

A importância da conciliação medicamentosa na prática da farmácia clínica em hospitais

The importance of drug conciliation in the practice of clinical pharmacy in hospitals

DOI:10.34117/bjdv7n9-207

Recebimento dos originais: 07/08/2021

Aceitação para publicação: 01/09/2021

Conceição Beatriz Costa de Lira

Especialista em Farmácia Clínica Hospitalar

Graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Endereço: Rua General Cordeiro de Faria, s/n, Petrópolis, Faculdade de Farmácia,
Natal, RN – Brasil

E-mail: cbeatrizl@hotmail.com

Valéria Mirla de Oliveira

Graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Endereço: Rua General Cordeiro de Faria, s/n, Petrópolis, Faculdade de Farmácia,
Natal, RN – Brasil

E-mail: valeriamirla19@gmail.com

RESUMO

A inserção do farmacêutico no âmbito clínico busca melhorar os cuidados com a farmacoterapia. Utilizando-se de métodos como a conciliação medicamentosa, este profissional busca diminuir índices de interações entre medicamentos e erros de prescrição. A fim de mensurar o impacto deste método, o objetivo deste trabalho foi a avaliação da importância da conciliação medicamentosa na prática da farmácia clínica em hospitais. O presente estudo se trata de uma revisão de literatura realizada com busca em bases de dados entre os meses de janeiro e fevereiro de 2021, considerando os estudos realizados em hospitais que oferecem o serviço de conciliação medicamentosa. Foram estabelecidos itens de inclusão e exclusão para obtenção dos artigos a serem utilizados no trabalho. Posteriormente foi realizada leitura detalhada e seleção definitiva dos artigos. Posterior a busca nas bases de dados, 15 artigos foram selecionados para realização do estudo. Todos os trabalhos evidenciaram a importância da realização da conciliação medicamentosa por meio da equipe farmacêutica para prevenção de erros de medicamentos e aumento da segurança do paciente. Sobre as discrepâncias encontradas, a omissão e dosagem errada foram, respectivamente, as mais encontradas durante a avaliação. Concluindo-se que, a conciliação medicamentosa mostrou-se ser de suma importância na prática da farmácia da clínica em hospitais no que se trata da segurança dos pacientes internados. Sua realização previne potenciais erros de prescrição e possíveis resultados negativos à terapia medicamentosa, se tornando essencial para assistência farmacêutica prestada ao paciente.

Palavras chave: Conciliação medicamentosa. Farmácia clínica. Segurança do paciente. Erros de prescrição.

ABSTRACT

The insertion of the pharmacist in the clinical scope seeks to improve care with pharmacotherapy. Using methods such as medication reconciliation, this professional seeks to reduce interaction rates between medications and prescription errors. In order to measure the impact of this method, the aim of this study was to assess the importance of medication reconciliation in the practice of clinical pharmacy in hospitals. The present study is a literature review carried out with a search in databases between the months of January and February 2021, considering the studies carried out in hospitals that offer the medication reconciliation service. Inclusion and exclusion items were established to obtain the articles to be used in the work. Afterwards, a detailed reading and definitive selection of the articles was carried out. After searching the databases, 15 articles were selected for the study. All studies highlighted the importance of carrying out medication reconciliation through the pharmaceutical team to prevent medication errors and increase patient safety. Regarding the discrepancies found, omission and wrong dosage were, respectively, the most found during the evaluation. In conclusion, medication reconciliation proved to be of paramount importance in the practice of pharmacy at the clinic in hospitals with regard to the safety of hospitalized patients. Its performance prevents potential prescription errors and possible negative results to drug therapy, becoming essential for pharmaceutical care provided to the patient.

Keywords: Drug reconciliation. Clinical pharmacy. Patient safety. Prescription errors.

1 INTRODUÇÃO

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 do ano de 2013 propõe ações e condutas com intuito de promover a integralidade e a qualidade da segurança do paciente nos diversos serviços e níveis de cuidado em saúde, seja público ou privado. Esta RDC define as boas práticas de funcionamento nos serviços de saúde como componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços ofertados cumpram os padrões de qualidade esperados, havendo a redução do risco de qualquer dano associado à atenção à saúde.

Os erros de medicação, por sua vez, é qualquer evento evitável que pode levar a um dano ao usuário do medicamento. Estes erros podem ser causados por diversos motivos, dentre eles, a falta de comunicação da equipe de saúde, anamnese realizada de maneira incorreta, não solicitar histórico de uso de medicamentos prévios, entre outros (ANVISA, 2017). Estima-se que 50% destes erros de medicação ocorram no momento da alta ou transferência de enfermarias, se tornando pontos críticos que merecem maior cuidado por parte dos profissionais de saúde (LOMBARDI et al., 2016).

A fim de prevenir esses erros contribuindo para melhoria da segurança dos pacientes internados em hospitais, os serviços de Farmácia Clínica buscam a redução dos eventos adversos que possam comprometer o tratamento e bem-estar do paciente. Magalhães et al. (2016) concluiu em seu estudo que estes serviços são fundamentais para resolução dos problemas relacionados à farmacoterapia, trazendo oportunidades de melhorias no tratamento dos pacientes. O Farmacêutico clínico hospitalar quando inserido em equipes multidisciplinares tem como objetivo contribuir para eficácia da terapia farmacológica de seus pacientes, podendo detectar com mais facilidade eventuais interações medicamentosas e possíveis reações adversas (BERTHE et al., 2017). Para isso, a inserção do serviço de conciliação medicamentosa nos pontos críticos de transição de cuidado, seja na admissão ou alta hospitalar, busca a diminuição de casos de erros envolvendo medicamentos, contribuindo para resolução de discrepâncias encontradas no processo de cuidado que venham a comprometer a saúde do paciente.

Desta forma, este estudo tem por objetivo avaliar a importância da conciliação medicamentosa na prática da farmácia clínica em hospitais, avaliando seus resultados e benefícios quando aplicados em pontos de transição de cuidado terapêutico ao paciente hospitalizado e em processo de alta hospitalar.

2 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão da literatura de artigos publicados nas bases de dados PubMed e Scielo em busca de trabalhos relacionados aos impactos da realização da conciliação medicamentosa em hospitais. A busca pelos artigos foi iniciada no dia 01 de janeiro de 2021 e seguiu até o dia 28 de fevereiro de 2021. Foram utilizados os seguintes termos em inglês e português: Conciliação medicamentosa; Conciliação de medicamentos; Conciliar medicamentos; Reconciliação medicamentosa; Reconciliação de medicamentos; Reconciliar medicamentos; Erros de prescrição e Farmácia clínica.

A população do estudo foi definida como pacientes atendidos em hospitais de pequeno, médio e grande porte que realizam o serviço de conciliação medicamentosa. Foram selecionados como critérios de inclusão para seleção dos artigos os seguintes aspectos: estudos que reflitam os impactos da conciliação medicamentosa em ambientes hospitalares; idioma do estudo ser em inglês, espanhol, francês ou português; publicação realizada nos últimos 15 anos e possuírem resumo disponível. Revisões de literatura e relatos de casos sobre o tema foram excluídos do estudo.

A seleção final dos artigos deu-se através da avaliação dos itens de inclusão e posteriormente a leitura criteriosa dos trabalhos. Por fim, os artigos selecionados foram organizados e tabulados.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 RESULTADOS

Após a realização da busca nas bases de dados propostas (PubMed e Scielo), foi possível a identificação preliminar de 35 artigos. Posteriormente, foi realizada a avaliação criteriosa dos itens de inclusão e exclusão. Neste processo, 15 artigos foram selecionados para serem utilizados neste trabalho.

Os estudos selecionados para esta revisão de literatura reuniram, se somados, 7.548 pacientes de idades diferentes em suas pesquisas, sendo em sua maioria adultos e idosos. A amostra utilizada nesses artigos variou de 58 a 1810 pacientes recrutados. Por sua vez, o tempo de duração dos estudos incluídos nesta revisão foi de 2 a 12 meses.

Aproximadamente 34% das pesquisas incluídas descreveram a criação de um método de conciliação medicamentosa para uso em pacientes internados em hospitais que antes não ofereciam este serviço, com sua aplicação realizada nos pontos de transição do cuidado terapêutico. Os demais trabalhos (cerca de 66%) realizaram uma análise dos benefícios da aplicação de formulários de conciliação medicamentosa, assim como, avaliaram a inserção do profissional farmacêutico na clínica hospitalar. Em todos os trabalhos, foi possível afirmar que a busca pela exatidão, integralidade e entendimento da história medicamentosa da qual o paciente faz uso, nos momentos de admissão, troca de setores de cuidado ou alta hospitalar, se torna importante para melhoria da segurança do paciente e a prevenção da ocorrência de eventos adversos. Assim como, ficou notório que a realização deste serviço por meio de farmacêuticos contribui para diminuição dos índices de erros de medicamentos.

Todos os artigos inseridos nesta revisão evidenciaram a detecção de discrepâncias encontradas no momento da realização da conciliação medicamentosa. Dos 15 trabalhos incluídos, 10 mostraram que a omissão de medicamentos e a descrição de dosagem errada são, respectivamente, as discrepâncias mais comuns encontradas no momento da avaliação da prescrição junto a conciliação medicamentosa, fortalecendo a necessidade da obtenção do histórico correto da farmacoterapia utilizada pelo paciente promovido pela equipe de farmácia clínica, diminuindo as chances de riscos à saúde causados por erros na prescrição.

3.2 DISCUSSÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado da saúde. Os erros de medicação, por sua vez, são definidos como erros evitáveis que podem ocorrer ao longo do processo de terapia do paciente, desde o momento da prescrição médica até a hora da administração do medicamento (VASILEFF et al., 2009). Desta forma, qualquer desvio nos padrões comuns e corretos deste processo, poderá causar dano ao paciente. Os erros de medicação presentes nas prescrições de pacientes internados são considerados motivos de imenso alarde por parte dos profissionais da saúde e autoridades sanitárias, pois podem causar grande dano e agravamento do quadro clínico geral do paciente, aumentando os índices de morbidade hospitalar (BOSMA et al., 2018). A fim de prevenir a ocorrência deste tipo de erro, a adoção de medidas de prevenção por meio dos profissionais de saúde envolvidos neste processo se faz extremamente necessário, contribuindo para melhoria da segurança do paciente. Desta forma, a Organização Mundial da Saúde a fim de contribuir para prevenção destes erros de medicação, lançou seu Terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente: Medicação sem Danos, com o objetivo de reduzir em 50% os eventos graves e evitáveis relacionados à utilização de medicamentos em todo o mundo até 2022 (OMS, 2017).

Cronenwett et al. (2007) menciona em seu estudo que os erros de medicação correspondem a mais de 75% dos erros ocorridos em ambiente hospitalar. Concluindo também que cada paciente hospitalizado vivencia pelo menos um erro de medicação por dia em hospitais dos Estados Unidos da América. Lombardi et al. (2016) evidencia que mais de 50% dos erros de medicação ocorrem no momento da prescrição da alta hospitalar, assim como, nos pontos de transição onde os pacientes são transferidos entre unidades e setores do hospital, mostrando serem locais de grande vulnerabilidade para ocorrência destes erros.

Por sua vez, os serviços de farmácia clínica objetivam justamente a avaliação criteriosa da farmacoterapia, promovendo o uso seguro e racional dos medicamentos. Estes serviços visam a diminuição dos erros relacionados à terapia medicamentosa, propiciando melhoria da qualidade do cuidado terapêutico (BERNARDI et al., 2014). É sabido que o acompanhamento diário do farmacêutico clínico tende a aumentar a segurança do paciente, desta forma, o trabalho em conjunto com a equipe multidisciplinar possibilita que este profissional possa contribuir mais facilmente com seus conhecimentos

técnicos, de forma mais acessível aos demais profissionais de saúde e pacientes da equipe (WHITE et al., 2011).

Dentre as atividades clínicas do farmacêutico hospitalar, é descrito o processo de conciliação medicamentosa. Esta atividade consiste na elaboração de uma lista de medicamentos utilizados pelo paciente antes da internação hospitalar, assim como, a busca de informações clínicas pertinentes ao longo do seu tratamento, construindo uma anamnese farmacêutica (LESSELROTH et al., 2017). A busca por esta lista também ocorre nos conhecidos pontos de transição, como transferências de ambientes de internação, unidades hospitalares e no momento da alta do paciente. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 585 do ano de 2013, que dispõe sobre as atribuições clínicas do profissional farmacêutico, atribui a este profissional a elaboração desta lista atualizada, a qual contempla todos os medicamentos utilizados pelos pacientes durante todo seu processo de terapia, seja na admissão, transferência ou alta hospitalar, reiterando a importância da execução desta atividade na diminuição de erros de medicamentos.

Após a entrevista com o paciente, com a família ou com seus cuidadores, o segundo passo da conciliação medicamentosa é a comparação da lista com a prescrição médica de admissão, ou se for o caso de alta hospitalar, a comparação é feita com a prescrição de alta do paciente (LESSELROTH et al., 2017). Neste momento é possível realizar discussão dos achados importantes com a equipe multiprofissional e análise das discrepâncias encontradas no processo. Quando estas não são justificadas com o quadro clínico do paciente, o farmacêutico poderá intervir junto ao prescritor (LINDENMEYER et al., 2013). O processo de conciliação medicamentosa tem capacidade de interceptar e corrigir 75% das discrepâncias clinicamente importantes, antes que a mesma cause dano significativo ao paciente, tendo em vista que este processo promove a ocorrência de dupla checagem dos medicamentos utilizados (VIRA, T.; COLQUHOUN, M.; ETCHELLS, E., 2006).

Segundo Lombardi et al. (2016), as discrepâncias ocorridas no momento da prescrição da medicação podem acarretar danos relacionados tanto à efetividade quanto à segurança da farmacoterapia. Em seu estudo, o pesquisador concluiu que 54% dos medicamentos apresentaram algum tipo de discrepância, seja intencional ou não intencional. Estas ocorreram principalmente devido ao processo de coleta da lista de medicamentos feita de forma não cuidadosa, propiciando a ocorrência de interrupções de tratamentos em curso e agravamento de comorbidades não tratadas. Frizon et al. (2014) relata em seu estudo que a cada conciliação realizada, foi encontrada aproximadamente

4,6 discrepâncias por paciente, sendo elas 80% não justificadas e 20% justificadas com a clínica. Outro estudo realizado mais recentemente apontou 69,7% das discrepâncias não intencionais, sendo distribuídas nas seguintes categorias: erros de medicação, dose, frequência ou via de administração (VILLAMAYOR-BLANCO et al., 2016).

Dentre as discrepâncias não intencionais, o erro de omissão foi o mais prevalente encontrado nos estudos, com dados achados de 47,3% até 71,3%. Este erro se torna frequente devido à falta de informações obtidas no momento da admissão hospitalar (DUFAY et al., 2016). A omissão do medicamento na prescrição médica pode causar danos graves ao paciente, como por exemplo, interrupção de tratamento crônico, causando ineficácia da terapia medicamentosa devido a pausa no tratamento. Os demais erros mais frequentes variaram de: dose incorreta, prescrição incorreta, frequência incorreta e por fim, via de administração incorreta (FIGUEIRA et al., 2019).

Ferreira et al. (2016) ressalta que no âmbito hospitalar a oferta do serviço de conciliação medicamentosa realizado por profissionais farmacêuticos reflete na colaboração de ações para a farmacovigilância, contribuindo para a identificação, análise e avaliação, compreensão e prevenção de eventos adversos a medicamentos e possíveis resultados negativos a terapia. O aumento da qualidade do processo de conciliação de medicamentos quando realizado pelo profissional farmacêutico se torna notório e com resultados efetivos, devendo se tornar prioridade nos serviços clínicos hospitalares (VILLAMAYOR-BLANCO et al., 2016) (MÁRMOL-RODRÍGUEZ et al., 2015). Estudos evidenciam também que as adesões dos pacientes conciliados por farmacêuticos tendem a aumentar, quando comparado a aplicação do serviço por outros profissionais de saúde, melhorando o conhecimento e conduta dos pacientes (GHIMIREY et al., 2013).

A implementação do serviço clínico de conciliação medicamentosa em hospitais é aconselhada por organizações internacionais de segurança do paciente, tais como a World Health Organization e a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, se tornando um requisito importante para o selo de acreditação hospitalar, uma vez que a conciliação de medicamentos se torna um diferencial nos serviços hospitalares por promover melhorias ao cuidado e segurança do paciente hospitalizado (FIGUEIRA et al., 2019).

3 CONCLUSÃO

Ao fim desta revisão, é possível afirmar que a realização do serviço de conciliação medicamentosa nos diferentes pontos de atenção e transição de cuidado por parte da

equipe de farmácia clínica se mostrou de grande importância para a integralização da segurança do paciente no âmbito hospitalar, contribuindo para diminuição de eventuais resultados negativos a terapia medicamentosa que possam comprometer o tratamento e a saúde do paciente.

A qualidade do serviço ofertado demonstrou ser superior quando aplicado pelo profissional farmacêutico, pois quando inserido na equipe multidisciplinar, o mesmo relaciona seus conhecimentos técnicos à clínica do paciente, de modo a prevenir eventuais erros comuns de prescrição, tendo seu foco voltado a resolubilidade de discrepâncias encontradas no processo. Das discrepâncias mais encontradas, a conferência de possíveis casos de omissão, dosagem errada e demais equívocos na prescrição medicamentosa foi maximizada quando envolvendo estes profissionais.

Com o cuidado integrado da equipe multidisciplinar, o paciente também se torna chave importante em seu tratamento, pois o mesmo passa a entender de melhor forma a terapia de que está fazendo uso e suas possíveis consequências quando não há adesão da farmacoterapia de forma correta.

REFERÊNCIAS

AL-HASHAR, et al. Impact of medication reconciliation and review and counselling, on adverse drug events and healthcare resource use. **International journal of clinical pharmacy**, v. 40, n. 5, p. 1154-1164, 2018.

BERNARDI, E. A. T. et al. Implantação da avaliação farmacêutica da prescrição médica e as ações de farmácia clínica em um hospital oncológico do sul do Brasil. **Revista Especial para a Saúde**, v. 15, n. 2, p. 29-36, 2014.

BERTHE, A. et al. Conciliation médicamenteuse: un outil de lutte contre le risque iatrogène en gériatrie. **Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement**, v. 15, n. 1, p. 19-24, 2017.

BOSMA, L. B. E. et al. The effect of a medication reconciliation program in two intensive care units in the Netherlands: a prospective intervention study with a before and after design. **Annals of intensive care**, v. 8, n. 1, p. 1-13, 2018.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes/ **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: Anvisa, v. 10, n. 4, p. 12-16, 2017.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013**. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 ago. 2013.

BRAVO, P. et al. Conciliation médicamenteuse d'entrée en service de médecine interne: retour d'expérience après un an de pratique. **La Revue de Médecine Interne**, v. 40, n. 5, p. 291-296, 2019.

CRONENWETT, L. R. et al. **Preventing medication errors**. National Academies Press, 2007.

DRIES, S. S. Serviço de reconciliação medicamentosa com base no modelo canadense para uma ala de saúde mental. **Revista Especialize IPOG**, v. 1, n. 1, 2015.

DUFAY, E. et al. The clinical impact of medication reconciliation on admission to a French hospital: a prospective observational study. **European Journal of Hospital Pharmacy**, v. 23, n. 4, p. 207-212, 2016.

FERREIRA, C. E. F. et al. Identificação de reações adversas a medicamentos durante conciliação medicamentosa em hospital escola. **Ciências de Cuidados a Saúde**, v. 15, n. 3, p. 445-451, 2016.

FIGUEIRA, P. H. M. et al. Método estruturado para a prática de conciliação medicamentosa em hospital oncológico. **Sistemas & Gestão**, v. 14, n. 3, p. 1578, 2019.

FRIZON, F. et al. Reconciliação de medicamentos em hospital universitário. **Revista de enfermagem UERJ**, v. 22, n. 4, p. 454-460, 2014.

GHIMIREY, A. et al. Evaluation of pharmacist counseling in improving knowledge, attitude, and practice in chronic kidney disease patients. **SAGE open medicine**, v. 1, 2013.

JOINT COMISSION INTERNATIONAL (2017). Hospital Accreditation Standards: the Brazilian Consortium of Accreditation of Health Care Systems, Rio de Janeiro, Vol 6, pp. 296.

LESSELROTH, B. J. et al. Naturalistic Usability Testing of Inpatient Medication Reconciliation Software. In: **ITCH**. 2017. p. 201-205.

LINDENMEYER L. P; GOULART V. P; HEGELE V. Reconciliação Medicamentosa como Estratégia para a Segurança do Paciente Oncológico: Resultados de um estudo piloto. **Revista Brasileira Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 4, n. 4, p. 51-55, 2013.

LOMBARDI, N. F. A. et al. Análise das discrepâncias encontradas durante a conciliação medicamentosa na admissão de pacientes em unidades de cardiologia: um estudo descritivo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, 2016.

MAGALHÃES, A. C. A. F. et al. Avaliação da implantação do serviço de farmácia clínica na Unidade de Terapia Intensiva para contribuir na segurança do paciente. **Revista Médica de Minas Gerais [Internet]**, v. 26, n. 5, p. 16-22, 2016.

MÁRMOL-RODRÍGUEZ, J. A; RODRÍGUEZ-CASA, M. P. Estudio clínico de conciliación de la medicación al ingreso hospitalario en pacientes de las áreas de medicina interna y cirugía. **Ars Pharmaceutica**, v. 56, n. 3, p. 141-148, 2015.

MARZAL-ALFARO, B. et al. Erros de medicação em um serviço de emergências de acordo com o consenso espanhol de Reconciliação de medicação. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. v. 6, n. 2 p. 6-11, 2015.

SANTOS, C. L. et al. Reconciliação de medicamentos: processo de implantação em um complexo hospitalar com a utilização de sistema eletrônico. **Saúde Debate**, v. 43, n. 121, p. 368-377, 2019.

SPALLA, L. R; CASTILHO, S. R. Medication reconciliation as a strategy for preventing medication errors. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 52, n. 1, p. 143-150, 2016.

VASILEFF, H. M. et al. The effect on medication errors of pharmacists charting medication in an emergency department. **Pharmacy world & science**, v. 31, n. 3, p. 373-379, 2009.

VILLAMAYOR-BLANCO, L. et al. Conciliación de medicación al ingreso mediante un programa de prescripción electrónica asistida. **Farmácia Hospitalaria**, v. 40, n. 5, p. 333-340, 2016.

VIRA, T.; COLQUHOUN, M.; ETCHELLS, E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. **BMJ Quality & Safety**, v. 15, n. 2, p. 122-126, 2006.

WHITE, Christine M. et al. Utilising improvement science methods to optimise medication reconciliation. **BMJ quality & safety**, v. 20, n. 4, p. 372-380, 2011.