

**“Concurso “Prêmio Farmacêutico Augusto Stellfeld – CRF-PR 2013”
FARMACÊUTICO É MAIS SAÚDE**

**AVALIAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS DOMICILIARES EM
PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NA CIDADE DE
CURITIBA-PR**

Autor: Juliano Amador da Silva

**AVALIAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS DOMICILIARES EM
PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NA CIDADE DE
CURITIBA-PR**

RESUMO

Reconciliação medicamentosa é o processo no qual é avaliada a prescrição domiciliar utilizada pelo paciente e comparada com a prescrição destes medicamentos desde o internamento até a alta hospitalar para que o tratamento medicamentoso seja continuado durante o internamento no hospital. É comum e de grande importância clínica a ocorrência de discrepâncias de forma não intencional entre os medicamentos de uso contínuo e os prescritos na internação, com potencial de causar eventos adversos, entre eles a síndrome de abstinência, que pode ser grave e colocar em risco a vida do paciente. A finalidade da reconciliação é evitar esses eventos adversos por prescrições inapropriadas ou erros de medicação. Foram entrevistados os pacientes que internaram em um hospital acadêmico, por um período de 30 dias, para verificar se esses pacientes permaneceram em uso da medicação domiciliar. Caso a medicação não estivesse prescrita, o médico responsável era imediatamente notificado da sua falta. O objetivo do presente trabalho foi avaliar a situação atual da reconciliação medicamentosa em um hospital acadêmico. Foram visitados 413 pacientes sendo que 165 faziam uso contínuo de medicamentos domiciliares. 686 medicamentos foram citados pelos pacientes dos quais 70% (n= 480) não foram prescritos no hospital. É importante que um histórico preciso de medicamentos seja obtido na admissão dos pacientes no hospital assim como a execução da reconciliação medicamentosa, com o envolvimento de toda a equipe assistencial para minimizar eventos adversos causados por medicamentos.

Palavras-chave: Reconciliação medicamentosa. Medicamentos de uso contínuo. Erros de medicação. Eventos adversos.

INTRODUÇÃO

Reconciliação medicamentosa é o processo de obtenção de uma lista, o mais completa e precisa possível, dos medicamentos em uso pelo paciente no momento da sua admissão no hospital e comparação com as prescrições médicas durante todos os pontos de transição do paciente dentro do hospital. O processo começa quando o paciente é admitido no hospital, continua quando o paciente é transferido para um diferente nível de cuidado, e finaliza quando o paciente deixa o hospital (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2008).

As informações iniciais sobre quais medicamentos estão em uso pelo paciente são obtidas através da comunicação do farmacêutico ou outro membro da equipe assistencial com o paciente, bem como dos familiares, análise de prontuários, análise de prescrições e discussões entre o farmacêutico e a equipe médica (ZIANI *et al.*, 2009).

A reconciliação medicamentosa é considerada efetiva quando ocorre a abordagem inicial no momento do internamento para avaliação da prescrição domiciliar. Essa listagem de medicamentos é disponibilizada para o prescritor assim que o mesmo iniciar a prescrição médica. Caso a anamnese inicial não seja possível, o histórico de medicamentos deve ser feito no primeiro dia do internamento (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2008).

A revisão das prescrições de medicamentos deve ser feita cada vez que o paciente se desloca de um setor para outro, para comparar as prescrições e corrigir qualquer diferença. Esse processo envolve a verificação, que é a coleta de histórico de medicamento; o esclarecimento, em que se assegura se os medicamentos e dosagens estão adequados; e reajuste, onde se documenta as alterações nas prescrições. Finalmente, a prescrição ambulatorial inicial deve ser novamente comparada com a prescrição dos medicamentos da alta, para assegurar a continuidade do tratamento (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2008).

A finalidade da reconciliação é evitar eventos adversos causados por medicamentos devido a discrepâncias não intencionais que podem ser consideradas erros de medicação (ZIANI *et al.*, 2009). Essas discrepâncias podem levar a terapia medicamentosa inadequada durante a internação, sendo que a ausência na prescrição de medicamentos de uso domiciliar pode prejudicar o tratamento hospitalar (MURPHY *et al.*, 2009).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), “evento adverso é qualquer ocorrência médica desfavorável, que pode ocorrer durante o tratamento com um medicamento, mas que não possui, necessariamente, relação causal com esse tratamento”. Da mesma forma, a ANVISA define erro de medicação como “qualquer evento que favoreça o uso inadequado de medicamentos podendo ou não causar danos ao usuário. Esse evento é visto como evitável, independente do medicamento estar sob controle de profissionais da saúde, pacientes ou consumidores” (BRASIL, 2008).

Pacientes internados podem ser atendidos por mais de um tipo profissional, dentre eles, médicos, enfermeiros e farmacêuticos, o que reflete seu movimento em sítios assistenciais além de sua transferência para outros setores nosocomiais. Estes fatores aliados a problemas de comunicação entre a equipe assistencial e a problemas relacionados ao rastreamento de pacientes, podem ser

causas de eventos adversos e erros de medicação podendo colocar em risco a saúde dos pacientes (THOMPSON-MOORE; LIEBL, 2012).

A atenção em um histórico preciso de medicamentos e em potenciais erros de medicação desde a admissão até a alta hospitalar permitem uma intervenção mais apropriada visando à melhora da segurança da medicação durante e após a hospitalização (PIPPINS *et al.*, 2008, p. 1419). Como exemplo, salientam-se os corticoides, que podem causar síndrome de retirada colocando em risco a vida do paciente, ainda benzodiazepínicos e outros fármacos que atuam no sistema nervoso central, que podem provocar síndrome de abstinência quando interrompidos bruscamente. Outros medicamentos como anti-hipertensivos de ação central podem causar elevações graves dos níveis pressóricos quando têm sua suspensão abrupta.

Tendo em vista estes aspectos, o presente trabalho teve como objetivo avaliar a situação atual da reconciliação medicamentosa na admissão dos pacientes em um hospital acadêmico situado na cidade de Curitiba, Paraná.

MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa exploratória descritiva que utilizou técnica de análise documental no estudo de entrevistas e prontuários disponibilizados por um hospital acadêmico localizado na cidade de Curitiba, Paraná durante o período de 30 dias.

Para verificar se os pacientes recém-internados permaneceram em uso da medicação domiciliar, foi realizada uma entrevista com o preenchimento de um questionário, no prazo máximo de dois dias após o internamento.

No questionário foi anotada a prescrição domiciliar e comparada com a prescrição médica, obtida por meio do prontuário eletrônico do hospital. Nos casos em que o medicamento de uso contínuo não foi encontrado na prescrição do hospital, o médico assistente foi imediatamente notificado, por meio de um lembrete anexado à prescrição.

Os pacientes para serem entrevistados possuíam capacidade cognitiva, idade acima de 18 anos ou acompanhante responsável que pudesse responder às perguntas contidas no questionário. Nos casos em que o paciente não soube elucidar todas as informações necessárias, foi solicitado auxílio do acompanhante. Também foi solicitado que o acompanhante trouxesse todos os medicamentos de

uso contínuo do paciente para que os dados pudessem ser os mais confiáveis possível.

Os pacientes que não quiseram participar do estudo ou que recusaram assinar o termo de consentimento foram excluídos da pesquisa sem qualquer prejuízo no tratamento em vigência. Os pacientes que não faziam uso de medicação ambulatorial também foram excluídos.

Os dados coletados foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2007, e as informações foram analisadas e comparadas com outros trabalhos realizados anteriormente.

Este estudo foi custeado integralmente pelos pesquisadores sem qualquer participação financeira externa, também não houve conflito de interesse por participação em outros estudos patrocinados. O projeto foi aprovado em pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Positivo em 12 de Agosto de 2011 e o número do parecer 095/11.

RESULTADOS

Como mostrado na Tabela 1, foram visitados 413 pacientes sendo que 165 (40%) faziam uso contínuo de medicamentos domiciliares, 95 (23%) não faziam uso contínuo e 153 (37%) não tiveram suas fichas preenchidas por não estarem acessíveis no momento da visita ou por falta de informação quanto aos medicamentos utilizados.

TABELA 1 – Quantidade de pacientes que tiveram ou não os questionários preenchidos (n=413)

Pacientes	n	%
Faziam uso contínuo	165	40
Não faziam uso contínuo	95	23
Fichas não preenchidas	153	37

FONTE: O autor (2012)

Através dos questionários verificou-se o uso domiciliar de 686 medicamentos por 165 pacientes, os quais faziam contínuo de medicamentos. As informações obtidas foram comparadas com as prescrições eletrônicas de cada paciente para estabelecer os medicamentos que foram prescritos e não prescritos na internação (Tabela 2).

TABELA 2 – Quantidade de medicamentos prescritos e não prescritos (n=686)

Medicamentos	n	%
Prescritos	206	30
Não prescritos	480	70

FONTE: O autor (2012)

Os 480 medicamentos não prescritos foram classificados em: medicamentos não prescritos com justificativa e medicamentos não prescritos sem justificativa. No entanto alguns medicamentos não foram considerados neste estudo pois estavam nos quartos com os pacientes e estes continuaram o tratamento normalmente. Esses dados podem ser visualizados na Tabela 3.

TABELA 3 – Quantidade de medicamentos não prescritos (n=480)

Medicamentos	n	%
Com justificativas	162	34
Sem justificativas	270	56
Nos quartos com os pacientes	48	10

FONTE: O autor (2012)

DISCUSSÃO

Vários trabalhos mostram a importância da reconciliação medicamentosa em ambiente hospitalar e como essa ferramenta pode ajudar a reduzir erros relacionados a medicamentos no internamento dos pacientes no hospital, evitando prejuízos que possivelmente podem ocorrer devido a esses erros (FERRACINI *et al.*, 2011; HELLSTRÖM *et al.*, 2012; MURPHY *et al.*, 2009; PIPPINS *et al.*, 2008; SÁNCHEZ *et al.*, 2008; TAM *et al.*, 2005; THOMPSON-MOORE; LIEBL, 2012). Discrepâncias relacionadas a medicamentos utilizados por pacientes na admissão hospitalar foram observadas em vários estudos (HELLSTRÖM *et al.*, 2012, p. 4; SOLER-GINER *et al.*, 2010, p. 167-168; TAM *et al.*, 2005, p. 511).

No estudo em questão foram observados quantos medicamentos de uso contínuo não foram prescritos na admissão hospitalar dos pacientes. 70% dos medicamentos não foram prescritos e mais da metade desses medicamentos (56%) não possuíam justificativas para sua ausência nas prescrições. Esses valores podem estar relacionados a erros de medicação que podem causar prejuízos no tratamento dos pacientes.

Soler-Giner *et al.* (2010) em seu estudo, de 136 pacientes, 86,8% tiveram discrepâncias relacionadas ao tratamento medicamentoso na admissão hospitalar. Das 519 discrepâncias o subtipo com maior número foi de 25%, que era a falta de algum medicamento na prescrição.

Tam *et al.* (2005) mostra que no momento da admissão hospitalar, de 10 a 67% de pacientes tem pelo menos 1 prescrição com discrepâncias em relação ao histórico de medicamentos sendo que esses erros, também observados por Hellström *et al.* (2012), variam entre omissão de medicamentos, erros de dose e frequência e inclusão de medicamentos não utilizados antes do internamento. Os autores citam ainda, a importância de um histórico de medicamentos através de entrevista com pacientes e familiares além da discussão com o médico responsável sobre discrepâncias intencionais e não intencionais.

No estudo de Hellström *et al.* (2012) em um hospital em que a população é principalmente idosa, aproximadamente 50% dos pacientes foram afetados por erros de medicação na admissão hospitalar. O alto número de medicamentos domiciliares e a falta de um serviço de cuidado comunitário foram significantes para o aparecimento dos erros. 93% dos erros foram corrigidos após sugestão do farmacêutico clínico ou iniciativa do próprio médico. Mesmo que em até 3 dias após o internamento do paciente a probabilidade do farmacêutico detectar uma discrepância ser alta, é preferível que a reconciliação medicamentosa seja executada em até 24 horas após o internamento do paciente para evitar danos por erros de prescrição. O autor sugere que a disponibilidade de uma lista atual dos medicamentos em uso por parte dos pacientes na admissão hospitalar facilita a obtenção do histórico de medicamentos dos mesmos assim como diminui o risco de erros de medicação.

No trabalho de Miranda *et al.* (2012) foi demonstrada a importância da atuação do farmacêutico clínico em unidade de atendimento primário, através da classificação (dose, frequência, compatibilidade, etc) e número de intervenções feitas pelos profissionais. O estudo relatou que, de 3.542 prescrições médicas, 1.238 receberam alguma intervenção e sugere a possibilidade do aumento da segurança e diminuição de eventos adversos aos pacientes.

Segundo o estudo de Sánchez *et al.* (2008) o farmacêutico clínico encontrou vários casos em que o tratamento crônico do paciente internado não estava correto, completo, ou até, a adequação aos medicamentos disponíveis no hospital não estava certa. Isso mostra que, a atividade de fazer a reconciliação dos tratamentos é um ponto positivo para a melhora da assistência prestada ao paciente e que o farmacêutico tem um grande valor neste processo. Como ponto positivo é citado que a reconciliação de medicamentos ajuda a evitar erros de medicações que

resultariam em mortes ou perdas permanentes da função, destes pacientes internados. Além disso, a reconciliação de medicamentos requer duas etapas básicas: registros médicos de atenção primária e ambulatorial e uma entrevista com o paciente ou acompanhante para saber sobre o tratamento real do paciente, sendo necessário um atendimento individualizado. Ainda, uma abordagem realista do autor, implica que os médicos e enfermeiros devem tomar conhecimento dos erros que acontecem e da importância da história farmacoterapêutica no momento da admissão hospitalar. Além de acesso à prescrições ambulatoriais e externas, a fim de dispor de informações exatas e atualizadas. Outra questão é a formação de um protocolo de registro de programas de substituição, troca ou interrupção de tratamentos terapêuticos com eficácia duvidosa, tanto na admissão como na alta.

Brilli *et al.* (2001 apud FERRACINI *et al.*, 2011, p. 456-457) relatou que na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) o farmacêutico conseguiu uma redução de 66% de efeitos adversos possíveis de serem evitados. Essas adversidades podem estar associadas ao aumento de 1,9 dias de permanência no hospital e o aumento do risco de morte. Kohn, Corrigan e Donaldson (1999 apud FERRACINI *et al.*, 2011, p. 457) mostram que aproximadamente 100.000 mortes ocorrem anualmente devido a erros na assistência ao paciente, deste valor 7.000 está ligado a medicamentos, estimando um custo de 77 bilhões de dólares por ano. Isso mostra que a presença do farmacêutico junto aos médicos pode auxiliar na melhor segurança do paciente e na racionalização de custos.

No estudo de Ferracini *et al.* (2011, p. 457) é possível verificar a evolução do farmacêutico clínico, que no início atuava junto às prescrições médicas, visita horizontal com a equipe médica e implantação de protocolos. No decorrer novas atividades foram incluídas como rotina gerenciada e outras atividades clínicas avançadas. Quanto às intervenções farmacêuticas, foram feitas pela análise do profissional às prescrições médicas e em caso de alguma disparidade entrava-se em contato com médico para que fosse possível alterar a conduta. O autor ainda cita que o custo-benefício do farmacêutico clínico depende da instituição, do número de internações e de leitos e dos serviços prestados pelo profissional.

Marques *et al.* (2011) aponta que pacientes recebem alta hospitalar apresentando baixos níveis de conhecimento em relação ao seu tratamento, em especial a terapia medicamentosa. Isso ocorre pela não compreensão ou até pela falta de informações prestadas ao paciente resultando na falha de adesão e

monitoração do tratamento, podendo levar a uma piora do quadro clínico e aumento da utilização e do custo dos serviços de saúde. O paciente que é corretamente instruído tem maiores chances de ter problemas futuros prevenidos, alcançando o sucesso do tratamento. Ainda, as informações e orientações prestadas não devem ser lançadas no dia da alta hospitalar e sim no decorrer do tratamento, começando no momento da admissão, para que o paciente sinta-se mais seguro e confiante e o profissional consiga entender as necessidades e a forma como lidar com cada um individualmente. Para isso, é importante avaliar o paciente quanto a suas habilidades cognitivas e motoras, nível de escolaridade, estilo de aprendizagem, além do estado físico e sensorial, e do potencial de adesão ao tratamento.

CONCLUSÃO

Tendo em vista que, na admissão hospitalar, muitos dos medicamentos de uso contínuo de pacientes deixam de ser prescritos, é de suma importância que se obtenha um histórico preciso de medicamentos e que se esteja atento para a reconciliação medicamentosa. Além disso, percebe-se de forma clara a necessidade da atuação interdisciplinar para reduzir eventos adversos muito frequentes no ambiente hospitalar, que muitas vezes podem ser graves e demonstra números de pacientes que não recebem os fármacos de uso contínuo enquanto estão internados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Diretrizes para o Gerenciamento do Risco em Farmacovigilância**. Brasília, DF, 2008.

FERRACINI F. T. *et al.* Implantação e evolução da farmácia clínica no uso racional de medicamentos em hospital terciário de grande porte. **Einstein**, São Paulo, v. 9 (4 Pt 1), p. 456-60, 2011.

HELLSTRÖM, L. M *et al.* Errors in medication history at hospital admission: prevalence and predicting factors. **BMC Clinical Pharmacology**, Kalmar, v. 12(9), p. 1-9, 2012.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). **5 Million Lives Campaign. Getting Started Kit: Prevent Adverse Drug Events (Medication Reconciliation)**. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2008. Disponível em:

<<http://www.ihp.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuidePreventAdverseDrugEvents.aspx>>. Acesso em: 6 jun. 2011.

MARQUES, L. F. G. *et al.* Orientação para alta hospitalar. **Rev. Pesq. Inov. Farm.**, São Paulo, v. 3(1), p. 36-42, 2011.

MIRANDA, T. M. M. *et al.* Intervenções realizadas pelo farmacêutico clínico na unidade de primeiro atendimento. **Einstein**, São Paulo, v. 10(1), p. 74-78, 2012.

MURPHY, E. M. *et al.* Medication reconciliation at an academic medical center: Implementation of a comprehensive program from admission to discharge. **American Journal of Health-System Pharmacy**, Madison, v. 66, p. 2126-2131, 2009.

PIPPINS, J. R. *et al.* Classifying and Predicting Errors of Inpatient Medication Reconciliation. **J Gen Intern Med**. Boston, MA, v. 23, p. 1414-1422, 2008.

SÁNCHEZ, O. D. *et al.* Conciliación de la medicación: asumamos la responsabilidad compartida. **Farm Hosp.**, Espanha, v. 32(2), p. 63-64, 2008.

SOLER-GINER, E. *et al.* Quality of Home Medication Collection in the Emergency Department: Reconciliation Discrepancies. **Farm. Hosp.**, Espanha, v. 35(4), p. 165-171, 2011.

TAM, V. C. *et al.* Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. **JAMC**, v. 173(5), p. 510-515, 2005.

THOMPSON-MOORE, N.; LIEBL, M. G. Health Care System Vulnerabilities: Understanding the Root Causes of Patient Harm. **American Journal of Health-System Pharmacy**. Houston, v. 69, p. 431-436, 2012.

ZIANI, P. B. *et al.* **Reconciliação medicamentosa: O papel do farmacêutico clínico**. São Paulo, SP: Hospital Paulistano; 2009. Disponível em: <<http://www.hospitalpaulistano.com.br/Portals/0/tabid/108/Default.aspx>>. Acesso em: 6 jun. 2011.