

Conciliação medicamentosa: quem é o responsável?

CASO EMBLEMÁTICO

Comentários de **Eric G. Poon, MD, MPH**

Objetivos do caso

- Reconhecer a prevalência e o impacto das discrepâncias na medicação durante as fases de transição do cuidado ao longo do sistema de saúde.
- Listar os obstáculos à boa conciliação medicamentosa.
- Compreender as melhores práticas para a conciliação medicamentosa.

Caso e comentários: parte 1

Um reparo de prolapso retal foi agendado para uma mulher com história de convulsões. Uma consulta antes da cirurgia indicou que a paciente tomava "Neurontin 250 mg" em casa. Quando internada para a cirurgia, a paciente informou ao anestesista que tomava Zarontin (etossuximida) 250 mg duas vezes ao dia. Este fato foi anotado em seu formulário pré-anestésico, no qual uma outra anotação indicando o uso de Neurontin tinha sido escrita e depois riscada. Nas anotações sobre a história clínica e o exame físico, os medicamentos utilizados atualmente pela paciente estavam registrados como "Ver Lista". No pós-operatório, foi prescrito Neurontin (gabapentina) 250 mg duas vezes ao dia.

As internações e altas hospitalares são eventos complexos, caracterizados por várias passagens de casos entre os prestadores de cuidado de saúde e inúmeras alterações no plano terapêutico do paciente. O regime de medicação a ser utilizado antes, durante e após a internação muitas vezes se torna objeto de confusão para os pacientes e profissionais durante as fases de transição do cuidado nos setores hospitalar e ambulatorial. Boa parte dessa confusão é ampliada pelo grande número de alterações feitas no regime de medicação (1), pela descontinuidade do cuidado (2), por internações curtas e pela educação inadequada do paciente. (3,4) Pesquisa recente apresenta indicações fortes de que essa confusão é uma das grandes causas de erros de medicação e de eventos adversos relacionados a medicamentos (EAMs). (5-9) Uma revisão sistemática recente sobre erros na história medicamentosa no momento da internação, estimou que 54 a 67% de todos os pacientes internados têm



pelo menos uma discrepância entre a história medicamentosa colhida pelo profissional que realiza a internação e o regime medicamentoso efetivamente realizado pelo paciente antes da internação. Além disso, apontou que, em 27 a 59% desses casos, essas discrepâncias têm o potencial de causar danos. (10-12) Um estudo sobre EAMs relacionados à internação hospitalar também revelou que discrepâncias na medicação foram o problema mais frequente relacionado a medicamentos no momento da alta hospitalar e a causa da metade dos EAMs evitáveis 30 dias após a alta. (13)

As discrepâncias ilustradas neste caso podem ser evitadas pelo uso de um processo conhecido como conciliação medicamentosa. Segundo a definição do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), a conciliação medicamentosa é um processo de identificação de uma lista precisa de todos os medicamentos que um paciente está utilizando — incluindo nome, dosagem, frequência e via de administração — e o uso dessa lista para dar medicamentos corretos aos pacientes em qualquer parte do sistema de saúde. Para pacientes internados em um hospital, o processo envolve a comparação da lista atual de medicamentos do paciente com as prescrições de internação, transferência e/ou alta hospitalar feitas pelo médico. (14)

Considerando-se os riscos à segurança do paciente gerados por discrepâncias na medicação durante as fases de transição do cuidado, grandes organizações de segurança do paciente, como o IHI e a *Coalition for the Prevention of Medical Errors*, desenvolveram recomendações e ferramentas para ajudar as organizações de saúde a estabelecer processos robustos de conciliação medicamentosa. (14,15) A recente determinação da *Joint Commission* para que todas as organizações de saúde "conciliem de forma precisa e completa os medicamentos ao longo de todo o *continuum* de cuidados" tem ampliado o interesse nesse importante problema da segurança do paciente e tem estimulado muitos hospitais a projetar e implementar sistemas confiáveis e eficientes de conciliação medicamentosa. (16)

Caso e comentários: Parte 2

Quando a prescrição de gabapentina 250 mg duas vezes ao dia foi recebida na farmácia, foi anotada como "gabapentina líquida" (a gabapentina não está disponível em comprimidos/cápsulas que permitam uma dose de 250 mg). O farmacêutico dispensou gabapentina líquida 250 mg/5 ml e inseriu uma nota no registro informatizado da farmácia, indicando "volume fornecido = 120 ml". Esse comentário foi necessário para que a farmácia soubesse a quantidade fornecida. O comentário também apareceu na etiqueta de prescrição colada na embalagem do medicamento e no registro eletrônico de administração de medicamentos (REAM). O hospital tinha implementado recentemente um novo sistema de REAM e não tinha como evitar que essas informações aparecessem no registro. A enfermeira que cuidava da paciente



interpretou mal o REAM e administrou uma quantidade excessiva de gabapentina líquida durante duas noites consecutivas (o valor exato não foi documentado). A paciente disse à enfermeira que a quantidade de remédio administrada parecia ser maior do que a que ela estava acostumada a tomar. Pouco depois, a paciente tornou-se letárgica e não conseguia caminhar. O farmacêutico verificou que o pedido para reabastecimento da gabapentina líquida tinha sido realizado antes do tempo esperado e que havia ocorrido uma superdosagem. Embora a superdosagem tenha sido observada naquele instante, a administração do medicamento incorreto (Neurontin em vez de Zarontin) não foi reconhecida até várias semanas mais tarde, quando o evento foi investigado mais detalhadamente.

Embora os objetivos da conciliação medicamentosa sejam simples, os hospitais de todo o país enfrentam grandes dificuldades em suas iniciativas para lidar com a questão. (17) Muitas vezes é solicitado aos prestadores de cuidado de saúde que reúnam uma história medicamentosa exata, usando informações de diversas fontes, muitas vezes imperfeitas, incluindo o paciente, seu cuidador, o médico da atenção primária, médicos especialistas, prontuários de ambulatórios, resumos de alta hospitalar e farmácias da comunidade. Além disso, os principais profissionais envolvidos, como médicos, enfermeiros e farmacêuticos, muitas vezes têm expectativas divergentes sobre quem é responsável por conciliar os medicamentos nas diversas fases do cuidado e sobre a forma de fazê-lo. Esse conjunto descoordenado de atividades de conciliação muitas vezes leva a redundâncias desnecessárias ou faz com que informações clínicas fundamentais não sejam compartilhadas.

Essas dificuldades são bem ilustradas neste caso. Em primeiro lugar, o médico que fez a consulta pré-operatória plantou as sementes deste evento adverso ao colher uma lista errada de medicamentos de pré-internação (LMPI) junto à paciente. O médico também deixou de verificar a história medicamentosa; ele não entrou em contato nem com o médico generalista que atendia a paciente, nem com o neurologista, nem com o farmacêutico, nem tentou acessar o prontuário ambulatorial da paciente ou o registro de medicamentos fornecidos pela farmácia. Em segundo lugar, embora a história medicamentosa tenha sido posteriormente corrigida pelo anestesista, o profissional responsável por escrever as prescrições de medicação da paciente durante a internação não foi alertado sobre a correção, o que possibilitou que o erro do profissional que fez o pré-operatório se propagasse do ambiente ambulatorial para o hospitalar. Em terceiro lugar, o médico e o enfermeiro que internaram a paciente não examinaram os registros de anestesiologia, nem reconfirmaram a LMPI junto à paciente, perdendo, assim, mais uma oportunidade de corrigir o erro. Em quarto lugar, é provável que a lista de medicamentos alterada pelo anestesista não tenha sido apresentada ao farmacêutico, impossibilitando-o de comparar as prescrições de internação com a LMPI da paciente. Em quinto lugar, tanto o médico que fez a



prescrição como o farmacêutico que dispensou o medicamento confiaram cegamente nas informações que lhes foram transmitidas por outro colega clínico, não questionaram a dose incomum de Neurontin e, como resultado, perderam ao menos duas outras oportunidades de evitar o evento adverso.

Como seria possível evitar eventos adversos como o que vimos neste caso? Embora existam certas estratégias promissoras, como o uso de dose unitária, códigos de barras e melhores convenções de nomenclatura para evitar confusões entre produtos farmacêuticos com nomes parecidos, o grande número de erros envolvidos no processo de conciliação medicamentosa aponta para a necessidade de reformular o processo como um todo. Com o desenvolvimento de melhores práticas para a conciliação medicamentosa na linha de frente do cuidado de saúde, diversos temas comuns têm surgido em projetos colaborativos (14,15,17) e em estudos publicados (7,18,19):

- Dada a variedade de disciplinas envolvidas no processo de utilização de medicamentos, qualquer processo robusto de conciliação medicamentosa deve envolver a participação de médicos, enfermeiros e farmacêuticos.
- O processo de conciliação medicamentosa deve ser definido claramente por uma equipe multidisciplinar e as responsabilidades por cada componente do processo devem ser atribuídas às partes envolvidas. Por exemplo, a figura abaixo ilustra um exemplo de processo de conciliação medicamentosa para pacientes cirúrgicos, que são atendidos antes da cirurgia por profissionais de enfermagem em um centro de avaliação pré-operatória para, então, serem internados em um hospital. (20) Uma vez definido, o processo deve ser validado junto a outros profissionais da linha de frente do cuidado de saúde.
- Os implementadores do processo de conciliação medicamentosa precisam reconhecer que não existe um processo único e universal que satisfaça as necessidades de todos os pacientes internados em um hospital e que será preciso desenvolver um número limitado de processos diferentes, dependendo da população de pacientes e da sua porta de entrada no hospital.
- Os implementadores também devem entender que a boa implementação do processo exigirá bastante treinamento, educação e apoio por parte dos líderes clínicos. A disposição para participar de programas contínuos de melhoria e monitoramento da conformidade é provavelmente um fator de sucesso para equipes multidisciplinares.
- Os implementadores da conciliação medicamentosa devem estar preparados para encontrar resistência por parte das equipes, pois, em muitos casos, será pedido aos profissionais que realizem tarefas que deveriam ter sido feitas, mas que foram



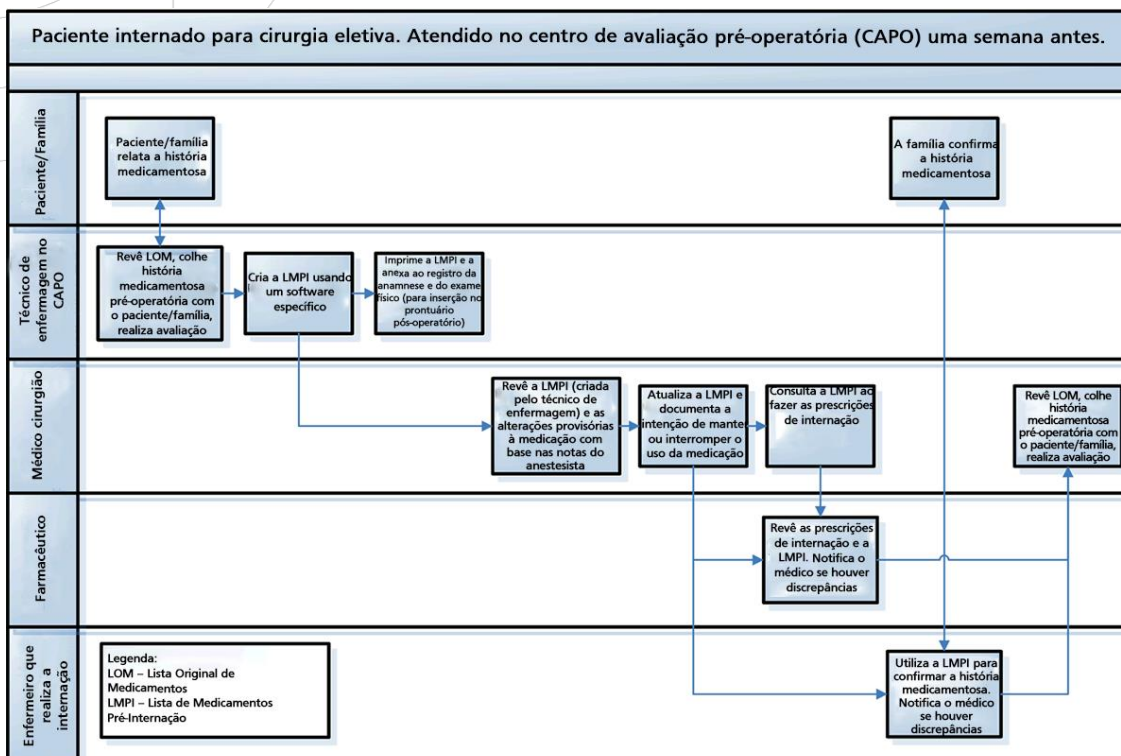
realizadas de forma incompleta (ou não realizadas) por falta de tempo (por exemplo, pedir ao médico que faz a internação que colha uma história medicamentosa precisa). Os implementadores devem estar prontos para enunciar os benefícios de segurança do novo processo e enfatizar que a compreensão da história medicamentosa do paciente faz parte da boa prestação do cuidado de saúde.

- Os pacientes devem ser vistos como um recurso a ser utilizado no processo de conciliação medicamentosa, principalmente porque eles são os que mais têm a ganhar com um processo seguro de utilização de medicamentos. Os pacientes e seus familiares devem ser instruídos a manter uma lista de medicamentos atualizada. Também devem entender por que utilizam cada um dos medicamentos, bem como as razões para mudanças na medicação. Por sua vez, os profissionais de saúde devem assegurar que, durante o processo de alta hospitalar, os pacientes sejam devidamente informados sobre quaisquer mudanças no regime de medicação.

Utilizando os princípios acima, muitas organizações começaram a apresentar melhores resultados. (7,18,19) Além disso, os esforços de hospitais de todo o país em resolver este problema têm levado ao surgimento de novas abordagens. Uma delas envolve o uso da tecnologia da informação para facilitar o processo de conciliação medicamentosa. Mais especificamente, nos sistemas de saúde que têm acesso a fontes confiáveis para registrar a história medicamentosa dos pacientes em formato eletrônico, uma ferramenta eletrônica poderia facilitar a verificação da história medicamentosa e gerar a LMPI. Além disso, uma vez verificada, a LMPI eletrônica poderia ser compartilhada entre profissionais de várias disciplinas e servir como base para as decisões de médicos, enfermeiros e farmacêuticos durante os processos de internação e alta. Nos hospitais que contam com sistemas de prescrição médica eletrônica (PME), a LMPI eletrônica também pode ser utilizada para facilitar a prescrição dos medicamentos hospitalares durante a internação e para preparar a lista de medicamentos pós-internação durante a alta. (20) Alguns hospitais estão explorando essa abordagem para aumentar a confiabilidade e reduzir o tempo de trabalho necessário para realizar o processo de conciliação medicamentosa. Porém, embora essa abordagem pareça promissora, ainda não foi inteiramente avaliada para determinar a sua efetividade e custo-efetividade. Além disso, como aprendemos em relação às limitações da tecnologia da informação em outros contextos do cuidado de saúde, precisamos entender que nenhuma tecnologia pode evitar a necessidade de projetar um processo confiável ou de assegurar a adesão dos profissionais da linha de frente do cuidado de saúde.

Pontos principais

- A falta de conciliação medicamentosa durante as fases de transição do cuidado provoca muitos eventos adversos evitáveis.
- Para projetar um processo robusto de conciliação medicamentosa, devemos começar por definir as etapas necessárias e decidir quem será responsável por cada etapa.
- Um sistema confiável de conciliação medicamentosa requer uma abordagem multidisciplinar, geralmente com a participação de médicos, enfermeiros e farmacêuticos ao longo de todo o contínuo de cuidados.
- Uma abordagem única, utilizada da mesma forma em todos os casos, provavelmente não funcionará, até mesmo dentro de um só hospital.
- A tecnologia da informação pode facilitar a conciliação medicamentosa se for concebida de modo a apoiar um processo bem desenhado.



Eric G. Poon, MD, MPH

Professor-Assistente de Medicina, Harvard Medical School

Division of General Medicine and Primary Care, Brigham and Women's Hospital

Fontes de financiamento: O Dr. Poon recebeu financiamento de pesquisa da Agency for Healthcare Research and Quality. Este artigo não inclui informações sobre o uso de



produtos para fins de pesquisa ou com finalidades diferentes das que são indicadas na bula do medicamento. Todos os conflitos de interesse foram resolvidos em conformidade com as Normas ACCME Atualizadas de apoio comercial.

Referências

1. Beers MH, Dang J, Hasegawa J, et al. Influence of hospitalization on drug therapy in the elderly. *J Am Geriatr Soc.* 1989;37:679-683. [ir ao PubMed]
2. Kripalani S. Best practices in communication after hospital discharge. Palestra apresentada na Annual Meeting of the Society of Hospital Medicine; 19 a 21 de abril, 2004; Nova Orleans, Louisiana.
http://www.hospitalmedicine.org/AM/Template.cfm?Section=SHM_Presentations&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentFileID=1779
3. Alibhai SM, Han RK, Naglie G. Medication education of acutely hospitalized older patients. *J Gen Intern Med.* 1999;14:610-616. [ir ao PubMed]
4. Calkins DR, Davis RB, Reiley P, et al. Patient-physician communication at hospital discharge and patients' understanding of the postdischarge treatment plan. *Arch Intern Med.* 1997;157:1026-1030. [ir ao PubMed]
5. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, et al. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from hospitals. *Ann Intern Med.* 2003;138:161-167. [ir ao PubMed]
6. LaPointe NM, Jollis JG. Medication errors in hospitalized cardiovascular patients. *Arch Intern Med.* 2003;163:1461-1466. [ir ao PubMed]
7. Rozich JD, Howard RJ, Justeson JM, et al. Standardization as a mechanism to improve safety in health care. *Jt Comm J Qual Saf.* 2004;30:5-14. [ir ao PubMed]
8. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, et al. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ.* 2005;173:510-515. [ir ao PubMed]
9. Coleman EA, Smith JD, Raha D, et al. Posthospital medication discrepancies: prevalence and contributing factors. *Arch Intern Med.* 2005;165:1842-1847. [ir ao PubMed]
10. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med.* 2005;165:424-429. [ir ao PubMed]

11. Gleason KM, Groszek JM, Sullivan C, et al. Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. *Am J Health Syst Pharm.* 2004;61:1689-1695. [ir ao PubMed]
12. Akwagyriam I, Goodyer LI, Harding L, et al. Drug history taking and the identification of drug related problems in an accident and emergency department. *J Accid Emerg Med.* 1996;13:166-168. [ir ao PubMed]
13. Schnipper JL, Kirwin JL, Cotugno MC, et al. Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. *Arch Intern Med.* 2006;166:565-571. [ir ao PubMed]
14. Institute for Healthcare Improvement. Getting started kit: prevent adverse drug events (medication reconciliation) how-to guide. Disponível em: <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/Campaign.htm?TabId=2> - PreventAdverseDrugEvents. Acessado em 7 de Agosto de 2007.
15. Massachusetts Coalition for Prevention of Medical Errors. Reconciling medications: recommended practices. Disponível em: <http://www.macoalition.org/documents/RecMedPractices.pdf>. Acessado em 7 de agosto de 2007.
16. Joint Commission. 2006 Critical access hospital and hospital national patient safety goals. Disponível em: http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/06_npsg_cah.htm. Acessado em 7 de agosto de 2007.
17. Practitioners agree on medication reconciliation value, but frustration and difficulties abound. ISMP Medication Safety Alert! Acute Care Edition. 13 de julho de 2006. Disponível em: <http://www.ismp.org/Newsletters/acutecare/articles/20060713.asp>. Acessado em 7 de agosto de 2007.
18. Michels RD, Meisel SB. Program using pharmacy technicians to obtain medication histories. *Am J Health Syst Pharm.* 2003;60:1982-1986. [ir ao PubMed]
19. Whittington J, Cohen H. OSF healthcare's journey in patient safety. *Qual Manag Health Care.* 2004;13:53-59. [ir ao PubMed]
20. Poon EG, Blumefeld B, Hamann C, et al. Design and implementation of an application and associated services to support interdisciplinary medication reconciliation efforts at an integrated healthcare delivery network. *J Am Med Inform Assoc.* 2006;13:581-592. [ir ao PubMed]

Figura: Exemplo de fluxograma funcional que define as responsabilidades pela conciliação medicamentosa para pacientes cirúrgicos eletivos.

Reimpresso com permissão da editora Elsevier. Em: Poon EG, Blumefeld B, Hamann C, et al. Design and implementation of an application and associated services to support interdisciplinary medication reconciliation efforts at an integrated healthcare delivery network. J Am Med Inform Assoc. 2006;13:581-592.

Créditos

Publicado pela *AHRQ WebM&M* em 2007 com o título

Medication Reconciliation: Whose Job Is It?

©2007 *AHRQ WebM&M*

Original disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/webmm/case/158>

Este texto foi originalmente escrito em inglês. A *AHRQ WebM&M* permitiu a tradução deste artigo e cedeu os direitos de publicação ao Proqualis/Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, único responsável pela edição em português.

Uma conversa com... Kaveh Shojania, MD

© Proqualis/Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, 2016

Coordenação Geral: Margareth Crisóstomo Portela

Revisão técnica: Carla Gouvea

Revisão gramatical/Copydesk: Infotags Desenvolvimento em Informática Ltda ME

Edição Executiva: Alessandra dos Santos e Miguel Papi

Tradução: Diego Alfaro