

Thacid Kaderah Costa Medeiros¹; Thays Santos De Andrade²; Andrea Almeida Tofani³

¹ Farmacêutica. Residente Multiprofissional em Oncologia. Serviço de Farmácia. Instituto Nacional de Câncer (INCA). E-mail: thacid@gmail.com.

² Farmacêutica. Mestre em Administração e Gestão da Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Serviço de Farmácia. Instituto Nacional de Câncer (INCA) E-mail: thaysgb@yahoo.com.br.

³ Farmacêutica. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Serviço de Farmácia. Instituto Nacional de Câncer (INCA). E-mail: atofani@inca.gov.br. E-mail: thacid@gmail.com.

INTRODUÇÃO

Através da conciliação medicamentosa, o farmacêutico pode desempenhar um importante papel no gerenciamento da farmacoterapia de seus pacientes, pela análise de discrepâncias encontradas no processo, a fim de prevenir danos desnecessários, para o alcance de bons resultados clínicos, redução dos riscos e melhoria na qualidade da atenção à saúde^{1,2}.

OBJETIVO

O objetivo desse trabalho consiste em avaliar a necessidade de intervenção farmacêutica, e descrever os resultados encontrados, na conciliação medicamentosa para pacientes admitidos na unidade de internação de um Centro de Transplante de Medula Óssea.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa por meio de entrevista a pacientes adultos internados entre novembro de 2018 e janeiro de 2019. A partir das entrevistas, foi possível a elaboração de uma lista de medicamentos em uso para cada paciente, e as discrepâncias desta com a prescrição da admissão hospitalar foram identificadas como intencionais ou não intencionais, e classificadas segundo o tipo de discrepância. Na existência de discrepância, intervenções farmacêuticas foram realizadas junto ao médico prescritor e as recomendações de adequação da terapia medicamentosa foram categorizadas e os desfechos obtidos quantificados. Avaliou-se o impacto dos erros de prescrição encontrados através da comparação entre suas classes de medicamentos, obtidas segundo ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification), com os definidos por Penm et al. (2018).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria das conciliações concluídas foi com pacientes gênero feminino (52,2%) e idade média de 47 anos, com uma variação de extremos entre 19 e 71 anos. Este resultado coincide com os encontrados por Marques et al. (2018), com pacientes submetidos ao TCTH nas diferentes etapas do tratamento, no qual a média de idade dos pacientes foi de 36 anos, com variação entre 18 e 69 anos, e nos mostra que, de uma forma geral, a idade média de um paciente que interna para transplante é baixa.

Das 142 discrepâncias encontradas, 80,3% foram intencionais (Figura 1). O que difere de outros estudos de conciliação, nos quais o maior número de discrepâncias foram não intencionais^{5,6}. Tal fato pode ser justificado pelo próprio processo de transplante, no qual, em função da farmacoterapia complexa, o ajuste intencional dos medicamentos é realizado para garantir que as etapas necessárias ao transplante ocorram, visando evitar o aparecimento de interações medicamentosas⁷.

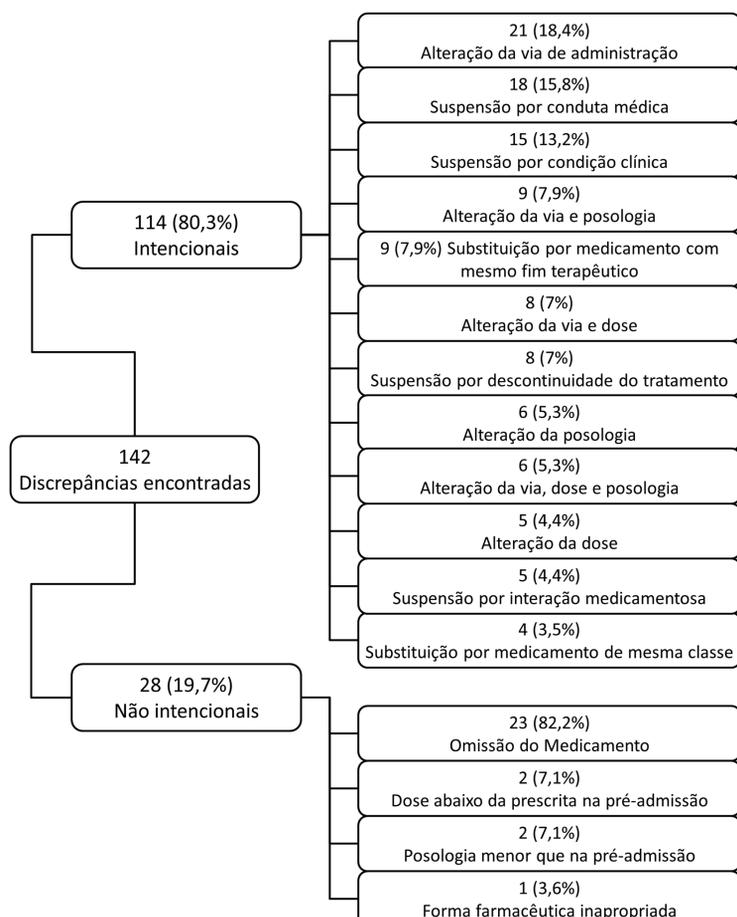


Figura 1. Perfil de discrepâncias encontradas.

Dentre as discrepâncias não intencionais (19,7%), 82,2% foram por omissão do medicamento, o que poderia ter resultado na descontinuidade da terapia, podendo causar danos a esse paciente (Figura 1).

Ao contrário do observado em Magalhães et al. (2014) e Spalla & Castilho (2016), que obtiveram aceitação médica de 73% e 90%, respectivamente, a maior parte das intervenções farmacêuticas realizadas no presente estudo não foram aceitas (66,7%), isto porque a maioria das discrepâncias envolvidas (54,4%) eram de caráter intencional, na qual a principal justificativa foi conduta médica (33,3%) (Tabela 1).

Nos 30 erros de prescrição identificados, as sugestões do farmacêutico de adequações na terapia foram aceitas, das quais 53,3% destas eram para inclusão do medicamento omitido (Tabela 1). Esse resultado é consistente com o encontrado por um outro estudo de conciliação medicamentosa⁸. Quando o farmacêutico identifica e soluciona um problema de omissão de um medicamento necessário, assegura-se o tratamento correto do paciente e reduz-se custos associados à sua omissão⁹.

Dentre os 28 erros prevenidos, os medicamentos classificados como de alto risco foram maioria (57,1%). Pacientes em uso de medicamentos de alto risco devem ser priorizados para a conciliação medicamentosa e apresentam um maior impacto de erro de prescrição frente aos demais, haja vista que a interrupção de seu tratamento poderá resultar em dano ao paciente¹⁰.

Tabela 1. Intervenções farmacêuticas realizadas.

Variáveis	N	(%)
Necessidade de intervenção farmacêutica		
Não	92	(50,5%)
Sim	90	(49,5%)
Intervenções aceitas		
Não	60	(66,7%)
Sim	30	(33,3%)
Justificativas das intervenções não aceitas		
Condição clínica	14	(23,3%)
Conduta médica	20	(33,3%)
Descontinuidade do tratamento	8	(13,3%)
Interação medicamentosa	5	(8,3%)
Substituição do medicamento	13	(21,8%)
Sugestões aceitas para adequação da terapia		
Ajuste de dose		
Alteração da posologia	2	(6,8%)
Alteração da via de administração	4	(13,3%)
Inclusão do medicamento	1	(3,3%)
Inclusão do medicamento não padronizado	16	(53,3%)
Substituição por medicamento com mesmo fim terapêutico	6	(20%)
1	(3,3%)	
Erros evitados		
Não	2	(7,7%)
Sim	28	(93,3%)

*N = 182 medicamentos

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados no presente estudo sugerem que o conhecimento farmacêutico aplicado ao processo de conciliação medicamentosa foi capaz de auxiliar na redução dos erros de medicação e possíveis complicações associadas, prevenindo danos à saúde dos pacientes, e mostrando-se uma ferramenta útil para encontrar e corrigir discrepâncias, garantindo assim o uso seguro de medicamentos oriundos do processo de transição do cuidado.

REFERÊNCIAS

- Schneider PJ. Using technology to enhance measurement of drug-use safety. *American journal of health-system pharmacy*. 2002; 59(23): 2330-2332.
- Magalhães GF, Santos GBNC, Rosa MB, Noblat LACB. Medication reconciliation in patients hospitalized in a cardiology unit. *PLoS one*. 2014; 9(12): e115491.
- Bisson MP. Farmácia clínica e atenção farmacêutica. Ed. Manole, 2007.
- Marques ADCB, Szecepanik AP, Machado CAM, Santos PND, Guimarães PRB, Kalinke LP. Transplante de células-tronco hematopoiéticas e qualidade de vida durante o primeiro ano de tratamento. *Rev. Latino-Am. Enf.* 2018; 26: e3065.
- Lombardi NF, Mendes AEM, Lucchetti RC, Reis WCT, Fávoro MLD, Corre CI. Análise das discrepâncias encontradas durante a conciliação medicamentosa na admissão de pacientes em unidades de cardiologia: um estudo descritivo. *Rev Lat Am Enferm*. 2016; 24(e2760): 1-7.
- Bandrés MAA, Mendoza MA, Nicolás FG, Hernández MAC, La Iglesia FR. Pharmacist-led medication reconciliation to reduce discrepancies in transitions of care in Spain. *International journal of clinical pharmacy*. 2013; 35(6): 1083-1090. HealthSSN: 2018; 16: 1892-1897.
- Spalla LDR, Castilho SRD. Medication reconciliation as a strategy for preventing medication errors. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2016; 52(1): 143-150.
- Machado VEG, Santos WS, Leitão JMSR, Carvalho FS, Arrais KWN, Nunes IR, et al. Cuidados clínicos aos pacientes renais transplantados no tratamento com imunossuppressores. *Revista Eletrônica Aceso Saúde/Electronic Journal Collection*.
- Kaboli PJ, Hoth AB, McClimmon BJ, Schnipper JL. Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review. *Archives of internal medicine*. 2006; 166(9): 955-964.
- Penm J, Vaillancourt R, Pouliot A. Defining and identifying concepts of medication reconciliation: An international pharmacy perspective. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2018; 1-9.