epublicação

cim CENTRO DE INFORMAÇÃO DO MEDICAMENTO

Alguns fármacos apresentam um elevado risco de causar dano significativo ao doente quando se produz um erro

PREVENÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO NA COMUNIDADE II

Medicamentos de alerta máximo

DATA 2018-05-14 **AUTOR** Aurora Simón, *Diretora técnica do CIM*

Embora a maioria dos medicamentos tenha uma ampla margem de segurança, alguns fármacos apresentam um elevado risco de causar dano significativo ao doente quando se produz um erro.[1,2] São os denominados medicamentos de alto risco ou, preferivelmente, medicamentos de alerta máximo (MAM).[1] Com esta denominação pretende-se chamar a atenção para essa característica, para que todos os envolvidos na sua utilização os tratem com o cuidado que exigem.[2]

MEDICAMENTOS DE ALERTA MÁXIMO

Este conceito foi introduzido em 1998 pelo *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) dos Estados Unidos, após a realização de um estudo em hospitais em que foi constatado que um reduzido número de medicamentos causava a maioria dos erros de medicação. Com base nessa informação, foi elaborada uma listagem com os principais medicamentos de utilização hospitalar implicados.[3]

Posteriormente, em 2006, o ISMP elaborou outra lista de medicamentos de alto alerta com utilidade para farmacêuticos que exercem na comunidade e no ambulatório.[3,4]

Existiu também um processo prévio de identificação de erros que tinham sido comunicados e que causaram dano por má utilização do medicamento, sendo a listagem elaborada através de um inquérito e da revisão dos dados existentes na literatura, por farmacêuticos de cuidados ambulatórios e peritos em segurança. Muitos dos medicamentos incluídos, como os hipoglicemiantes orais, a insulina ou os opioides, devem ser considerados de alto risco em todos os ambientes de prestação de cuidados.[4]

A inclusão de um medicamento nas listagens não implica que os erros sejam mais frequentes do que com o uso de qualquer outro medicamento. Contudo, as consequências dos erros são mais devastadoras.[1,2]

A implementação de práticas melhora a segurança destes medicamentos e evitar danos desnecessários aos doentes.

Medicamentos de alerta máximo para a assistência ambulatória [1,5]

Classes de medicamentos

Anticoagulantes orais
Agentes antirretrovíricos (p. ex. efavirenz, lamivudina, raltegravir, ritonavir, associações de antivíricos)
Quimioterapia oral, excluindo agentes hormonais (p. ex.: ciclofosfamida, mercaptopurina, temozolomida)
Hipoglicemiantes orais
Insulina
Opioides
Imunossupressores (p. ex. azatioprina, ciclosporina, tacrolímus, daclizumab, micofenolato de mofetil, sirolímus)
Medicamentos líquidos pediátricos que precisam de ser medidos
Medicamentos categoria X durante a gravidez (p. ex. bosentano, isotretinoína, atorvastatina, estazolam, sinvastatina, temazepam)

Medicamentos específicos

Carbamazepina
Hidrato de cloral liquido (para sedação em crianças)
Heparina, incluindo a não fracionada e de baixo peso molecular
Metformina
Metotrexato para uso não oncológico (metotrexato oral)
Midazolam líquido (para sedação em crianças)
Propiltiouracilo

epublicação

cim CENTRO DE INFORMAÇÃO DO MEDICAMENTO

PREVENÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO NA COMUNIDADE (II)

DATA 2018-05-14 | **AUTOR** Aurora Simón, *Diretora técnica do CIM*

MEDICAMENTOS DE ALERTA MÁXIMO PARA DOENES CRÓNICOS

Os doentes com patologias crónicas recebem múltiplos medicamentos e são especialmente vulneráveis aos erros de medicação.

De forma similar, uma lista de medicamentos de alto risco em doentes crónicos foi desenvolvida pelo ISMP-España (tabela). Foi elaborada combinado a melhor evidencia disponível com a opinião de especialistas, tendo como base a pré-seleção de vários grupos terapêuticos e medicamentos utilizados no tratamento de patologias crónicas com risco elevado de causar eventos adversos quando se produzem erros na sua utilização.[3]

Como é de esperar, vários grupos e medicamentos são coincidentes com a listagem anterior.

Medicamentos de alerta máximo para doentes crónicos [3]
<u>Grupos terapêuticos</u>
Antiagregantes plaquetários (incluindo insulina)
Anticoagulantes orais
Antiepiléticos de margem terapêutica estreita (p.ex. carbamazepina, fenitoína e ácido valpróico)
Anti-inflamatórios não esteroides
Antipsicóticos
Benzodiazepinas e análogos
Beta bloqueantes adrenérgicos
Citotóxicos orais
Corticosteroides a longo prazo (mais de 3 meses)
Diuréticos da ansa
Hipoglicemiantes orais
Imunossupressores
Insulinas
Opioides
<u>Medicamentos específicos</u>
Amiodarona/dronedarona
Digoxina oral
Espironolactona/eplerenona
Metotrexato oral (uso não oncológico)

A finalidade deste tipo de listagens é melhorar a segurança do doente,[3] ao determinar que medicamentos precisam de especial cuidado para reduzir o risco de erro.[1] Podem facilitar o desenvolvimento de práticas seguras, que consigam evitar os erros mais frequentes, e a identificação dos doentes que podem estar em maior risco quando se produz um erro com a sua medicação.[3]

Como referido na parte I, para a redução de erros medicamentosos numa organização devem ser utilizadas estratégias combinadas, centradas nos problemas do sistema e que considerem os fatores humanos.[4]

Para os medicamentos constantes das listas de MAM as estratégias a desenvolver podem incluir a melhora no acesso à informação sobre esses fármacos, o uso de etiquetas e alertas automáticos e a normalização da prescrição, armazenagem, dispensa e administração destes medicamentos.[1,4] Muitas vezes precisam ser embalados, armazenados, prescritos e administrados de forma diferente.[2]

Sempre que possível, devem ser instituídos métodos que tornem impossível que um MAM seja administrado de forma potencialmente letal. Por exemplo, procedimentos que criam uma paragem durante um processo, para garantir que antes de prosseguir são fornecidas informações importantes. Por exemplo, sistemas informáticos que impedem a supressão de mensagens de alerta relevantes sem uma anotação (por exemplo, ao ser selecionado um MAM deverá ser introduzida indicação especifica de um doente).

Soluções tecnológicas, como os códigos de barras, têm grande potencial de deteção de erros humanos. Contudo, a dupla verificação independente por dois farmacêuticos ainda desempenha um papel importante. Há estudos que mostram que deteta cerca de 95% dos possíveis erros. Durante o processo deve verificar-se, comparando com a prescrição, se se trata do medicamento, dose, via de administração e frequência prescritas e se é o doente certo. Verificações adicionais incluem: confirmar se a indicação do medicamento corresponde ao diagnóstico do doente; se a formulação é adequada; se os cálculos da dose estão corretos; se a dose, a frequência, o momento e a via administração prescritos são os adequados para o doente e se este recebeu formação sobre a adequada vigilância.[2] O doente deve saber que sempre pode prevenir danos solicitando informação escrita e esclarecendo as suas dúvidas. O diálogo pode igualmente ajudar a captar qualquer erro que possa ter existido.[6]

CONCLUSÃO

Devem sempre ser tomadas medidas para evitar erros de medicação, mas existem certos medicamentos aos quais deve ser prestada ainda uma maior atenção. Os medicamentos considerados de alerta máximo têm de ser identificados, devendo existir restrições de segurança e alertas que requeiram a intervenção do farmacêutico antes da dispensa da prescrição médica.

Referências bibliográficas

1. SMP list of high-alert medications in Community/ Ambulatory healthcare. [acedido a 5/01/18]. Disponível em: https://www.ismp.org/sites/default/files/attachments/2017-11/highAlert-community.pdf
2. Safeguards to Implement with 'High Alert' Medications. The Script. 2011; July: 5-6. Disponível em: http://www.pharmacy.ca.gov/publications/11_jul_script.pdf
3. Proyecto MARC elaboración de una lista de medicamentos de alto riesgo para los pacientes crónicos. Informe 2014. [acedido a 5/01/18]; 1(5): 1-4. Disponível em: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto_MARC_2014.pdf
4. Gaunt MJ. High-alert medications for community/ambulatory health care. Pharmacy Times. Jan 9, 2012, [acedido a 5/01/18]. Disponível em: http://www.pharmacytimes.com/publications/issue/2012/january2012/high-alert-medications-for-communityambulatory-health-care-
5. Cohen MR, Smetzer JL, Westphal JE, Comden SC, Horn DM. Risk models to improve safety of dispensing high-alert medications in community pharmacies. J Am Pharm Assoc (2003). 2012; 52(5): 584-602.
6. Talking to your pharmacist may prevent harm. Newsletter 2017; 8(8). Disponível em: https://safemedicationuse.ca/newsletter/downloads/201708NewsletterV8N8-Counselling.pdf