

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

ANDRESSA FERREIRA DA SILVA

**FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AS DISCREPÂNCIAS
MEDICAMENTOSAS NÃO-INTENCIONAIS NA ADMISSÃO
HOSPITALAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

MACEIÓ-AL

2021

ANDRESSA FERREIRA DA SILVA

**FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AS DISCREPÂNCIAS
MEDICAMENTOSAS NÃO-INTENCIONAIS NA ADMISSÃO
HOSPITALAR: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à
Universidade Federal de Alagoas, como parte dos
requisitos necessários para a obtenção do título de
Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Dias de Oliveira Filho

MACEIÓ

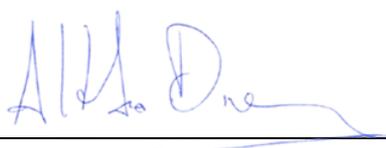
2021

FOLHA DE APROVAÇÃO

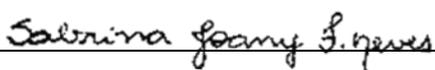
ANDRESSA FERREIRA DA SILVA

**FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AS DISCREPÂNCIAS MEDICAMENTOSAS
NÃO-INTENCIONAIS NA ADMISSÃO HOSPITALAR: UMA REVISÃO
SISTEMÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso
submetido à Universidade Federal de
Alagoas, como parte dos requisitos
necessários para a obtenção do título de
Bacharel em Farmácia.



Prof. Dr. Alfredo Dias de Oliveira Filho
Orientador



Prof. Dr. Sabrina Joany Felizardo Neves
Banca Examinadora



Ma. Andressa Leite Leão
Banca Examinadora

Dedico este trabalho a todas as pessoas
que contribuíram para o meu crescimento
e me incentivou durante toda a caminhada.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus e a Virgem Maria, que me deram força e coragem para enfrentar todos os obstáculos e dificuldades durante todos esses anos. Meu porto seguro na paciência e perseverança para continuar.

Aos meus pais, Neuma e Roberto, que sempre me incentivaram e acreditaram em mim durante toda a minha jornada, dando-me apoio, educação e amor. Tudo o que sou hoje, devo a vocês e quero lhes retribuir com orgulho e dedicação. Não há palavras para descrever tamanha gratidão.

À minha irmã, Maria Clara, por estar ao meu lado em todos os momentos, com companheirismo e amor, minha parceira para toda a vida.

Ao meu namorado, melhor amigo e companheiro, Alexandre, que me deu todo apoio e com paciência me deu palavras de esperança para continuar essa jornada, e sempre permaneceu comigo nos momentos bons e difíceis com carinho e amor.

A todos os meus colegas de faculdade por todo apoio e incentivo, vocês foram verdadeiros companheiros e anjos durante esses anos de graduação, em especial, Bruna Diniz, Bruna Rosa e Deyvisson Bruno, que compartilhamos momentos únicos na caminhada, e Bianca Freitas com quem dividi minhas expectativas e aflições, e sempre com palavras de apoio e sabedoria me incentivou a não desistir, o meu muito obrigado.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Alfredo Dias, pelos ensinamentos, encorajamento e auxílio na produção deste trabalho, pelo acolhimento no Núcleo de Estudos em Farmacoterapia (NEF) e oportunidade que a mim foram proporcionadas durante a trajetória na Universidade, o meu muito obrigado.

À professora Sabrina, por todos os ensinamentos, pela dedicação e paciência.

A todos os professores do Instituto de Ciências Farmacêuticas por todo conhecimento, ensinamentos e experiências na qual pude adquirir e fizeram parte do meu crescimento pessoal e profissional.

“Cada sonho que você deixa para trás, é um pedaço do seu futuro que deixa de existir.”

- Steve Jobs

RESUMO

As Discrepâncias Medicamentosas (DMs) podem atingir um grande número de pacientes durante as transições de cuidado, desde a admissão à alta hospitalar. Dentre as estratégias a fim de melhorar a segurança do paciente e tornar os erros de medicação evitáveis, estão: a obtenção da melhor história de medicamentos, realização da Conciliação Medicamentosa (CM) e a comunicação com os profissionais da saúde para possíveis intervenções. Diversos estudos têm identificado que as DMs são um problema de saúde pública, na qual afeta significativamente o tratamento de pacientes internados. Dessa forma, vários estudos tem analisado os preditores para essas discrepâncias, a fim de priorizar esses grupos na intervenção farmacêutica e na CM. O objetivo deste estudo foi identificar os fatores de risco de Discrepâncias Medicamentosas Não Intencional (DMNI) na admissão hospitalar. Foi realizada uma revisão sistemática na busca de publicações nas bases de dados: PubMed, Scopus e Google Acadêmico entre os períodos de maio de 2021 e novembro de 2021. Foram utilizadas as seguintes palavras-chaves: “Medication Discrepancies”, “Risk factors”, “Hospital”, “Hospital Admission”, “Medication Reconciliation”. Nos critérios de inclusão foram selecionados os estudos com amostra de pacientes com ocorrência de discrepâncias no momento da admissão. Atenderam aos critérios dez estudos publicados entre 2014 e 2021, direcionados a pacientes com doenças crônicas e sob a polimedicação. Após a análise dos fatores de risco, nove publicações apresentaram resultados satisfatórios na busca, sendo que um deles apresentou-se divergente dos demais. Dessa forma, todos os estudos identificaram preditores possíveis aos erros de medicação, o que revela a necessidade de priorização desses grupos na conciliação medicamentosa.

PALAVRAS-CHAVE: Discrepâncias Medicamentosas; Fatores de Risco; Admissão Hospitalar.

ABSTRACT

Medication Discrepancies (MDs) can affect a large number of patients during care transitions, from admission to hospital discharge. Among the strategies to improve patient safety and make medication errors preventable are: obtaining the best medication history, carrying out Medication Reconciliation (MR) and communicating with health professionals for possible interventions. Several studies have identified that MDs are a public health issue, which can significantly affect the treatment of hospitalized patients. Thus, several studies have analyzed the predictors for these discrepancies, in order to prioritize these groups in pharmaceutical intervention and in MR. The aim of this study was to identify the risk factors for Unintentional Medication Discrepancies (UMD) at hospital admission. A systematic review was carried out in search of publications in the following databases: PubMed, Scopus and Academic Google between May 2021 and November 2021. The following keywords were used: "Medication Discrepancies", "Risk factors", "Hospital", "Hospital Admission", "Medication Reconciliation". In the inclusion criteria, studies with a sample of patients with occurrence of discrepancies at the time of admission were selected. Ten studies published between 2014 and 2021, aimed at patients with chronic diseases and under polymedication, met the criteria. After analyzing the risk factors, nine publications showed satisfactory results in the search, one of which was divergent from the others. Thus, all studies identified possible predictors of medication errors, which reveals the need for prioritizing these groups in medication reconciliation.

Keywords: Medication Discrepancies; Risk factors; Hospital Admission

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Etapas de seleção dos artigos..... 22

Tabela 1 – Principais características avaliadas 23/24

LISTA DE ABREVIADURAS E SIGLAS

DMs	Discrepâncias Medicamentosas
CM	Conciliação Medicamentosa
DMNI	Discrepância Medicamentosa Não Intencional
EAM	Eventos Adversos a Medicamentos
EM	Erros de Medicação
SP	Segurança do Paciente
ISMP	The Institute for Safe Medication Practices
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 Discrepância medicamentosa	14
2.1.1 Discrepância não intencional.	15
2.1.2 Discrepância intencional.	15
2.1.3 Discrepância intencional não documentada.....	15
2.2 Admissão Hospitalar.	16
2.2.1 Erros de medicação	16
2.2.2 Fatores de risco	17
2.3 Conciliação Medicamentosa	18
2.3.1 Intervenção farmacêutica.....	18
2.3.2 Segurança do paciente	19
3. OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo geral.....	20
3.2 Objetivos específicos.	20
4. METODOLOGIA	21
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
7. REFERÊNCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

As Discrepâncias Medicamentosas (DMs) podem atingir grande parte dos pacientes nas transições de cuidado, desde a admissão à alta hospitalar. Entre as estratégias para melhorar a segurança do paciente e tornar esses erros evitáveis, incluem-se: obtenção da melhor história de medicamentos, através de entrevista seja com o paciente ou cuidador, quanto ao uso crônico das medicações; realização da Conciliação Medicamentosa (CM) e comunicação com os profissionais da saúde sobre possíveis mudanças nas prescrições (WHO, 2017).

Segundo a ISMP Canada, as DMs podem ser classificadas da seguinte forma: discrepância intencional, discrepância intencional não documentada e discrepância medicamentosa não intencional (DMNI), sendo a última uma causa para os Eventos Adversos a Medicamentos (EAM). Desse modo, ainda segundo a cartilha, a DMNI é denominada quando o prescritor altera, adiciona ou omite de maneira não intencional, um medicamento que o paciente fazia o uso, anterior a transição de cuidado (ISMP Canada, 2017).

Há estudos que relatam a prevalência de DMs associadas a determinados fatores, tais como influência da idade, gênero, comorbidades, diagnóstico, desconhecimento dos medicamentos em uso, problemas linguísticos, polifarmácia, comunicação indevida do paciente ou cuidador sobre o uso dos medicamentos (OAKBROOK TERRACE, 2009).

De acordo com a literatura, a prevalência de DMNI no momento da admissão hospitalar é alarmante e a maioria dessas discrepâncias é associada a um dano potencial aos pacientes (OKEROSI et al., 2016; DONG et al., 2021; MASSE et al., 2021). Nos estudos de Okerosi et al., em uma amostra de 100 pacientes, 930 discrepâncias foram encontradas durante a admissão, na qual 31% eram inexplicáveis, e quase metade desse percentual é uma determinante para o alto risco de dano ao paciente. Por outro lado, segundo relata Soares et al., em sua pesquisa, 47,3% dos pacientes no momento da admissão, apresentaram DMNI que não foram substituídas ou justificadas em prontuário, sendo então consideradas omissões medicamentosas.

Sabe-se que é importante identificar os fatores de risco que contribuem para o surgimento de discrepâncias, a fim de tornar o uso de medicamentos mais seguro ao paciente (COREN, 2017). Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo

identificar na literatura científica os fatores de risco das discrepâncias medicamentosas na admissão hospitalar.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Discrepância medicamentosa

A discrepância medicamentosa (DM) é definida como uma diferença entre os registros documentados durante a transição de cuidado (LOUISELLE et al., 2021). Além disso, qualquer desalinhamento entre esses registros, sejam eles - omissão de medicamentos – um medicamento de uso crônico pelo paciente, que não foi comunicado ou registrado; interrupção da medicação; medicamento incorreto – nunca tomado pelo paciente, mas erroneamente foi listado; dose, forma farmacêutica, horário de administração e frequência incorretas, fazem parte da DM. Tal desalinhamento inclui prescrições de medicamentos de venda livre, fitoterápicos e suplementos alimentares, tendo em vista, a capacidade desses insumos de causa superdosagem e interações com outras drogas relacionadas. (STEURBAUT et al., 2010).

Segundo alguns estudos, a DM possui classificações, de acordo com sua identificação no momento da admissão hospitalar, transferência de unidade e alta, que são analisadas nos registros de prontuário e durante o processo de Conciliação Medicamentosa (CM), podendo ser uma Discrepância não intencional, Discrepância intencional e Discrepância intencional não documentada (ISMP Canada, 2011).

Estudos científicos acreditam que as discrepâncias medicamentosas são consideradas um problema de saúde pública que ocasionam consequências clínicas e econômicas (CALERES et al., 2020).

De acordo com os estudos realizados por Salameh et al. (2017), em metade dos pacientes foi evidenciada uma taxa alarmante de discrepâncias, com ao menos uma discrepância não intencional, além disso, mais da metade do grupo foi considerado associado a um potencial dano ao paciente. Contudo, a prevalência de discrepâncias não intencionais variou dentro da literatura, tendo alguns estudos que mostram altas taxas de prevalência, que em mais de 60% dos pacientes no experimento, apresentaram pelo menos uma Discrepância Não Intencional (DMNI) (SALAMEH et al., 2018; OKEROSI et al., 2017).

Okerosi et al., afirma que o número de ocorrências de DM em pacientes na admissão hospitalar foi predominante naqueles com maior número de medicamentos de uso crônico. Ademais, a idade foi outro fator associado a essas prevalências, com associação negativa a discrepâncias medicamentosas. A variação na prevalência de

discrepâncias pode ser influenciada pelos diferentes conceitos que são utilizados na avaliação e identificação entre os estudos.

2.1.1 Discrepância não intencional

É definida como aquela em que o prescritor altera acidentalmente, adiciona ou omite um medicamento que o paciente estava fazendo o uso antes de admissão hospitalar (ISMP Canada). Discrepâncias não intencionais são erros de medicação em potencial, que podem levar a eventos adversos a medicamentos (EAM). Esses erros podem ser reduzidos, através do treinamento com profissionais da saúde, na obtenção da melhor história de medicamentos e intervenção do farmacêutico clínico (ISMP Canada).

Dentro da literatura, a prevalência de discrepâncias não intencionais sofre variações. Alguns estudos mostraram altas taxas de prevalência – mais de 60% dos pacientes apresentaram pelo menos uma discrepância não intencional (DONG et al., 2021; OKEROSI et al., 2017; VIRA et al., 2006). Essa variação na prevalência de DM pode ser associada a diferentes definições utilizadas na identificação e avaliação dos estudos. Além disso, vários autores utilizaram diferentes delineamentos de estudo e critérios de inclusão para os pacientes recrutados, levando a variações na população do estudo (DONG, P.; PHAM, V.; NGUYEN, L.; 2021).

2.1.2 Discrepância intencional

De acordo com Rodrigues, D. (2015) é aquela em que o médico intencionalmente opta por adicionar, alterar ou interromper o tratamento com um medicamento. Assim sendo, a autora afirma que essa discrepância pode ser documentada ou identificada por meio de uma evidente alteração na condição clínica do paciente. que não é considerada um erro de medicação. A razão pela qual houve a mudança da prescrição, deve ser documentada, assim como qualquer cuidado realizado ao paciente, todavia, não é considerada como um erro de medicação (ISMP Canada, 2017).

2.1.3 Discrepância intencional não documentada

Moghli et al. (2020) afirma a definição, quando na transição de cuidado prescritor não documenta em prontuário de forma clara o interrompimento ou alteração dos medicamentos listados na história anterior de medicamentos, neste caso, surge

confusão entre membros da equipe de saúde, o que pode conseqüentemente causar erros de medicação. Ademais, o Institute for Safe Medication Practices Canada afirma que esses erros podem ser minimizados com a padronização de um método para documentar as prescrições na admissão. O autor evidencia ainda que sua ocorrência é de 25 a 75% de todas as discrepâncias.

2.2 Admissão Hospitalar – transição de cuidado

No momento da admissão hospitalar ocorre a transição de cuidado, na qual o paciente é transferido entre instituições/unidades ou provindo de domicílio. Em alguns casos, pacientes fazem o uso de medicamentos de uso crônico, desse modo, é necessário a comunicação devida com os profissionais de saúde para a obtenção correta desse histórico (LAPOINTE-SHAW L.; BELL, M.; AUSTIN, C. et al., 2020).

Contudo, o ponto chave para garantir a segurança do paciente é a qualidade na informação dos medicamentos. Em algumas instituições, a existência do grande número de formulários para a obtenção do histórico, pode levar a erros, seja de prescrição, quanto de administração, que são ocasionados pelos conflitos nas informações obtidas pelos profissionais (BÉDARD, P.; TARDIF, L.; FERLAND, A.; BUSSIÈRES, F.; LEBEL, D.; BAILEY, B. et al., 2011). Além disso, a história medicamentosa obtida de maneira incorreta durante da coleta, é responsável pela grande parte dos eventos adversos a medicamentos (EAM), o que pode comprometer a continuidade do tratamento (MEGUERDITCHIAN, A. et al., 2013).

Segundo Tam et al., 2005 e Gleason et al., 2004, a taxa de 60 a 70% desses históricos apresentam ao menos um erro, e 59% dos erros apresentam relevância clínica.

2.2.1 Erros de medicação

Os Erros de Medicação (EM) refletem uma realidade nos serviços dos profissionais da saúde, que podem trazer severas conseqüências para o paciente e a toda organização hospitalar (CARVALHO, 2000).

Segundo a NCCMERP (2015), a definição para os EM denota todo evento que seja evitável e tenha a capacidade de ocasionar o uso inadequado de medicamentos ou danos ao paciente, uma vez que, esses eventos podem estar associados ao exercício dos profissionais de saúde e aos sistemas, seja de administração, dispensação, prescrição, monitoramento e uso.

Grande parte dos erros de medicação tem sua origem na comunicação ineficiente entre os profissionais de saúde e o paciente durante a transição de cuidado, seja na admissão hospitalar, transferência entre instituições ou unidades, e na alta (JOHNSON et al.,2015). A história do uso de medicamentos durante a comunicação na admissão de forma ineficaz, ocasiona na perda de informações importantes para o cuidado devido ao paciente. Dessa forma, qualquer diferença entre os medicamentos de uso crônico e os prescritos na admissão hospitalar é considerada como uma DM (OLIVEIRA et al., 2018).

Traçar a prevalência de erros de medicação não é fácil, tendo em vista que, existem classificações e definições distintas. Dentre alguns estudos, as taxas de prevalência de erros variam de 0,2% a 90,6%, o que relaciona diferenças nos tipos de EM, no método de medição, fonte de dados utilizadas, grupos populacionais, profissionais de saúde e classificação dos fármacos (ELLIOTT, A.; CAMACHO, E.; JANKOVIC, D.; SCULPHER, J.; FARIA, R., 2020).

2.2.2 Fatores de risco

Há fatores de risco que levam aos EM, sejam esses relacionados ao paciente, gestão e ao prescritor, o que conseqüentemente, pode aumentar o risco da história possível de medicamentos obtida e não ser acurada, ocasionando discrepâncias e EAM (OAKBROOK, IL.; BETHESDA, MD., 2009).

De acordo com estudos realizados por GLEASON, KM., 2010, a idade e o número de medicamentos foram considerados como fatores de risco, no entanto, diversos fatores relacionados com a melhoria do sistema de medicação, como lista de medicamentos e tecnologia da informação foram considerados relevantes.

Além disso, pacientes idosos apresentaram índices de erros maiores em instituições de longa permanência e durante a transição de cuidado. portanto, mostra-se um agravamento na apresentação de comorbidades crônicas que é um fator diretamente associado a polimedicação. Todavia, as evidências das taxas são limitadas para avaliar a gravidade dos EM (ELLIOTT, A.; CAMACHO, E.; JANKOVIC, D.; SCULPHER, J.; FARIA, R., 2020).

2.3 Conciliação medicamentosa

A Conciliação Medicamentosa (CM) é um processo que consiste nos profissionais de saúde em conjunto com os pacientes e cuidadores, coletar

informações seguras e de qualidade sobre a farmacoterapia completa do doente (CIM, 2013). Ademais, a CM é definida por Moriel et al., (2008) como um plano farmacoterapêutico a partir da lista completa de medicamentos utilizados previamente a admissão, em comparação com a prescrição da transição de cuidado. Dessa forma, a CM deve ser realizada sempre que novas prescrições sejam feitas, na mudança de unidade, prescritor e nível de atendimento (MARQUES, L. F. G.; ROMANO-LIEBER, S., 2014).

Estudos científicos demonstram que 46% a 56% de todos os erros de medicação ocorrem na transição de cuidado. Por esse motivo é recomendada a CM para minimizar os possíveis erros de comunicação e sistemas vulneráveis (BARNSTEINER, JH., 2005; CORNISH, PL. et al., 2005).

Gleason et al., 2010 afirmou que grande parte dos erros de medicamentos (EM) encontrados são oriundos da obtenção ineficiente do histórico medicamentoso dos pacientes. Sendo assim, segundo a classificação do National Coordinating Council for Medication Error Reporting, pode ocasionar prolongamento da internação (1,3%), danos temporários (10,4%) e o aumento do monitoramento (52,4%). Por esse motivo a relevância da obtenção correta da história dos medicamentos anteriormente ao processo de admissão.

Segundo Matias et al., 2011 o histórico de saúde do paciente deve ser revisado, ou seja, além da obtenção do histórico medicamentoso, nos registros devem ser incluídos possíveis reações alérgicas, uso de medicamentos conforme prescrito; contendo a dosagem, frequência e via de administração, última vez que tomou, data e hora (ALVIM, B., 2015).

2.3.1 Intervenção farmacêutica

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, 2002, o exercício da intervenção farmacêutica é um processo que exige planejamento, sendo necessária a documentação e juntamente com os outros profissionais da saúde, objetivar a minimização dos problemas que podem interferir a farmacoterapia. Com o intuito de prevenir erros de prescrição e administração, as intervenções do farmacêutico clínico têm o objetivo da promoção do uso racional de medicamentos, garantindo a farmacoterapia eficiente e resultados terapêuticos otimizados (RIBEIRO, V., 2015; REIS, WCT.; 2015)

Posteriormente, a obtenção da melhor história possível de medicamentos antes

da admissão e os prescritos no momento do atendimento, faz-se necessário comparar ambas as listas. Caso identifique qualquer discrepância ou divergência é necessário comunicar ao médico prescritor, para possíveis mudanças (MARQUES, FURTADO; DI MONACO, 2010).

2.3.2 Segurança do paciente

Entende-se por Segurança do Paciente (SP) a diminuição mínima aceitável do dano desnecessário relacionado com o cuidado da saúde (Brasil, 2015).

O Ministério da Saúde, em 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de implementar medidas assistenciais, educativas e iniciativas relacionadas à segurança do paciente em áreas de atenção distintas (BRASIL, 2014; SILVA, A., 2016).

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o PNSP propõe um conjunto de medidas a fim de prevenir e minimizar a ocorrência de incidentes nos serviços básicos de saúde, que conseqüentemente poderiam resultar ao paciente, um dano desnecessário.

3 OBJETIVOS

3.3 Objetivo geral

Identificar fatores de risco de discrepâncias medicamentosas não intencionais na admissão hospitalar.

3.4 Objetivos específicos

- Determinar a prevalência das discrepâncias medicamentosas não intencionais na admissão hospitalar;
- Identificar os principais tipos de discrepâncias medicamentosas não intencionais.

4 METODOLOGIA

No presente estudo foi realizada uma revisão sistemática da literatura científica. Foram utilizadas as seguintes bases de dados para identificação de artigos: “PubMed”; “Scopus”; “Google Acadêmico”, no período entre maio de 2021 e novembro de 2021. Para a pesquisa na literatura foram utilizadas as seguintes palavras-chaves: “Medication Discrepancies”, “Risk Factors”, “Hospital”, “Hospital Admission”, “Medication Reconciliation”.

Para os critérios de inclusão na escolha das publicações foram selecionados os estudos de coorte e caso-controle publicados em inglês, espanhol ou português. Os estudos foram primeiramente triados por títulos, e depois, pela análise dos resumos.

Ao final, foram submetidos à leitura completa os artigos que atenderam aos critérios de inclusão supracitados e que incluíssem pacientes hospitalizados, com identificação de fatores causais das discrepâncias não intencionais, durante o processo de admissão hospitalar. Foram excluídos da pesquisa, artigos em que os pacientes não apresentassem discrepâncias no processo de admissão e que não fosse constatado fatores de riscos causais para a ocorrência.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram identificadas 207 publicações potenciais para análise. Após a triagem das duplicações, 189 manuscritos passaram às etapas posteriores. Após a leitura dos resumos, 78 artigos foram lidos integralmente. Ao fim do processo, 10 manuscritos preencheram os requisitos de inclusão para esta revisão sistemática, conforme representado na Figura 1.

Figura 1: Etapas de seleção de artigos

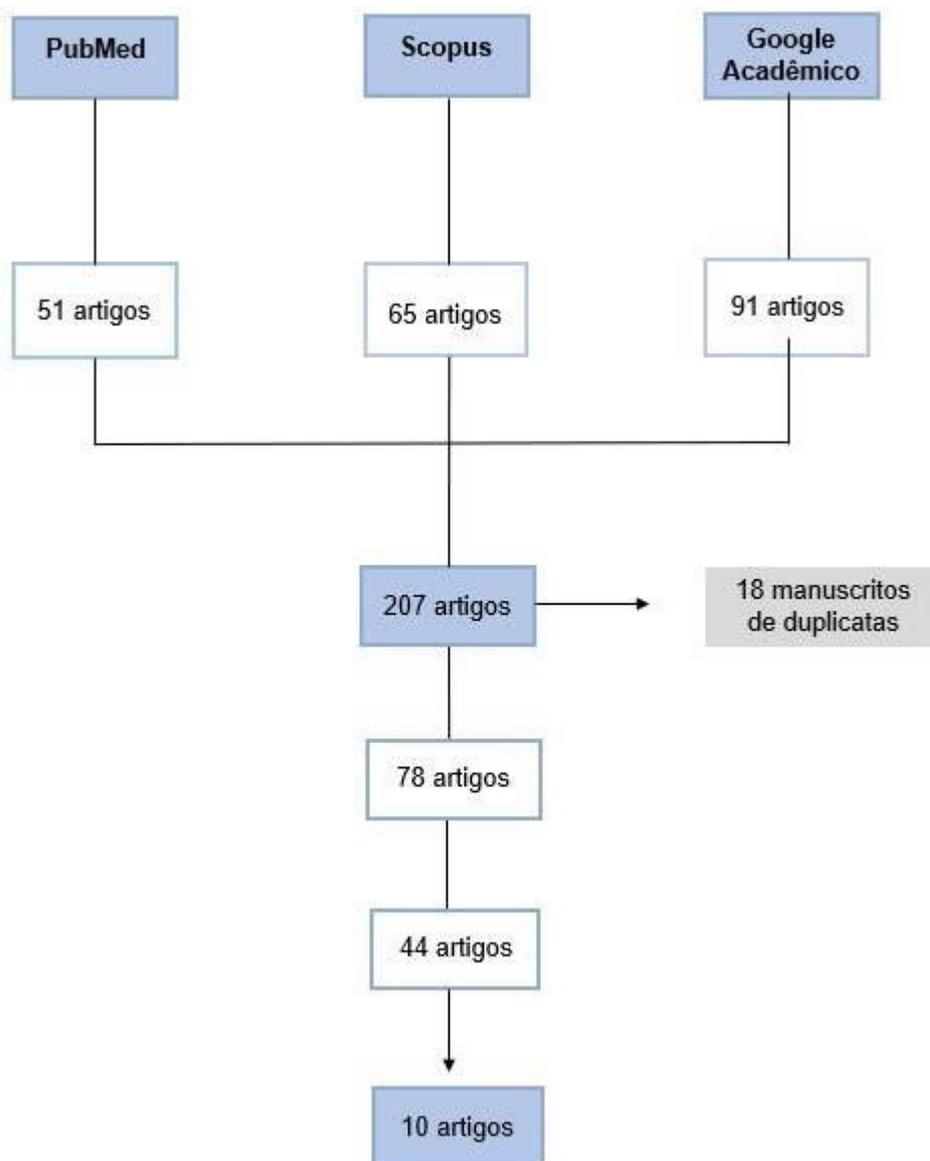


Tabela 1: Características avaliadas nos artigos selecionados

Autor/Ano	Título	Publicação	Tipo de estudo	País	Identificação dos fatores de risco	Amostra
Dong et al., 2021	Unintentional Medication Discrepancies at Admission Among Elderly Inpatients with Chronic Medical Conditions in Vietnam: A Single-Centre Observational Study.	Drugs-Real World Outcomes	Estudo observacional prospectivo	Vietnã	≥ 5 medicamentos de uso crônico na admissão; OR=4,65 / IC=1,82–11,87	192 pacientes
Masse et al., 2021	Risk factors associated with unintentional medication discrepancies at admission in na internal medicine department.	Internal and Emergency Medicine	Estudo observacional prospectivo	França	Idade ≥ 60 anos; RR=1,50 / IC=1,12-2,00	550 pacientes
Guo et al., 2020	The role of clinical pharmacist trainees in medication reconciliation process at hospital admission.	International Journal of Clinical Pharmacy	Estudo observacional prospectivo	China	2 ou mais doenças crônicas; OR=1,37/ IC=0,32-5,7	331 pacientes
Chung et al., 2019	Medication reconciliation: Predictors of risk of unintentional medication discrepancies in the cardiology department	Archives of cardiovascular disease	Estudo observacional prospectivo	França	2 ou mais comorbidades; RR=55,0 IC=41,3-63,5	100 pacientes
Luit et al., 2018	Frequency of occurrence of medication discrepancies and associated risk factors in cases of acute hospital admission	Pharmacy Practice	Estudo observacional prospectivo	Holanda	Idade ≥ 60 anos, polimedicação; OR=1,03/ IC=1,02-1,04	832 pacientes
Silvestre et al., 2017	Risk factors for unintentional medication discrepancies at hospital admission: A matched case-control study	European Journal of Internal Medicine	Estudo observacional prospectivo	Brasil	Transferência de unidade; OR=2,8/ IC=1,04–7,57	358 pacientes

Osorio et al., 2014	Risk factors for unexplained medication discrepancies during transitions care	Society of teachers of Family Medicine	Estudo observacional prospectivo	Estados Unidos	Baixo nível educacional; OR=1,85/ IC=1.16–2.95	100 pacientes
Okerosi et al., 2016	Prevalence and risk factors for medication discrepancies on admission of elderly diabetics at Kenyatta National Hospital, Kenya	University of Nairobi research Archive	Estudo observacional prospectivo	Kênia	Paciente sob polimedicação; OR= 1,37/ IC=0,76-1,98	163 pacientes
De Courcey et al., 2017	Medication Reconciliation failures in children and young adults with chronic disease during intensive and inetermediate care	HHS Public Acess	Estudo observacional prospectivo	Estados Unidos	Crianças sob tratamento para ventilação não invasiva crônica; RR=1,76/ IC=1,16-2,65	308 pacientes
Soares et al., 2021	Medication discrepancies in a hospital in Soutern Brazil: The importance of medication reconciliation for patient safety	Brasilian Journal os Pharmaceutical Sciences	Estudo observacional prospectivo	Brasil	Doença vascular OR=0,93/ IC=0.87-0.99	394 pacientes

Fonte: AUTOR, 2021

Após a avaliação das referências listadas na tabela, alguns aspectos foram observados para a produção deste tópico no presente trabalho. Em mais da metade dos estudos, os participantes possuíam idade superior a 60 anos (6/10), que apresentaram ao menos duas comorbidades. Além disso, nos estudos foram avaliados os pacientes das unidades de endocrinologia, enterologia, neurologia, pneumatologia, ambulatório e cardiovascular, esta última em maior proporção (4/10). Vale salientar que, os estudos foram publicados no período entre 2014 a 2021, com a população de estudo em hospitais localizados nos seguintes países: Brasil, China, Estados Unidos, França, Holanda, Quênia e Vietnã. Em sua totalidade, as pesquisas foram publicadas em jornais ou revistas médicas de relevância, destacando o interesse clínico dos profissionais da saúde na resolução da problemática de discrepâncias medicamentosas em âmbito hospitalar.

Ademais, fora observado a variação entre o tamanho das amostras de pacientes nos estudos, que por sua vez, variou de 100 a 832 pacientes, com duração da pesquisa de um mês a dois anos e meio, aproximadamente.

Dessa forma, é importante ressaltar que as dez referências encontradas para a presente revisão, apresentaram resultados satisfatórios na busca por fatores de risco associados as discrepâncias medicamentosas não intencionais na admissão hospitalar. Embora um dos autores apresentou resultados divergentes com os demais estudos.

Autores que incluíram em seus estudos pacientes acima de sessenta anos, Dongo et al. (2021) afirma que esse grupo, por sua vez, é uma população vulnerável a discrepâncias de medicamentos e problemas com outras drogas, nos quesitos indicação, dose ou reações adversas inadequadas, haja vista que esse grupo é mais propício ao uso em maior número de medicamentos antes da admissão hospitalar. Okerosi et al. (2016) então relata que pacientes com histórico de hipertensão, câncer e doença renal como comorbidade apresenta em seus estudos maiores chances de apresentar discrepâncias. Além disso, constatou-se que para cada aumento no número de medicamentos em uso antes da admissão, há aumento também das discrepâncias medicamentosas, segundo Okerosi (2016).

Chung et al. (2019) destaca que a unidade de admissão cardiológica não foi significativamente associada a uma DMNI, porém relata que a drogas prevalentes utilizadas nas discrepâncias foram com ação no sistema nervoso, trato alimentar e do sistema cardiovascular, essa última tendo 19,5% de prevalência. Além disso, ressalta

que a incapacidade de falar o idioma e o baixo nível educacional influencia diretamente na alta de casos, haja vista que a compreensão do uso de medicamentos se torna deficiente e a adesão terapêutica prejudicada. Em contrapartida, nos estudos de Guo et al. (2020) não fora constada influência na compreensão dos medicamentos como fator de risco para discrepâncias. Além disso, nenhuma variável sociodemográfica como - idade, gênero e escolaridade, investigados em seu estudo, foram considerados como preditores.

Nos estudos de Osorio et al. (2014) foram levadas em consideração classes farmacológicas de medicamentos para uso cardiovascular e anticoagulante na ocorrência de erros de medicação. Relataram que no tamanho amostral de 100 pacientes em sua pesquisa, 82% frequentavam constantemente a unidade ambulatorial e possuíam ao menos uma prescrição inexplicável de medicamentos, o que conseqüentemente, demonstrou 2,7 vezes com maior risco de discrepância em comparação a pacientes que não frequentou a unidade no último ano. Por outro lado, Soares et al. (2021) afirma que as discrepâncias estão associadas ao número de medicamentos utilizados em casa, nomeadas como polifarmácia. Em seu estudo, a compreensão e adesão do paciente sobre o tratamento farmacológico também deve ser considerado um desafio no processo de reconciliação, o que desse modo, leva ao paciente ou familiar a dificuldade em nomear os medicamentos utilizados.

Segundo DeCoursey et al. (2017), em estudo de pacientes internados menores de 18 anos com doenças crônicas, consideraram ser relativamente alto os erros de medicação e as discrepâncias não intencionais, com o potencial de causar um dano significativo e acreditam que sob cuidados intensivos, essa população pode estar em risco particular. Por outro lado, na perspectiva do estudo de Silvestre et al. (2017) foi relatado como principal fator para as DMNI, as transferências inter-hospitalar em todas as faixas etárias, não sendo considerada outras variáveis para a ocorrência desses erros de medicação, como – idade, alfabetização e número de medicamentos usados antes da admissão hospitalar.

Levando em consideração os erros de medicação que ocasionam em discrepâncias hospitalares associadas aos potenciais danos ao paciente, DeCoursey et al. (2017) relata que em todas as fases do internamento é necessária a intervenção para a redução dessa problemática, incluindo o histórico, reconciliação, dispensação e administração.

Na perspectiva de Luit et al. (2018) confirmam que a idade do paciente e o

número de medicamentos na pré-admissão são tomados como fatores de risco independentes para a discrepância em pacientes internos e identifica várias classes de medicamentos como sendo particularmente suscetíveis. Além disso, Masse et al (2021) relata que a população idosa “morar em casa”, e que tenha dificuldades na ingestão de medicamentos e preparo de insumos em domicílio é um grande fator relacionado as DMNI.

Por fim, Okerosi et al (2016) destaca em seus estudos que a maior prevalência das discrepâncias foi por omissão, na qual, de 240 discrepâncias não intencionais, 236 (98,3%) consistiu em omissão de algum medicamento. Nessa perspectiva, afirmou ainda que os erros de registro nos prontuários ocorrem nos três pontos de atendimento - admissão, transferências entre unidades e alta hospitalar. Já nos estudos de Osorio et al (2014) o erro por omissão apresentou-se em 73% dos pacientes, sendo as classes mais comum omitidas, foram medicamentos cardiovascular, para o sistema respiratório e anticoagulantes. Em contrapartida, Luit et al (2017) relata que as DMNI, por prescrição incorreta da dose de medicamentos durante a admissão, foram de 44,9% da amostra analisada, afirma ainda que esses erros são significativamente potenciais ao risco de danos ao paciente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, as discrepâncias medicamentosas na admissão hospitalar em pacientes com mais de uma doença crônica e sob o uso da polimedicação foi uma recorrência na pesquisa. Embora em alguns estudos não foi constatado influência da idade na ocorrência dessas discrepâncias, idosos são o grupo que apresenta maior indício de tratamentos crônicos. Dessa forma, como relatado em alguns estudos, essas discrepâncias são associadas a possíveis danos a pacientes internados.

O problema com discrepâncias medicamentosas é um desafio para profissionais da saúde, que apesar do empenho em melhorar a otimização da conciliação medicamentosa, ainda é recorrente em hospitais de todo o mundo. Sendo assim, após a realização desta pesquisa, para o Trabalho de Conclusão de Curso, observou-se a necessidade de priorizar as intervenções farmacêuticas da conciliação medicamentosa nos preditores de riscos, a fim de garantir a segurança do paciente e tornar possíveis danos, evitáveis.

Em vista disso, faz-necessário um maior engajamento e comunicação dos profissionais da saúde, inclusive farmacêuticos, no acompanhamento de toda coleta da história medicamentosa antes e durante o período de internação, a fim de melhorar a anamnese reduzindo o número dessas discrepâncias ao longo da hospitalização. Além disso, mais estudos são necessários na busca sobre o impacto clínico das discrepâncias medicamentosas não intencionais com potencial de dano

7 REFERÊNCIAS

BARNSTEINER, J. H.; **Medication reconciliation: transfer of medication information across settings-keeping it free from error.** Am J Nurs. 2005. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15802996/>>

BÉDARD, P.; TARDIF, L.; FERLAND, A.; BUSSIÈRES, F.; LEBEL, D.; BAILEY, B. et al. **A medication reconciliation form and its impact on the medical record in a paediatric hospital: Medication reconciliation in a paediatric hospital.** J Eval Clin Pract. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20874833/>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377 de 9 de julho de 2013. **Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.** Diário Oficial da União, 10 julho 2013. Disponível em: <<https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/1493>>

CALERES, G.; MODIG, S.; MIDLÖV, P.; CHALMERS, J.; BONDESSON, Å. **Medication Discrepancies in Discharge Summaries and Associated Risk Factors for Elderly Patients with Many Drugs.** Drugs Real World Outcomes. 2020; Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31834621/>>

CARVALHO, V.T.; **Erros na administração de medicamentos: análise de relatos dos profissionais de enfermagem [dissertação].** Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2000. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/7707>>

CENTRO DE INFORMAÇÃO DO MEDICAMENTO (CIM). **Reconciliação da medicação: um conceito aplicado ao hospital.** Boletim do CIM. ROF, n. 106, Jan./Mar. 2013.

CHUNG, C. et al; **Medication reconciliation: Predictors of risk of unintentional medication discrepancies in the cardiology department.** Arch Cardiovasc Dis. 2019 Feb;112(2):104-112. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30639380/>>

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN). **Uso seguro de medicamentos: Guia de Preparo, Administração, Monitoramento.** São Paulo. 2017. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/>

CORNISH, L.; KNOWLES, R.; MARCHESANO, R.; TAM, V.; SHADOWITZ, S.; JUURLINK, N. et al. **Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission.** Arch Intern Med. 2005 Feb 28;165(4):424-9. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15738372/>>

DECOURCEY, D. et al. **Medication reconciliation failures in children and young adults with chronic disease during intensive and intermediate care.** *Pediatr Crit Care Med.* 2017 Apr; 18(4):370-377. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28198758/>

DONG, X.; PHAM, T.; NGUYEN, T.; NGUYEN, L.; HUA, S.; LI, C.; **Unintentional medication discrepancies at admission among elderly inpatients with chronic medical conditions in vietnam: A single-centre observational study.** *Drugs Real World Outcomes.* 2021, Sep. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34586593/>

DONG, P.; PHAM, V.; NGUYEN, L. et al. **Identifying unintentional medication discrepancies at admission among elderly inpatients in vietnam.** February, 2021. *Drugs Real World Outcomes.* Disponível em: <https://www.researchsquare.com/article/rs-197019/v1>

ELLIOTT, A.; CAMACHO, E.; JANKOVIC, D.; SCULPHER, J.; FARIA, R.; **Economic analysis of the prevalence and clinical and economic burden of medication error England.** *BMJ Quality & Safety* Published Online First: 11 June 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32527980/>

GLEASON, M.; GROSZEK, M.; SULLIVAN, C.; ROONEY, D.; BARNARD, C.; NOSKIN, A.; **Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients.** *Am J Health Syst Pharm.* 2004 Aug 15;61(16):1689-95. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15540481/>

GLEASON, M.; MCDANIEL, R.; FEINGLASS, J.; BAKER, W.; LINDQUIST, L.; LISS, D.; et al. **Results of the medications at transitions and clinical handoffs (match) study: An analysis of medication reconciliation errors and risk factors at hospital admission.** *J Gen Intern Med.* 2010 May;25(5):441–7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20180158/>

GUO, Q. et al; **The role of clinical pharmacist trainees in medication reconciliation process at hospital admission.** *Int J Clin Pharm.* 2020 Apr;42(2):796-804. Epub 2020 Mar 27. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32221824/>

JOHNSON, A.; GUIRGUIS, E.; GRACE, Y.; (2015). **Preventing medication errors in transitions of care: A patient case approach.** *Journal of the American Pharmacists Association*, 55(2), e264–e276. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25749270/>

Joint Commission Resources, Inc., & American Society of Health-System Pharmacists. (2009). **Medication reconciliation handbook.** Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources.

LAPOINTE-SHAW, L.; BELL, M.; AUSTIN, C. et al. **Community pharmacy medication review, death and re-admission after hospital discharge: a propensity score-matched cohort study**. *BMJ Quality & Safety* 2020; 29:41-51. Disponível em: < <https://qualitysafety.bmj.com/content/29/1/41>>

LOUISELLE, K.; HARTE, L.; THOMPSON, C.; PABST, D.; CALVERT, A.; PATTERSON, E.; **Medication discrepancy risk factors for pediatric patients with epilepsy at hospital admission**. *J Pediatr Pharmacol Ther.* 2021; Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34035684/>>

LUIT, D. et al; **Frequency of occurrence of medication discrepancies and associated risk factors in cases of acute hospital admission**. *Pharm Pract (Granada)*. 2018 Oct-Dec;16(4):1301. Epub 2018 Dec. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30637032/>

MARQUES, G.; ROMANO-LIEBER, S.; **Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar**. *Physis [online]*. v. 24, n. 2, p. 401-420, 2014a. Disponível: < <https://scielosp.org/article/sausoc/2014.v23n4/1431-1444/>>

MARQUES, G.; FURTADO, C.; DI MONACO, R.; **Alta hospitalar: um enfoque farmacêutico**. 2010. 72 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Farmacêutica.). Instituto Racine. São Paulo: 2010.

MASSE, M. et al. **Risk factors associated with unintentional medication discrepancies at admission in an internal medicine department**. *Intern Emerg Med.* 2021 Nov;16(8):2213-2220. Epub 2021 Jun 20. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34148179/>>

MATIAS, R.; **Reconciliação da medicação no pós-operatório da cirurgia ortopédica**. 2011. 69 f. Dissertação (Ciências Farmacêuticas). Ciências da Saúde. Disponível: < <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/959>>

Medication Without Harm: Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization (WHO), 2017.

MEGUERDITCHIAN, N.; KROTNEVA, S.; REIDEL, K.; HUANG, A.; TAMBLYN., R.; **Medication reconciliation at admission and discharge: a time and motion study**. *BMC Health Serv Res.* 2013 Nov 21;13:485. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24261516/>>

MOGHLI, A.; FARHA, A.; HAMMOUR, A.; **Medication discrepancies in hospitalized cancer patients: Do we need medication reconciliation?** *J Oncol Pharm Pract.* 2021 Jul;27(5):1139-1146. Epub 2020 Aug 2. PMID: 32741239. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32741239/>

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. What is a medication error? Nova York: National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention; 2015. Disponível em: <<http://www.nccmerp.org/aboutmedication-errors>>

OLIVEIRA, M.; SANTOS, T.; SANTIAGO, N.; ALENCAR, B.; XAVIER, A.; SILVA, S.; **Discrepância de conciliação medicamentosa na emergência de um hospital público do estado da Bahia – 2018.** Disponível em: <<https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2874/2388>>

Osorio, N.; Abramson, E.; Pfoh, R.; Edwards, A.; Schottel, H.; Kaushal, R.; **Risk factors for unexplained medication discrepancies during transitions in care.** Fam Med. 2014 Sep;46(8):587-96. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25163036/>>

Organização Pan-Americana de Saúde. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24 p. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/>>

OKEROSI, K.; OKALEBO, A.; OPANGA, A.; GUANTAI, N.; **Prevalence and risk factors for medication discrepancies on admission of elderly diabetics at kenyatta national hospital, kenya.** The African Journal of Pharmacology and Therapeutics (2017). Disponível: <<http://journals.uonbi.ac.ke/ajpt/article/view/1554>>

Reis, T.; **Revisão de prescrições em Hospital Universitário Brasileiro de Grande porte.** [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2015.

RIBEIRO, V.; **Realização de intervenções farmacêuticas por meio de uma experiência em farmácia clínica.** Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde. São Paulo, v.6, n.4, dez. 2015.

Safer Healthcare Now. Medication reconciliation in acute care getting started And risk factors for medication discrepancies on admission of elderly diabetics. The Institute for Safe Medication Practices Canada (ISMP Canada) – 2017.

SILVA, A. et al; **Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro.** Saúde em Debate [online]. 2016, v. 40, n. 111. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cydBTwCPSdrtHLC4rmwJKvJ/?lang=pt#>>

SILVESTRE, C. et al; **Risk factors for unintentional medication discrepancies at hospital admission: A matched case-control study.** Eur J Intern Med. 2017 May;40:e24-e25. Epub 2017 Feb 10. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28209250/>>

SOARES, A. et al; **Medication discrepancies in a hospital in Southern Brazil: The importance of medication reconciliation for patient safety.** Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bjps/a/tMRB4nmnz5Ny9P9Nw3HYZKP/#>>

STEURBAUT, S.; **Medication history reconciliation by clinical pharmacists in elderly inpatients admitted from home or a nursing home.** Ann Pharmacother. 2010 Oct; Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20736427/>

TAM, C. et al; **Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review.** CMAJ. 2005 Aug 30;173(5):510-5. Disponível em:< <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16129874/>>