

CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA: DISCREPÂNCIAS NA ALA HOSPITALAR

MEDICATION CONCILIATION: DISCREPANCIES IN HOSPITAL WARD

¹TULIO, V. S.; ²GUARIDO, C. F.

^{1e2}Curso de Farmácia – Faculdades Integradas de Ourinhos-FIO/FEMM

RESUMO

A conciliação medicamentosa aumenta a segurança do paciente, esta prática consiste na obtenção da lista precisa de medicamentos. Deve ocorrer no momento da admissão e em transições de cuidado contando com revisões da farmacoterapia, que identifica discrepâncias e evita reações adversas a medicamento, portanto o objetivo do presente trabalho foi demonstrar os erros potenciais e as discrepâncias na ala hospitalar causada por erros de medicação. Para tanto, foi executado uma revisão de literatura desde 2000 até o presente momento em base de dados virtuais. Discrepâncias foram identificadas, com potencial ou não de causar danos ao paciente, classificadas como intencionais e não intencionais. Erros de medicação foram identificados antes de chegar ao paciente, outros chegaram porém não causaram danos aos mesmos, e ainda identificaram erros envolvendo medicamentos de alto risco. Encontraram medicamentos que não estavam na lista prescrita pelo médico, e também pacientes não administravam os medicamentos prescritos. Conclui-se que a conciliação medicamentosa é um ferramenta de extrema importância, pois com sua implantação as discrepâncias são evidenciadas mais facilmente.

Palavras-chave: Reconciliação. Medicação. Segurança. Orientação e Erros na Medicação.

ABSTRACT

The medication conciliation increases patient safety. This practice consists in obtaining the precise list of medicines that the patient uses. It should occur at the time of hospital admission and at care transitions with reviews of pharmacotherapy, which identifies discrepancies and avoids adverse drug reactions. The objective of this study was to demonstrate potential errors and discrepancies in the hospital ward caused by medication errors. A literature review was performed out from 2000 to the present moment in a virtual databases. Discrepancies were identified, with or without potential harm to the patient, classified as intentional and unintentional. Medication errors were identified before arrive to the patient, others patients take the medication with errors but did not cause harm to them, and they still identified errors involving high-risk medications. They found medicines that were not on the list prescribed by the doctor, and patients also did not take the prescribed drugs. It is concluded that the medication conciliation is a tool of extreme importance, because with the implementation discrepancies are more easily evidenced.

Keywords: Reconciliation. Medication. Safe. Guidance and Medication Errors.

INTRODUÇÃO

A Conciliação Medicamentosa é uma estratégia que objetiva aumentar a segurança do paciente. Consiste em obter a lista completa dos medicamentos utilizados por cada paciente, deve ser feita de maneira precisa, e sempre atualizada. Sua execução deve ocorrer no momento da admissão e em qualquer transição de cuidado com o paciente, isto inclui transferências na própria unidade hospitalar (Unidade de Terapia intensiva) como para unidades diferentes (BONAUDO et al, 2018).

Conta com uma equipe multiprofissional, que poderá incluir um farmacêutico, um médico e um enfermeiro (BARNSTEINER, 2005). A não implantação ou implantação indevida desta estratégia pode causar erros de medicação além de possíveis reações adversas a medicamento, colocando em risco a segurança do paciente, que, segundo Alvim (2015) é entendida como a redução do risco, podendo ser um agente ou ação com potencial para causar danos ao paciente.

A Metodologia Dáder, de seguimento farmacoterapêutico, objetiva melhorar a qualidade de vida dos pacientes, através da cura das doenças, ou, quando isto não for possível, controlar suas consequências e os seus sintomas (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2009). A conciliação medicamentosa exerce papel fundamental em tal método, para obtenção da história farmacoterapêutica do paciente.

Portanto o objetivo deste trabalho é demonstrar os erros potenciais e as discrepâncias na ala hospitalar causada por erros de medicação

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico de revisão de literatura, com horizonte de tempo de 2000 até 2018.

Como critérios de inclusão, serão selecionados artigos e monografias nas línguas: português, inglês e espanhol.

Para tanto as bases de dados consultadas serão: Medline, Lilacs e Scielo e os descritores utilizados serão: “reconciliation”, “medication”, “safe”, “orientação” e “medication errors”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Barnsteiner (2005) deve ser obtida a lista de medicamentos em que o paciente administrou até a admissão hospitalar, contendo dose, frequência, via e horários de cada administração. Quando a lista for incerta, prescrições e registros de farmácias devem ser consultados, gerando de maneira precisa e sistemática uma lista organizada, que deverá ser anexada ao prontuário de cada paciente. Nas transições de cuidado, o computador da farmácia deve gerar um registro dos medicamentos utilizados, juntamente com o prontuário do paciente.

A incorporação de uma revisão na farmacoterapia como prática padrão durante e após a hospitalização pode identificar erros a serem corrigidos,

reduzindo o risco de eventos adversos a medicamentos (ANDERSON, MARRS, 2018).

De acordo com Mazhar et al. (2017), estes classificaram o dano potencial causado por erros na medicação utilizando um índice “National Coordinating Council For Medication Error Reporting and Prevention” (NCC MERP) que divide os erros em diversas categorias: A – sem erros; B – erro sem risco ao paciente; C – nenhum dano potencial; D – monitoramento ou intervenção potencialmente necessário para impedir danos e E – dano potencial.

Com o intuito de identificar discrepâncias em pacientes com diagnóstico de doença renal crônica de estágio avançado, Ibrahim et al. (2017) obtiveram dados sobre visitas domiciliares realizadas por enfermeiras a estes paciente, realizando uma revisão da farmacoterapia destes. 713 pacientes fizeram parte deste programa, com a média de idade de 70 anos, destes, 92,8% eram hipertensos, 51,1% diabéticos e 25,3% tinham insuficiência cardíaca congestiva. Obteve-se um total de 1280 discrepâncias, das quais 55% (n=392) apresentaram pelo menos uma discrepância, 12,1% apresentaram 5 ou mais, com uma média de 2 discrepâncias por paciente. 49,1% das discrepâncias encontradas representavam medicamentos que não estavam na lista prescrita pelo médico, 22,7% não administravam os medicamentos de tal lista, 18,4% administravam em dose diferente e 5% em frequência diferente da orientada. A classe de medicamentos com maior número de discrepâncias foram as cardiovasculares (15,5%), seguido das vitaminas (11%), agentes de doenças ósseas e minerais (8,9%), diuréticos (7%), analgésicos (6,7%) e medicamentos para diabetes (5%).

A fim de avaliar o impacto clínico da implantação de um programa de conciliação medicamentosa e avaliar a gravidade dos erros impedidos pela intervenção do farmacêutico, Digiantonio; Lund & Bastow (2018) analisaram 200 prescrições de pacientes com média de idade de 71 ± 17 anos. Foram encontradas 1762 discrepâncias, das quais 98,5% (197) continham pelo menos uma, totalizando uma média de oito discrepâncias por paciente. As mais comuns foram omissão (43%), dose (19%) e frequência (19%). 9,2% das discrepâncias (162) envolviam medicamentos de alto risco. Os farmacêuticos realizaram 235 intervenções, 77% delas (180) o erro ocorrido não chegou ao paciente, 23% (55) o erro chegou ao paciente, porém não causou danos, 13,6% envolveram medicamentos de alto risco (32). 160 erros (68%) foram considerados

significativos, pois causavam risco de vida. Quatro intervenções foram realizadas para erros com risco de vida (1,7%).

Estes erros e falhas podem provocar muitos problemas de várias ordens nos pacientes, inclusive aumentar o tempo de permanência no hospital, o que pode gerar aumento dos custos e aquisição de novas doenças.

Em busca de falhas na conciliação medicamentosa, DeCoucey et al. (2018) analisaram prescrições de crianças e de jovens adultos (<25 anos), com diagnóstico de doença crônica admitidos na unidade de atendimento intermediário e na unidade de terapia intensiva. Dos 308 pacientes, foi identificado 2739 discrepâncias, nas quais 413 foram erros não intencionais, porém, 69% destes tinham potencial para causar danos. 44% dos pacientes (n=134) apresentaram pelo menos um evento adverso, 24% (n=73 pacientes) dois ou mais e 5% apresentaram cinco ou mais (n=14). Do total de potenciais eventos adversos, 82% (232) tinham potencial para causar danos significativos, 16% (47) poderiam causar prejuízos resultando em alteração permanente da saúde e 2% (5) com risco de vida, se não fossem corrigidos.

A falta de participação do paciente no momento da admissão para obter a lista de medicamentos, dificulta o trabalho do profissional responsável pela conciliação. A presença de discrepâncias relacionadas a medicamentos não prescritos pelo médico mostra que os paciente se automedicam para tratar diversos problemas e isto pode desencadear eventos adversos.

Também podem haver discrepâncias relacionadas aos medicamentos prescritos, onde a adesão, dose e frequência podem estar diferentes da prescrição, tais discrepâncias podem ter como causa a falta de informação dada ao paciente pelo prescritor.

O farmacêutico pode ser peça chave na conciliação medicamentosa, usando ferramentas que auxiliem na transição de cuidado do paciente, como a obtenção da farmacoterapia utilizada antes da admissão hospitalar e o acompanhamento farmacoterapêutico através da farmácia clínica durante a hospitalização.

CONCLUSÕES

Pode-se concluir que uma ferramenta de conciliação medicamentosa auxilia os profissionais da saúde a identificar discrepâncias, as quais tem potencial ou não

de causar danos ao paciente. Uma vez implantada tal ferramenta, a identificação de discrepâncias fica de forma evidente, auxiliando na adesão, e seguimento do tratamento farmacoterapêutico.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, S.L.; MARRS, J.C. A review of the role of the Pharmacist in health failure transition of care. **CrossMark**, n.35, p.311-325, Fev. 2018.

BARNSTEINER, J.H. Medication Reconciliation. **State of the Science on Safe Medication Administration**, n.1 p.31-36, Mar. 2005.

BONAUDO, M. et al. Medication discrepancies across multiple care transitions: A retrospective longitudinal cohort study in Italy. **Plos one**. v.13, n.1, Jan. 2018.

DECOURCEY, D. et al. Medication reconciliation failures in children and young adults with chronic disease during intensive and intermediate care. **Pediatric Critical Care Medicine**, v.18, n.4, p.370-377, Apr. 2017

DIGIANTONIO, N.; LUND, J.; BASTOW, S. Impact of a pharmacy-led medication reconciliation program. **Pharmacy and Therapeutics**. v.43, n.2, Feb. 2018.

HERMÁNDES, D.S.; CASTRO, M.M.; DÁDER, M.J.F. **Método Dáder: manual de seguimento farmacoterapêutico**, 3.ed, Granada: Universitarias Lusófonas: p.128, 2009.

IBRAHIM, J. et al. Medication discrepancies in late-stage chronic kidney disease. **Clinical Kidney Journal**. v.11, n.11, Nov. 2017.

MAZHAR, F. et al. Medication reconciliation errors in a tertiary care hospital in Saudi Arabia: admission discrepancies and risk Factors. **Pharmacy Practice**.v. 15, n. 1, 2017.