

Reconciliação Terapêutica

Estratégia para minimizar erros de medicação

Mónica Condinho

(monica.condinho@ac-ft.pt)

AcF - Acompanhamento Farmacoterapêutico, Lda.; Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade do Algarve; ABC-RI, *Algarve Biomedical Center Research Institute, Algarve Biomedical Center*, Faro, Portugal

Garantir a segurança da medicação



Medication Safety in Transitions of Care. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/UHC/SDS/2019.9). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

TEXTO DE APOIO

Conceito, definições e orientações

A. Reconciliação da medicação: processo de análise da medicação de um doente, sempre que ocorrem alterações na medicação, com o objetivo de evitar discrepâncias, nomeadamente omissões, duplicações ou doses inadequadas, promovendo a adesão a medicação e contribuindo para a prevenção de incidentes relacionados com a medicação.

- **Transição de cuidados**

Reconciliação da medicação. Norma nº 018/2016, de 30/12/2016. Direção-Geral da Saúde

NÚMERO: 018/2016

DATA: 30/12/2016

ASSUNTO: Reconciliação

NORMA

1. As instituições prestadoras de cuidados de saúde, através das comissões da qualidade e segurança, criadas pelo Despacho nº 3635/2013, de 27 de fevereiro, devem promover a implementação do processo de reconciliação da medicação, designadamente:

a) Adotar uma abordagem sistemática para a reconciliação da medicação, envolvendo uma equipa multidisciplinar que identifique e estabeleça as estratégias adequadas à implementação do processo, conforme anexo.

b) Assegurar que a reconciliação da medicação seja realizada nos pontos vulneráveis/críticos de transição de cuidados, nomeadamente na admissão e alta hospitalar e na transferência intra/inter instituições prestadoras de cuidados de saúde.

c) Avaliar a possibilidade de implementação simultânea deste processo em todos os pontos críticos. Quando tal não for exequível, definir um plano de operacionalização, para o qual se sugere a priorização subsequente:

(i.) Ao nível dos Cuidados Hospitalares, o primeiro ponto crítico a considerar deverá ser a admissão que resulte em internamento.

● Necessidades acrescidas

Reconciliação da medicação. Norma nº 018/2016, de 30/12/2016. Direção-Geral da Saúde

- **10-70% das histórias medicamentosas** contêm, pelo menos, **um erro**
 - Até **1/3** desses erros têm potencial para **causar dano ao doente**
- **Mais 50% dos erros de medicação ocorrem na transição entre cuidados**
- Doentes com 1 ou mais medicamentos em falta na nota de alta têm um **risco 2,3x maior de serem readmitidos no hospital**
- **85% das discrepâncias** são originadas por **falhas no processo de recolha de informação**

Reconciliação da medicação. Norma nº 018/2016, de 30/12/2016. Direção-Geral da Saúde

Reconciliação Terapêutica na Admissão de um Serviço de Medicina Interna: Estudo-Piloto

Medication Reconciliation During Admission to an Internal Medicine Department: A Pilot Study



Thaís COSTA E SILVA¹, Patrícia DIAS², Catarina ALVES E CUNHA³, José FEIO⁴, Marta LAVRADOR^{1,5}, Joelizy OLIVEIRA^{1,6,7}, Isabel Vitória FIGUEIREDO^{1,5}, Marília João ROCHA⁴, Margarida CASTEL-BRANCO^{1,5} ✉
Acta Med Port 2022 Nov;35(11):798-806 ▪ <https://doi.org/10.20344/amp.16892>

RESUMO

Introdução: A reconciliação terapêutica visa promover a segurança do doente por meio da redução de erros de medicação e eventos adversos decorrentes de discrepâncias de medicação na transição de cuidados. Foi nosso objetivo realizar um estudo-piloto de reconciliação terapêutica no momento da admissão hospitalar para, a partir dele, identificarmos os recursos necessários para a sua implementação na prática clínica.

Material e Métodos: Estudo-piloto com 100 doentes admitidos num serviço de Medicina Interna entre outubro e dezembro de 2019, com mais de 18 anos e a tomar cronicamente pelo menos um medicamento. A melhor história farmacoterapêutica possível foi obtida sistematicamente, com posterior identificação, classificação e resolução das discrepâncias.

Resultados: A amostra em estudo, em geral polimedicada e com múltiplas morbilidades, apresentou uma média de idades de 77,04 ± 13,74 anos, sendo 67,0% do sexo masculino. Foram identificadas 791 discrepâncias e as intencionais (95,7%) estavam documentadas em 50,9% das situações. As dificuldades encontradas relacionaram-se principalmente com o acesso e a qualidade da informação terapêutica e com a dificuldade de comunicação entre os diversos profissionais de saúde. Os principais recursos prioritários identificados relacionaram-se com as categorias de processo, ferramentas e pessoal.

Conclusão: Os dados revelaram fragilidades nos registos clínicos disponíveis na interface dos cuidados primários/hospitalares. A otimização das fontes de dados, normalização e informatização do processo, atuação multidisciplinar e definição de grupos prioritários foram identificadas como oportunidades de otimização.

Costa e Silva T, Dias P, Alves e Cunha C, Feio J, Lavrador M, Oliveira J, Figueiredo IV, Rocha MJ, Castel-Branco M. Medication Reconciliation During Admission to an Internal Medicine Department: A Pilot Study. *Acta Med Port* [Internet]. 2022 Mar. 4;35(11):798-806

Original Research

Pharmacist-led medication reconciliation on admission to an acute psychiatric hospital unit

Abstract

Background: Therapy management in patients suffering from mental health disorders is complex and the risks derived from changes or interruptions of treatment should not be ignored. Medication reconciliation in psychiatry may reduce medication errors and promote patient safety during transitions of care. **Objective:** To identify the influence of complementary information sources in the construction of the best possible medication history, and to ascertain the potential clinical impact of discrepancies identified in a medication reconciliation service. **Methods:** An observational study was conducted in an acute mental hospital unit, with a further validation in an internal medicine unit. Adult patients taking at least one medicine admitted in the unit were included. Patients/caregivers were interviewed upon admission and the information gathered was compared with hospital medical and shared electronic medical records. Once the best possible medication history was gathered, therapeutic information was reconciled against the prescription on admission to identify discrepancies. Potential clinical impact of medication errors was classified using the International Safety Classification. **Results:** During the study period, 148 patients were admitted, 50.7% females, mean age 54.6 years (SD=16.3). Collaboration of a caregiver was needed in 74% of the interviews. In total, 1,147 drugs were considered to obtain patients' best possible medication history. After reconciliation, 560 clinically sound intentional discrepancies were identified and 359 discrepancies required further clarification from prescribers: 84.12% "drug omission", 5.57% "drug substitution", 6.96% "dose change", and 3.34% "dosage frequency change". Potential clinical impact of these medication discrepancies was classified as: 95 mild, 100 moderate, and 29 severe medication errors. **Conclusion:** About 1 in three intentional discrepancies observed in a pharmacists-led medication reconciliation service required further clarification from prescribers, being 80% of them unintentional discrepancies. Results highlight the importance of the caregiver as source of information for the psychiatric patient, the relevance of analyzing shared electronic health records until 6 months before, and the need to use hospital medical records efficiently. Additionally, 29 discrepancies were classified as errors with potentially severe clinical impact. A medication reconciliation service is concluded to be feasible and necessary in a mental health unit.

Oliveira J, Costa e Silva T, C. Cabral A, Lavrador M, F. Almeida F, Macedo A, et al. Pharmacist-led medication reconciliation on admission to an acute psychiatric hospital unit. Pharm Pract (Granada). 2022 Jul 10;20(2):01–8

Review

Medication Reconciliation at Discharge from Hospital: A Systematic Review of the Quantitative Literature

EMBASE, Google Scholar, Cochrane Reviews and CINAHL. Each of the six databases was screened from inception to end of January 2014. To determine eligibility of the studies; the title, abstract and full manuscript were screened to find 15 articles that meet the inclusion criteria. The median number of discrepancies across the articles was found to be 60%. In average patient had between 1.2–5.3 discrepancies when leaving the hospital. More studies also found a relation between the numbers of drugs a patient was on and the number of discrepancies. The variation in the number of discrepancies found in the 15 studies could be due to the fact that some studies excluded patient taking more than 5 drugs at admission. Medication reconciliation would be a way to avoid the high number of discrepancies that was found in this literature review and thereby increase patient safety.

Michaelsen MH, McCague P, Bradley CP, Sahm LJ. Medication Reconciliation at Discharge from Hospital: A Systematic Review of the Quantitative Literature. Pharmacy (Basel). 2015 Jun 23;3(2):53-71

Article **Table 2.** Classification of medication discrepancies using the MedTax classification system [20]—main

I i T E	Medication Discrepancy	Potential Clinical Severity ^a			
	Type	No. (%)	Class 1*	Class 2*	Class 3*
	1.1 Medication omission	-	-	-	-
	1.2 Medication commission	2 (0.6)	-	2 (0.6)	-
	1.3 Medication duplication	1 (0.3)	-	1 (0.3)	-
	1.4 Therapeutic class substitution	12 (3.8)	2 (0.6)	10 (3.2)	-
	1.5 Allergy or intolerance*	-	-	-	-
	1.6 Other (mismatched)	3 (0.9)	1 (0.3)	2 (0.6)	-
	2.1 Discrepancy in the name of the medication	43 (13.6)	42 (13.2)	1 (0.3)	-
	2.2 Discrepancy in the strength and/or frequency and/or number of units of dosage form and/or total daily dose	134 (42.3)	60 (18.9)	71 (22.4)	3 (0.9)
	2.3 Discrepancy in the dosage form/route of administration	-	-	-	-
	2.4 Discrepancy in the time of medication administration	35 (11.0)	31 (9.8)	4 (1.3)	-
	2.5 Discrepancy in the duration or length of therapy	-	-	-	-
	2.6 Other (partially matched)	87 (27.4)	39 (12.3)	46 (14.5)	2 (0.6)
	Total	317 (100.0)	175 (55.2)	137 (43.2)	5 (1.6)

Imfeld-Isenegger TL, Pham MBT, Stämpfli D, Albert V, Almanasreh E, Moles R, Chen TF, Hersberger KE. Medication Discrepancies in Community Pharmacies in Switzerland: Identification, Classification, and Their Potential Clinical and Economic Impact. Pharmacy (Basel). 2020 Mar 9;8(1):36

Estratégia para minimizar erros de medicação (1/2)

- Pr



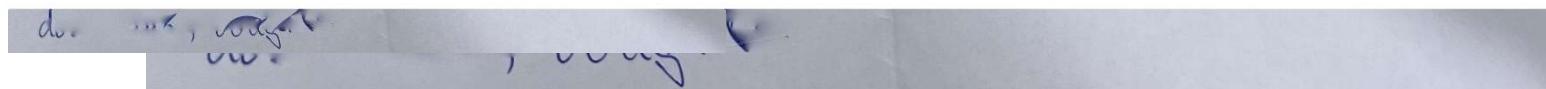
Nome: XXXXXXXXXXXX

Data de nascimento: XX / XX /XXXX

Medicamento	Via administração	Posologia					Observações
		Jejum	Peq. almoço	Almoço	Jantar	Deitar	
Furosemida 40 mg (XXX)	Oral	1					
Empagliflozina 25 mg + Linagliptina 5 mg (XXX)	Oral		1				
Nebivolol 5 mg (XXX)	Oral		1				
Lansoprazol 30 mg (XXX)	Oral		1				
Beta-histina 24 mg (XXX)	Oral		1		1		
Clonidina 0,15 mg (XXX)	Oral			1			
Amlodipina 10 mg (XXX)	Oral			1			
Rosuvastatina 10 mg (XXX)	Oral			1			
Amiodarona 200 mg (XXX)	Oral			1			Exceto sábado e domingo
Azilsartan 80 mg (XXX)	Oral				1		
Midazolam 15 mg (XXX)	Oral					1	
Insulina degludec 100 UI/mL (XXX)	Subcutânea					24 UI	
Última atualização: XX / XX / XXXX							

O Farmacêutico,

(Mónica Condinho, CP 15792 | Tlm: 915 007 474)



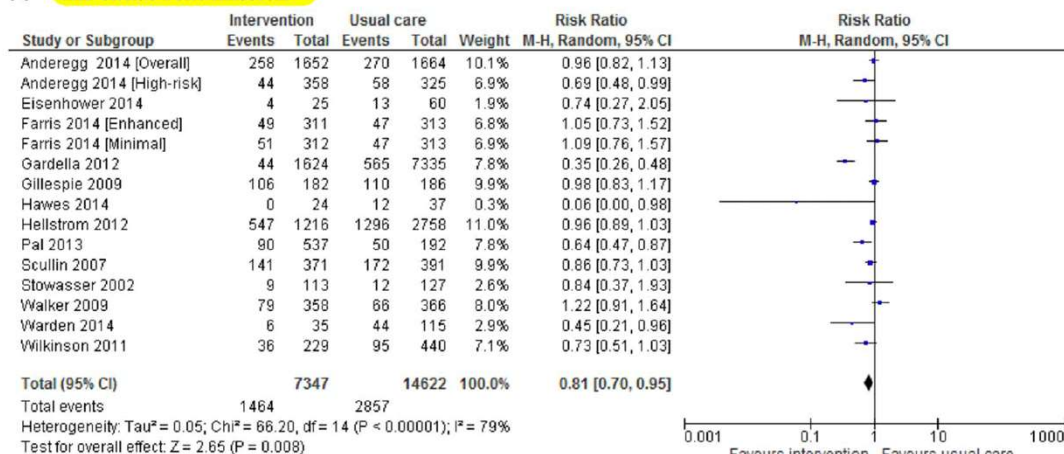
Estratégia para minimizar erros de medicação (2/2)

- Serviço orientado ao **processo de uso**
 - Evitar erros de medicação
 - Falha na prescrição de medicação importante que o doente fazia em casa, enquanto está no hospital
 - Doses ou formas farmacêuticas incorretas
 - Omissão ou duplicação de doses resultante de registos terapêuticos inadequados
 - Falha na especificação do(s) medicamento(s) que devem ser retomados / descontinuados em casa, após a alta hospitalar
 - Duplicação terapêutica após a alta hospitalar



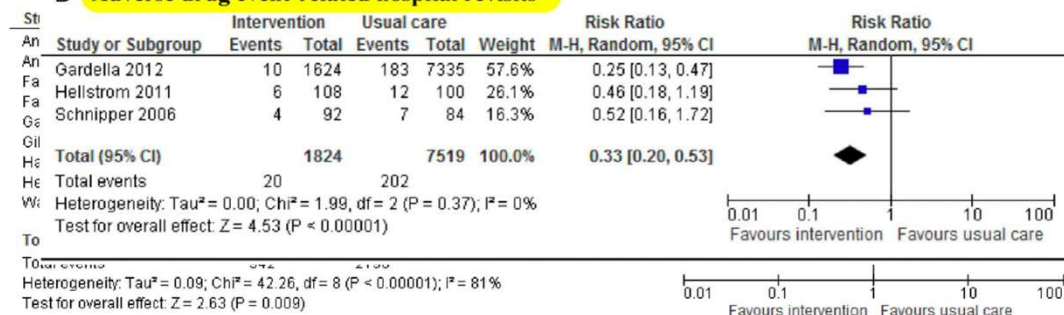
Imagem adaptada de https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/health-drug-coverage/pharmacare/adverse_drug_events_in_pharmanet_general_cheat_sheet.pdf (Último acesso em 25 de maio de 2023)

A All-cause readmission



B

D Adverse drug event-related hospital revisits



Results: 17 studies involving 21 342 adult patients were included. Eight studies were randomised controlled trials (RCTs). Most studies targeted multiple transitions and compared comprehensive medication reconciliation programmes including telephone follow-up/home visit, patient counselling or both, during the first 30 days of follow-up. The pooled relative risks showed a more substantial reduction of 67%, 28% and 19% in adverse drug event-related hospital revisits (RR 0.33; 95% CI 0.20 to 0.53), emergency department (ED) visits (RR 0.72; 95% CI 0.57 to 0.92) and hospital readmissions (RR 0.81; 95% CI 0.70 to 0.95) in the intervention group than in the usual care group, respectively. The pooled data on mortality (RR 1.05; 95% CI 0.95 to 1.16) and composite readmission and/or ED visit (RR 0.95; 95% CI 0.90 to 1.00) did not differ among the groups. There was significant heterogeneity in the results related to readmissions and ED visits, however. Subgroup analyses based on study design and outcome timing did not show statistically significant results.

Conclusion: Pharmacist-led medication reconciliation programmes are effective at improving post-hospital healthcare utilisation. This review supports the implementation of pharmacist-led medication reconciliation programmes that include some component aimed at improving medication safety.

Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JE. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open 2016 Feb 23;6(2):e010003

RESEARCH ARTICLE

AI Table 3 Preventable adverse drug events (ADEs)

Outcome	All	Intervention	Standard care	p value	Cost
<i>n</i> (%) unless otherwise specified	<i>N</i> = 587	<i>n</i> = 286	<i>n</i> = 301		ms
Died after discharge	13 (2.2%)	7 (2.4%)	6 (1.9%)	0.784	ist
Did not respond to phone call	13 (2.2%)	6 (2.1%)	7 (2.3%)	0.709	at,
Preventable ADEs					nd
Total	86	27	59	0.008	ig,
Minimum	0	0	0		cal
Maximum	3	2	3		tes
Median (IQR)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)		ys
At least one <i>n</i> (%)	75 (13%)	26 (9.1%)	49 (16%)	0.009	on;
Hospitalized due to a preventable ADE	22 (3.7%)	6 (2.1%)	16 (5.3%)	0.040	00
Severity of preventable ADEs ^a					to
Life threatening	0	0	0		he
Serious	29 (4.9%)	7 (2.4%)	22 (7.3%)	0.009	tly
Significant	56 (9.5%)	20 (7.0%)	36 (12%)	0.041	on

on healthcare resource use was insignificant. Pharmacists should be included in decentralized, patient-centred roles. The findings should be interpreted in the context of the study's limitations.

Al-Hashar A, Al-Zakwani I, Eriksson T, Sarakbi A, Al-Zadjali B, al Mubaihsi S, et al. Impact of medication reconciliation and review and counselling, on adverse drug events and healthcare resource use. *Int J Clin Pharm*. 2018 Oct 12;40(5):1154–64



Cochrane Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

Reducing medication errors for adults in hospital settings (Review)

Authors' conclusions

Low- to moderate-certainty evidence suggests that, compared to usual care, medication reconciliation, CPOE/CDSS, barcoding, feedback and dispensing systems in surgical wards may reduce medication errors and ADEs. However, the results are imprecise for some outcomes related to medication reconciliation and CPOE/CDSS. The evidence for other interventions is very uncertain. Powered and methodologically sound studies are needed to address the identified evidence gaps. Innovative, synergistic strategies –including those that involve patients– should also be evaluated.

Ciapponi A, Fernandez Nievas SE, Seijo M, Rodríguez MB, Vietto V, García-Perdomo HA, Virgilio S, Fajreldines AV, Tost J, Rose CJ, García-Elorrio E.
Reducing medication errors for adults in hospital settings. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021, Issue 11. Art. No.: CD009985

- **Partilhada**
 - Farmacêuticos hospitalares/comunitários
 - Enfermeiros
 - Médicos
 - Outros profissionais de saúde
- E ... Em colaboração com doentes e familiares

Queen's University. Medication reconciliation: a learning guide. Kingston, Canada: Office of Interprofessional Education and Practice; 2009. Disponível em <https://elentra.healthsci.queensu.ca/assets/modules/mr/> (último acesso em 25 de maio de 2023)

Responsabilidade pela prestação (2/2)

Farmacêutico É o elemento responsável pela coordenação e monitorização de todo o processo de RT. Sempre que haja condições, deve assumir a responsabilidade primária de garantir uma adequada comunicação das informações relativas à medicação do doente entre os diferentes profissionais de saúde, pelo que, em parceria com o enfermeiro, deve ser o responsável pela entrevista inicial ao doente (BPMH). Cabe também ao farmacêutico a comparação da listagem da terapêutica pré-hospitalar obtida através da entrevista ao doente, seus cuidadores e/ou familiares com a listagem da terapêutica prescrita em ambiente hospitalar ou aquando da alta, detetar e classificar as discrepâncias encontradas. Por fim, o farmacêutico deve discutir essas discrepâncias (não intencionais) com o médico prescriptor com o objetivo final de as esclarecer e corrigir, se aplicável.

Médico O papel do médico na RT é garantir que a medicação correta é prescrita ao doente certo na dose, via de administração e hora adequadas à sua situação clínica. Cabe ao médico discutir com o farmacêutico as discrepâncias não intencionais detetadas e corrigi-las, se aplicável.

Enfermeiro É o profissional de saúde que mais perto está do doente e consequentemente é com quem estabelece uma maior relação de proximidade e confiança. Por este motivo, o enfermeiro é um elemento essencial para o processo de RT. O enfermeiro é o responsável, juntamente com o farmacêutico, pela recolha de informação relativa à terapêutica pré-hospitalar do doente. É ele que garante, junto dos familiares do doente e/ou seus cuidadores, que a terapêutica pré-hospitalar lhe é entregue nas 24h-72h seguintes ao internamento. É também o enfermeiro que faz a cedência da lista atualizada da terapêutica do doente no momento da alta.

Doente/Cuidador Os doentes e os seus familiares são a principal fonte de informação sobre a terapêutica do doente. São eles que nos fornecem a maioria das informações relativa à terapêutica instituída em ambulatório, quais os fármacos, doses e horários de administração. São eles que fornecem aos enfermeiros e/ou farmacêuticos as listagens atualizadas da sua medicação e respetivas embalagens.

Afonso R. Reconciliação de Terapêutica. Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca 2015; 3(1): 35-36
Queen's University. Medication reconciliation: a learning guide. Kingston, Canada: Office of Interprofessional Education and Practice; 2009. Disponível em <https://elentra.healthsci.queensu.ca/assets/modules/mr/> (último acesso em 25 de maio de 2023)

Limitações e dificuldades práticas

- Comunicação
- Acesso à informação clínica
 - Bases de dados
- Fluxo de processos
- Registo
 - Intervenções farmacêuticas
- Articulação entre o hospital e os centros de saúde, bem como entre a farmácia hospitalar e a farmácia comunitária
- Literacia em saúde
 - Pessoas com doença
 - Cuidadores
 - Locais que recebem as pessoas com doença após a alta (ex.: instituições de terceira idade)
- Remuneração

Casos clínicos reais

Alina Vicas F/68

Doença actual
Última alteração: 14:25h 0

Motivo de Consulta

História da doença actual
14:25h

Pede-se a lista com a medicação neurológica:

Na última consulta de neurologia foram feitas as seguintes alterações:

- Levetiracetam para 500mg (PA) + 250mg (A) + 500mg (J)
- Quetiapina 25mg x1 ao jantar ou ao deitar conforme as necessidades e a resposta clínica
- Para a Quetiapina SR 50mg.

Os outros fármacos (DM, HTA etc), desconheço a dosagem e a toma actualizada.

Nesta visita	Comigo	Nesta especialidade	Todas as visitas

- OC, sexo masculino, 74 anos
- Diagnósticos conhecidos: HTA, dislipidemia, DM2
- Diagnóstico de entrada: pneumonia bilateral SARS-CoV-2

Serviço de Int. Medicina
Internado em: Alta adm.

História Clínica
Médicos Responsáveis: F

Data de Internamento:
Data de Internamento no Serviço de Medicina
Data de alta:
ECOG Pré: 1; ECOG Pós: 1; KATZ pré: 0; KATZ pós: 4

Diagnósticos:
Pneumonia bilateral SARSCoV2
- Pneumonia intersticial bilateral + hipoxemia - Doença grave
- TRAG 18.09: NEGATIVO
- Link epidemiológico: Esposa positiva
Traqueobronquite aguda sem isolamento de agente
Lesão Renal Aguda
Hipertensão arterial
Dislipidemia
Hipouricemia
Diabetes Mellitus tipo 2 NIT
- HbA1C 8.8 %
Status pós neoplasia do cego pT3b pN0 (estadio II)
- Submetido a Hemicolectomia dta por via laparoscópica a 21.4.21

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL
quadrm

ANTECEDENTES PESSOAIS:
- Status pós neoplasia do cego pT3b pN0 (estadio II) - Submetido a Hemicolectomia dta por via laparoscópica a 21.4.21
- Hipertensão Arterial
- Dislipidemia
- Diabetes Mellitus Tipo 2

MEDICAÇÃO HABITUAL:
Dapagliflozina/Metformina 5/850mg 2xd, Rosuvastatina + Ezetimiba 20+10mg; fenofibrato 267mg; ertugliflozina 5mg almoço
olmesartan 20mg (nao tem tomado por hipotensao)

STATUS MUNIZAÇÃO SARSCoV2:

Proposta de monitorização e tratamento
PROPOSTA DE MONITORIZAÇÃO E TRATAMENTO:
Clinicamente melhorado, tem indicação de alta para o domicílio.

Deverá cumprir a terapêutica prévia ao internamento integralmente.
A saber:

- Dapagliflozina/Metformina 5/850mg: 1 cp de 12/12 hrs
- Rosuvastatina + Ezetimiba 20+10mg: 1 cp por dia
- Fenofibrato 1 cp após o almoço 267mg.
- Ertugliflozina 5mg , 1 cp ao almoço
- Olmesartan 20mg , 1 cp por dia

Dados da alta do internamento
Estado Clínico: Melhorado Destino: Ars/ Centro De Saude

Dados da alta do internamento
Estado Clínico: Melhorado Destino: Ars/ Centro De Saude

- AJ, sexo masculino, 67 anos
- Integrou a consulta AF para controlo da diabetes *mellitus* tipo 2 (outubro 2021)
 - Queixas adicionais: hematomas nas mãos, sangramento gengival
- História de 3 internamentos recentes
 - Solicitaram-se as notas de alta

- Dezembro 2019

Nota de Alta

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA

Internado em: Dezembro 2019 Alta administrativa: Alta médica: Dezembro 2019

História clínica

Diagnósticos:

- DPOC agudizada /ACO?
- Infecção traqueobrônquica
- Insuficiência respiratória global aguda
- Diabetes Mellitus tipo 2

Doente de 67 anos, fumador (50UMA), reformado. Vive com esposa. AP: Asma brônquica e Rinite alérgica na infância com alergia aos pólenes e ao AAS. Internamento hospitalar há 10 anos por Pneumonia. Desde há 10 anos queixas de bronquite crónica e dispneia de esforço mMRC1.

Medicação: Anoro, Empagliflozina [Jardiance] 10 mg, Rosuvastatina 20 mg.

Recomendações finais:

- NÃO FUMAR
- Trelegy 1 inalação de manhã (lavar a boca depois de usar)
- Ventilan 4 inalações na câmara expansora 3 x dia 3 dias e depois em SOS
- Prednisolona 20mg: 1 cp e meio/dia, após o pequeno-almoço 3 dias; 1 cp/dia 3 dias; meio cp/dia e pára.
- Pantoprazol 20mg: 1 cp em jejum enquanto tomar a Prednisolona.
- Filotempo 1 cp ao pequeno-almoço e ao jantar
- retoma Jardiance e rosuvastatina.
- Consulta de Pneumologia () dia 1 - 2019 às 12h e 30min.
- TAC de tórax dia 1 om jejum desde as 0h.- serviço de Radiologia
- Consulta do Médico de Família.
- Consulta de Nutrição.

Dados da alta do internamento

Gasometria arterial PO2 21% (1)
- Rx torax : Infiltrado hiliar b
- ECG: RS, FC 76bpm, sem sinais
- Análises: Hb: 14,6, leucócitos:
BUN20, creatinina: 0,8, PCR<3

Recomendações finais:

- NÃO FUMAR
- Trelegy 1 inalação de manhã (lav
- Ventilan 4 inalações na câmara
- Prednisolona 20mg: 1 cp e meio/
- Pantoprazol 20mg: 1 cp em jejum
- Filotempo 1 cp ao pequeno-almo
- retoma Jardiance e rosuvastatin
- Consulta de Pneumologia (
- TAC de tórax dia 1
- Consulta do Médico de Família.
- Consulta de Nutrição.

• Janeiro 2020

SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA
Internado em: Janeiro 2020 Alta administrativa: Alta médica: Janeiro 2020

História clínica
Diagnósticos:
- TEP
- Insuficiência respiratória parcial
- DPOC
- Traqueobronquite nosocomial
- DM 2

Doente de 67 anos, fumador até há 1 mês (50UMA), reformado (). Vive com esposa.
AP: Asma brônquica e Rinite alérgica na infância com alergia aos pólenes e ao AAS. Agora com critérios de sobreposição de DPOC. Internamento hospitalar há 10 anos por Pneumonia, e Desde há 10 anos queixas de bronquite crónica e dispnéia de esforço mMML.

Internamento recente na pneumologia com alta a 12-2019 com os seguintes diagnósticos:
- DPOC agudizada /ACO?
- Infecção traqueobrônquica
- Insuficiência respiratória global aguda
- Diabetes Mellitus tipo 2
- Infecção traqueobrônquica medicado com amox/clav

Medicação: Anoro, Empagliflozina [Jardiance] 10 mg ao PA, Rosuvastatina 20 mg, Trelegy 1 inal dia, Filotempo 225 12/12h, salbutamol 4 inal sos, Deflazacort agora em regime de desmame (iniciado a 1-1-2020), Cefuroxima iniciado a 1-1-2020.

análises 7-01-2020 Hb 162; Gb 9800 com 77.3% neut, plaq 297000; INR 1.1; DDímeros 6211; Trop K10;
NT-pro BNP 77; glicemia 122; AST 25; AL *
-Angio TC 7-01-2020 Identificam-se tro centrilobular bilateral. Sem derrame ple valorizáveis em contexto de urgência.

Ficou internado no S. Pneumologia com o: Iniciou enoxaparina em doses terapêutica febre, tosse com expectoração purulenta e 9/1 e 18/1 foi observado pela ORL, tendo i Clinicamente estável, tem alta com OLD.

Restantes exames complementares:
- Urocultura 16/01 negativa
- Antigenúria Pneumococcus e Legionella r
- Hemoculturas negat
- Análises 16/01: Hb 14.4, Leuc 9.7, Pla q
mmol/L, BUN 14 mg/dL, Creatinina (soro) 0.1
- Análises 21/1: Hb 143, leuc 11.300, PCR s

Plano:
- Medicação: xarelto 20 mg/dia. Mantem restante medicação de ambulatório
- OLD líquido 1.5L/m em repouso
- C. Pneumologia 27/2/2020, 12:45
- Peça C TEP

mputador - SClinico

- Final Janeiro 2020

História clínica

Doente com 67 anos, sexo masculino

M: EAM com supra de ST inferior/ miocardite (?)

FRCV: DM não insulino tratado, tabagismo, Dislipidemia.

AP:

- 1- DPOC
- 2- TEP em 7/1/2020

Tx habitual: Jardiance, Rosuvastatina 20, Xarelto 20, Trelegy Elipta (fluticasona + umeclidínio + vilanterol), Salbutamol, Flotempo.

Hatual:

Proposta de monitorização e tratamento

Seguimento por médico de família

Consulta de doenças do miocárdio e pericárdio (faço pedido), em data a ser comunicada

Sugere-se realização de dupla-antiagregação com Triflusal 300mg 2x/d e Clopidogrel 75mg/dia , em associação com anticoagulante oral por um período de 1-3 meses, apos o que, se houver necessidade de manter anticoagulante oral pelo TEP recente, poderá suspender triflusal e manter clopidogrel e anticoagulação por um período máximo de 1 ano. Após 1 ano, se houver necessidade de manter anticoagulação oral, poderá suspender clopidogrel. Caso entretanto não haja necessidade de manter anticoagulação oral, deverá retomar antiagregação com clopidogrel ad aeternum.

Não deverá interromper esta medicação sem indicação do seu cardiologista assistente.

Alta medicado com clopidogrel, Eliquis 5 2 X/dia ; rosuvastatina 20, Trelegy ; colquicina 1/2 2 X/dia ; triflusal 2 X/dia salbutamol SOS; Jardiance 10

Terapêutica ef

Data início
26/01/2020
26/01/2020
26/01/2020
26/01/2020
26/01/2020
26/01/2020
26/01/2020
26/01/2020
26/01/2020
26/01/2020
26/01/2020
26/01/2020

Estado - Clínico

Página 1/14

- Reconciliação terapêutica pode contribuir para a segurança da pessoa com doença
- Dificuldades práticas a ultrapassar
- Importância do envolvimento da pessoa com doença / cuidador

Muito obrigada!

Reconciliação da Medicação: Estratégia para minimizar erros de medicação

Mónica Condinho

(monica.condinho@ac-ft.pt)

AcF - Acompanhamento Farmacoterapêutico, Lda.; Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade do Algarve; ABC-RI, *Algarve Biomedical Center Research Institute, Algarve Biomedical Center*, Faro, Portugal