongamento de intervalo QTc e Torsades de Pointes com Haloperidol.

• Substâncias e Alvos Envolvidos: Caspofungina vs Voriconazol vs Anfotericina B Lipossomal

## 3. Avaliação Crítica da Prescrição & Racional Fisiopatológico

O voriconazol é o padrão-ouro na aspergilose pulmonar, mas exige farmacovigilância rigorosa. Sua farmacocinética não linear e seu amplo perfil de inibição/indução de enzimas CYP tornam a avaliação farmacêutica da prescrição uma barreira indispensável contra o fracasso terapêutico e a cardiotoxicidade.

## 4. Intervenção Farmacêutica Estruturada & Plano de Cuidado

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

Farmacêutico recomendou substituir Fenitoína por Levetiracetam (fármaco antiepiléptico sem metabolismo hepático significativo via CYP) e prescrever dose de ataque de Voriconazol (6 mg/kg IV 12/12h nas primeiras 24 horas, seguido de 4 mg/kg 12/12h). Monitoramento contínuo do ECG com suspensão de haloperidol para evitar arritmia ventricular.

## 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