

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Reconciliação Terapêutica Hospitalar e a pandemia COVID-19

Bruno Jorge de Sousa Cancela

M

2022



Reconciliação Terapêutica Hospitalar e a pandemia COVID-19

Bruno Jorge de Sousa Cancela
bruno.sousa.cancela@gmail.com

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
Universidade do Porto

Orientadora: Dr.^a Isabel Alexandra Santos
Assistente Graduada de Anestesiologia
Diretora do Departamento da Qualidade
do Centro Hospitalar Universitário do Porto

Coorientadora: Professora Doutora Idalina Beirão
Assistente Graduada de Nefrologia
Diretora do Departamento de Ensino Pré-Graduado
no Centro Hospitalar Universitário do Porto
Professora Catedrática Convidada
do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Porto, junho de 2022

Estudante:

Bruno Jorge de Sousa Cancela

(Bruno Jorge de Sousa Cancela)

Orientadora:

Isabel A Santos

(Dr.^a Isabel Alexandra Santos)

Coorientadora:

Beirã

(Prof. Doutora Idalina Beirão)

Dedicatória

Este trabalho, que representa a minha submissão de Tese de Mestrado Integrado em Medicina, simboliza o fim de um percurso de 6 anos. Apesar de este trabalho e a sua defesa pública corresponderem aos momentos finais do meu percurso académico, eu acredito que a jornada e o caminho até chegar aqui é mais merecedora de ser exaltada e recordada.

Assim, quero dedicar este trabalho aos meus pais e restante família, que com o seu apoio e suporte me permitiram disfrutar estes anos; aos meus amigos próximos, que além de se terem mostrado constantemente disponíveis para me ajudarem, riram e celebraram comigo os meus melhores momentos e eu os seus; à Eduarda, pelo apoio incondicional em todas as vertentes da vida; aos meus colegas, pelo companheirismo que demonstraram durante o curso; aos meus professores, que pela melhor ou pior forma, ajudaram a moldar a minha visão acerca da Medicina e da relação do médico com o doente.

Consigo apreciar o meu crescimento e a construção da minha personalidade ao longo destes anos, e parte disso deve-se às experiências que estas pessoas me permitiram vivenciar. Por isso, a estas pessoas, estou grato.

Agradecimentos

Deixo nesta secção um agradecimento à Dr.^a Isabel Alexandra Santos, orientadora do trabalho, pela tutoria, pela transmissão do conhecimento e pela confiança depositada em mim ao dar-me autonomia na realização do trabalho; à Enf. Cecília Rodrigues, que integra o Departamento da Qualidade, pela colaboração e empenho no planeamento e realização do trabalho, trabalhando lado a lado comigo e com a Dr.^a Isabel; ao Sr. Rogério e aos restantes funcionários do Departamento de Qualidade, pela hospitalidade e disponibilidade no auxílio à realização logística do trabalho.

Resumo

Introdução: A pandemia por COVID-19 colocou uma grande pressão nos sistemas de saúde, que se traduziu, em Portugal, na diminuição do número de consultas hospitalares, cirurgias programadas e de internamentos. No entanto, o impacto qualitativo, nomeadamente na Qualidade e Segurança dos cuidados prestados ao doente, não é tão facilmente quantificável. Este estudo, através de uma auditoria clínica, avaliou o processo de reconciliação terapêutica (RT) num intervalo de tempo anterior ao início da pandemia por COVID-19 e num intervalo de tempo inserido na pandemia.

Métodos: A amostra consistiu nos doentes com alta hospitalar a janeiro de 2020 e janeiro de 2021 de uma enfermaria médica e outra cirúrgica. Seis critérios de auditoria clínica foram definidos: registo da lista de medicação (e posologia) que o doente realiza no domicílio; registo da lista de medicação (e posologia) prescrita nas primeiras 24 horas após admissão ao serviço de internamento; registo da lista de medicação (e posologia) descrita na Nota de Alta Hospitalar; processo de RT total na admissão; processo de RT total na alta hospitalar; processo de RT total para grupos específicos de fármacos considerados críticos.

Resultados: Foram auditados 175 processos clínicos, 107 referentes ao período de janeiro de 2020 (44 da enfermaria de Medicina e 63 do serviço de Cirurgia) e 68 referentes a janeiro de 2021 (25 de Medicina e 43 de Cirurgia). Os *standards* definidos para o cumprimento dos critérios elencados não foram atingidos relativamente à identificação da lista de medicação e posologia realizada no domicílio nem na Nota de Alta Hospitalar, bem como nos critérios relativos à RT total na admissão. Os *standards* relativos à RT total na altura da alta hospitalar foram atingidos (exceto pelo serviço de Medicina no período de janeiro de 2020).

Conclusão: A RT está a ser efetuada nos serviços considerados, apesar de ainda serem necessárias melhorias para se atingir os *standards* desejados. O processo de RT mostrou-se tanto mais difícil quanto a complexidade dos doentes, respeitante à sua idade e polimedicação. Apesar de a identificação da posologia e a proporção de processos sem reconciliação terapêutica apresentarem piores resultados no período de janeiro de 2021, o papel da pandemia por COVID-19 neste indicador de qualidade dos serviços médicos continua incerto.

Palavras-chave: Reconciliação Terapêutica; Cuidados de Saúde Terciários; COVID-19; Segurança do Doente; Erros de Medicação; Transição de Cuidados de Saúde

Abstract

Introduction: The pandemic due to COVID-19 put great pressure on health systems, which translated, in Portugal, into a decrease in the number of hospital consultations, scheduled surgeries and hospitalisations. However, the qualitative impact, namely on the Quality and Safety of patient care, is not so easily quantifiable. This study, through a clinical audit, assessed the medication reconciliation (MR) process in a timeframe prior to the beginning of the pandemic by COVID-19 and in a timeframe within the pandemic.

Methods: The study included patients discharged from hospital in January 2020 and January 2021 from one medical and one surgical ward. Six clinical audit criteria were defined: identification of medication list (and dosage) that the patient takes at home; identification of medication list (and dosage) prescribed in the first 24 hours after admission to the inpatient service; identification of medication list (and dosage) described in the Hospital Discharge Note; total MR process at admission; total MR process at hospital discharge; total MR process for specific groups of medication considered critical.

Results: 175 clinical records were audited, 107 referring to January 2020 (44 from the Medicine ward and 63 from the Surgery service) and 68 referring to January 2021 (25 from the Medicine ward and 43 from the Surgery service). The standards defined for the fulfilment of the listed criteria were not met regarding the identification of the medication and dosage list taken at home or in the Hospital Discharge Note, as well as in the criteria regarding the total MR at admission. The standards regarding total MR at hospital discharge were met (except for the Medicine service in the period January 2020).

Conclusion: The MR process is being carried out in the considered services, although improvements are still necessary to achieve the desired standards. The MR process proved to be more difficult due to the complexity of the patients, regarding their age and polymedication. Although the identification of dosage and the proportion of cases without medication reconciliation show worse results in the January 2021 period, the role of the COVID-19 pandemic in this quality indicator of medical services remains uncertain.

Keywords: Medication Reconciliation; Tertiary Care Centers; COVID-19; Patient Safety; Adverse Events; Medication Errors; Clinical Handover

Lista de abreviaturas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

BZD – Benzodiazepinas

CHUPorto – Centro Hospitalar Universitário do Porto

CdM – Circuito do Medicamento

COVID-19 – *Coronavirus Disease* 2019

DCI – Denominação Comum Internacional

DGS – Direção Geral da Saúde

IHI – *Institute for Healthcare Improvement*

OMS – Organização Mundial da Saúde

RT – Reconciliação Terapêutica

SMP – Sem Medicação Prévia

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

Índice

INTRODUÇÃO.....	1
OBJETIVOS.....	3
METODOLOGIA.....	4
RESULTADOS.....	6
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	11
SUGESTÕES DE MELHORIA	13
CONCLUSÃO	15
ANEXOS	16
TABELAS.....	18
BIBLIOGRAFIA	25

Introdução

A Reconciliação Terapêutica (RT) é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o processo formal em que os profissionais de saúde, em conjunto com os utentes, asseguram que a transmissão de informação da medicação é feita de forma precisa e completa pelos vários níveis de cuidados de saúde.¹ A definição do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) é mais abrangente, atribuindo ao processo de RT as funções de criação de uma lista o mais precisa possível de todos os fármacos que o utente utiliza, incluindo o nome, dosagem, frequência e via de administração, e de comparação com as notas de admissão, transferência e alta hospitalar (emitidas pelo clínico), com o objetivo de providenciar a prescrição correta da medicação em todos os pontos de transição nas instituições hospitalares.² Assim, o processo de RT pode diminuir erros de medicação com potencial dano para o doente, incidindo em momentos críticos onde esses erros são mais comuns (na transição entre cuidados).³ Apesar do conceito ser de compreensão relativamente fácil e da sua correta realização ser muito importante para a segurança dos utentes, a sua implementação na prática hospitalar tem-se mostrado complexa.⁴

Em Portugal, a importância deste processo tem sido reconhecida, sendo mencionada como um dos objetivos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes da Direção-Geral da Saúde (DGS).⁵ Além da DGS ter uma norma dedicada a este assunto³, a Direção da Ordem dos Farmacêuticos elaborou um documento de orientações relativas à revisão da medicação, em 2021, onde consta que os farmacêuticos devem também participar no processo de reconciliação terapêutica, atuando como um dos agentes da otimização terapêutica num contexto multidisciplinar.⁶

Na literatura científica publicada, encontram-se poucos trabalhos realizados acerca da RT. Uma revisão sistemática que avaliou 18 estudos mostrou que apenas algumas discrepâncias na medicação se repercutiram clinicamente e que ainda não é claro que este processo diminua, por exemplo, a readmissão a serviços hospitalares a curto-prazo.⁷ Uma outra revisão sistemática tentou perceber quais as principais causas dos erros de administração da medicação. Apesar da heterogeneidade da metodologia dos artigos encontrada pelos autores, concluiu-se que os erros cometidos são

influenciados pelas condições de trabalho e que a sua maioria se devem a lapsos e distrações.⁸

Em Portugal, existem igualmente poucos artigos publicados relacionados com este assunto. O tema de uma tese de Mestrado em Gestão da Saúde consistiu em perceber a perceção de um grupo de profissionais de saúde acerca da RT em contexto hospitalar.⁹ A autora identificou alguns problemas que dificultam a implementação deste processo, como o baixo grau de literacia em saúde dos doentes, as dificuldades na comunicação com a família e a pouca disponibilidade dos profissionais para se dedicarem ao processo de RT.⁹ Em 2017, foi realizada uma auditoria clínica no serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Setúbal.¹⁰ Neste trabalho, com uma amostra de 52 doentes, identificaram os diferentes tipos de erros, em que os mais frequentes foram relacionados com a dosagem e posologia e existiram 19 erros de medicação, sendo que em 47% dos casos não existiu RT.¹⁰ No Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto), foi realizada uma auditoria clínica acerca da RT aos mesmos serviços tratados nesta auditoria, relativa ao mês de setembro de 2019.¹¹ Este estudo mostrou que a RT, de forma global, era de 93% à admissão e 88% no momento de alta hospitalar, e que este processo tinha frequentemente mais falhas em doentes polimedicados.¹¹

A pandemia por *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), para além do claro impacto económico, social e na saúde individual, trouxe um enorme teste de stress para os sistemas de saúde de todos os países. Por exemplo, num período de tempo relativamente curto, foram vários os serviços de saúde que focaram a sua atenção quase exclusivamente na luta contra a infeção por SARS-CoV-2.¹² Este é apenas um fator dos vários que, juntos, mediaram o grande impacto da COVID-19 nas várias áreas e serviços dos cuidados de saúde.¹³ Em Portugal, de acordo com a Entidade Reguladora da Saúde, a pandemia também teve repercussões no Sistema de Saúde, nos vários níveis de cuidados: entre março e junho de 2020, verificou-se uma diminuição do número de consultas hospitalares, cirurgias programadas, internamentos e da atividade assistencial nos cuidados de saúde primários.¹⁴ Na plataforma da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), é possível observar a evolução de alguns parâmetros relativos ao Serviço Nacional de Saúde (SNS): por exemplo, entre janeiro de 2020 e janeiro de 2021, observou-se uma diminuição de 19,8% no número de altas hospitalares e uma descida de 33% nas intervenções

cirúrgicas programadas.¹⁵ Esta evidência quantitativa é facilmente observável; o mesmo pode não aplicar-se a parâmetros qualitativos, como a Qualidade e a Segurança dos serviços que estão a ser prestados aos doentes.

A pressão induzida pela pandemia por COVID-19 nos sistemas de saúde é, naturalmente, proporcional ao número de novos casos e de internamentos hospitalares (incluindo internamentos em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)), como foi sendo relatado e observado em Portugal pelas diversas entidades com responsabilidades na área da saúde, incluindo a Ordem dos Médicos.¹⁶ Assim sendo, é pertinente perceber a evolução do contexto epidemiológico da COVID-19 em Portugal para o propósito desta auditoria clínica. No dia 2 de março de 2020, foi confirmado o primeiro caso em Portugal.¹⁷ De acordo com a base de dados online disponibilizada no site da DGS dedicado à COVID-19,¹⁸ a primeira vaga de casos durou até ao início do mês de junho. Nesse período (de 2 de março a 1 de junho de 2020), registaram-se 32.700 casos, um pico de 1.302 internamentos simultâneos e um pico de 271 internados em UCI.¹⁸ Durante os 4 meses que se seguiram, o número de novos casos manteve-se relativamente estável, que se alinhou com o Plano de Desconfinamento publicado a 29 de maio de 2020 e com o aligeiramento das medidas de combate à pandemia no verão de 2020.¹⁹ No final de setembro, houve uma nova vaga de casos, que contou com, desde 26 de setembro de 2020 até 26 de dezembro de 2020, 320.057 casos, um pico de 3.367 internamentos simultâneos e de 536 internados em UCI.¹⁸ Seguiu-se imediatamente uma terceira vaga, em que se registaram, desde 27 de dezembro de 2020 até 27 de fevereiro de 2021, 410.848 casos, um pico de internamentos simultâneos de 6.869 (a 1 de fevereiro) e de 904 internados em UCI (a 5 de fevereiro).¹⁸ Nesta última vaga de casos, a pandemia por COVID-19 colocou um grande stress nos serviços hospitalares.

Objetivos

O objetivo deste estudo é, através de uma auditoria clínica, avaliar o processo de reconciliação terapêutica num intervalo de tempo anterior ao início da pandemia por COVID-19 e num intervalo de tempo inserido na pandemia por COVID-19, num serviço de internamento médico e num serviço de internamento cirúrgico.

Metodologia

Tipo de estudo e amostra

O estudo consiste numa auditoria clínica retrospectiva, na qual se pretende avaliar os processos de RT no CHU Porto nos meses de janeiro de 2020 e de janeiro de 2021. A escolha destes intervalos de tempo reflete o objetivo do estudo: em janeiro de 2020, a pandemia por COVID-19 ainda não tinha sido declarada em Portugal, enquanto que janeiro de 2021 foi um dos períodos de maior stress no Sistema de Saúde português. Foram auditados os doentes com alta clínica do serviço de Medicina e do serviço de Cirurgia durante os 2 meses definidos, sendo excluídos doentes admitidos após transferência interna (de forma a evitarmos a interferência de outros fatores no circuito do doente). A caracterização da amostra inclui a idade, sexo, medicação prévia e diagnóstico principal.

Crítérios a utilizar

Os critérios definidos para a realização da auditoria clínica são os seguintes:

1. Identificação e registo da lista de medicação (e posologia) que o doente realiza no domicílio;
2. Identificação e registo da lista de medicação (e posologia) prescrita no circuito do medicamento nas primeiras 24 horas após admissão ao serviço de internamento;
3. Identificação e registo da lista de medicação (e posologia) descrita na Nota de Alta Hospitalar;
4. Registo do processo de RT total na transição do domicílio para o internamento (Admissão Hospitalar);
5. Registo do processo de RT total na transição do internamento para o domicílio (Alta Hospitalar);
6. Registo do processo de RT total em ambas as fases de transição, para grupos específicos de fármacos considerados críticos, incluindo antidiabéticos, anti-hipertensores, anticoagulantes, antiepiléticos,

benzodiazepinas (BZD) e BZD-like e fármacos relacionados com o tratamento da dor crónica (classe dos antidepressivos e dos antiepiléticos).

Para cada critério foi definido um *standard*, que corresponde ao desempenho expectável para um dado critério. Considerou-se que o *standard* foi atingido quando a proporção do resultado positivo, para um dado critério, foi igual ou superior à proporção definida para esse critério. Para os critérios 1, 3 e 6, foi definido um *standard* de 100%. Para os restantes critérios (2, 4 e 5), o *standard* foi considerado 75%, considerando os resultados encontrados num trabalho anterior realizado nos mesmos serviços.¹¹ Relativamente ao critério 3, considerou-se a identificação dos fármacos na lista de medicação como correta quando esta se apresentou no formato de Denominação Comum Internacional (DCI), de acordo com o Despacho nº 2783/2013 do Ministério da Saúde (alínea I do ponto 1).²⁰ Para o cumprimento dos critérios 4, 5 e 6, apenas foram considerados os casos em que ocorreu RT total.

O processo de RT foi avaliado através da identificação das eventuais diferenças (e sua justificação) entre a lista de medicação realizada em ambulatório e a medicação prescrita na fase a estudar (admissão ao internamento ou Alta Hospitalar). O processo foi classificado consoante a sua realização de forma total ou parcial: a RT foi considerada parcial quando pelo menos um fármaco da lista de medicação não foi reconciliado. Um fármaco foi considerado reconciliado se cumprir um dos seguintes requisitos: esse mesmo fármaco ou outro considerado equivalente for prescrito durante as primeiras 24h do internamento; for cumprido o protocolo a que esse fármaco está sujeito (antidiabéticos, anticoagulantes e antiagregantes (Anexo 1)); a sua suspensão, e respetiva justificação clínica, forem registadas no processo clínico.

Para a colheita de dados, foi utilizado um formulário, anexado no final deste documento (Anexo 2).

Calendarização da realização do trabalho

O planeamento da auditoria clínica e elaboração do formulário realizou-se entre março e maio de 2021. A proposta de trabalho foi aprovada pelo

Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Porto no dia 16 de março de 2022, com a referência 2021-245(197-DEFI/205-CE).

Análise estatística

A análise estatística, da qual resultaram as tabelas apresentadas, foi realizada no programa *Microsoft® Excel® versão 2203 build 16.0*.

Resultados

Caracterização da amostra

No total, foram considerados para esta auditoria 175 doentes: 107 para o período de janeiro de 2020 (44 referentes ao serviço de Medicina e 63 ao serviço de Cirurgia) e 68 doentes para o período de janeiro de 2021 (25 referentes a Medicina e 43 ao serviço de Cirurgia). A média de idades dos doentes considerados e a duração média dos dias de internamento é superior no serviço de Medicina em ambos os intervalos de tempo (Tabela I).

A proporção de doentes polimedicados também é superior no serviço de Medicina em ambos os intervalos de tempo (Tabela II). Dos 175 doentes considerados, 19 não realizavam medicação previamente à admissão em internamento, correspondendo a totalidade desses casos a doentes internados no serviço de Cirurgia (Tabela II). Estes doentes foram excluídos da análise da realização de RT, por não ser possível a sua aplicação nestes casos.

É pertinente notar que a média de fármacos que cada doente efetua em ambulatório, para o período de janeiro de 2020, é de 8,5 relativo ao serviço de Medicina e de 3,3 para o serviço Cirurgia, enquanto que, para o período de janeiro de 2021, a média de fármacos que cada doente efetua em ambulatório é de 6,6 para Medicina e de 5,4 para o serviço de Cirurgia, como é observável na tabela II.

Realça-se também que em 3 processos referentes a janeiro de 2020 (1 ao serviço de Cirurgia e 2 ao serviço de Medicina) e 1 processo referente ao

período de janeiro de 2021 (ao serviço de Medicina) não apresentavam Nota de Alta ou esta estava vazia.

Análise dos critérios da auditoria clínica

Critério 1: identificação e registo da lista de medicação (e posologia) que o doente realiza no domicílio

Para ambos os serviços e intervalos de tempo, todos os processos clínicos analisados continham a lista de medicação que os doentes realizavam em ambulatório (Tabela III).

Respeitante à posologia, para o período de janeiro de 2020, em 77,2% dos processos clínicos considerados (relativos a doentes que realizavam medicação em ambulatório), a posologia estava devidamente descrita no processo clínico, sendo a percentagem de registo semelhante nos dois serviços. Para o período de janeiro de 2021, foi devidamente registada em 56,3% dos processos.

Assim, verifica-se que o *standard* definido de 100% não foi cumprido em nenhum dos serviços em nenhum dos intervalos de tempo.

Critério 2: identificação e registo da lista de medicação (e posologia) prescrita no circuito do medicamento nas primeiras 24 horas após admissão ao serviço de internamento

Em todos os processos clínicos foi constatada a presença da lista e posologia da medicação efetuada nas primeiras 24 horas de admissão aos serviços, excetuando 1 processo referente ao período de janeiro de 2021 e ao serviço de Cirurgia.

Sendo assim, o *standard* previamente definido (75%) foi alcançado em ambos os serviços e intervalos de tempo considerados.

Critério 3: identificação e registo da lista de medicação (e posologia) descrita na Nota de Alta Hospitalar

Os resultados da auditoria relativamente a este critério estão demonstrados na Tabela III. Para o período de janeiro de 2020, entre os 98 processos considerados, 3 (3,1%) não continham a lista de medicação e 34 (34,7%) continham-na no formato adequado (DCI). Para o período de janeiro de 2021, 2 (3,1%) processos não continham lista de medicação e 12 (18,8%) estavam sob o formato DCI (num total de 64 processos considerados). Os restantes processos continham a lista de medicação, mas não no formato DCI.

Relativamente à posologia, 84 (85,7%) processos apresentavam a posologia devidamente assinalada para o período de janeiro de 2020 e 44 (68,8%) no que diz respeito ao período de janeiro de 2021.

Assim, verifica-se que não foi atingido o *standard* definido de 100% em nenhum dos serviços em nenhum dos intervalos de tempo.

Critério 4: registo do processo de RT total na transição do domicílio para o internamento (Admissão Hospitalar);

Para o período de janeiro de 2020, a RT à admissão foi evidenciada em 89 (96,7%) dos 92 processos considerados (excluindo os doentes que não realizavam medicação prévia). A RT foi registada de forma total em 19 (20,7%) processos e de forma parcial em 70 processos (Tabela IV).

Relativamente ao período de janeiro de 2021, para este critério foram considerados 64 processos clínicos (após a remoção de 4 referentes ao serviço de Cirurgia relativos a doentes que não realizavam medicação prévia). A RT foi registada em 56 (87,5%) destes 64 processos, tendo sido feita de forma total em 17 (26,6%) processos e de forma parcial em 39 processos.

Considerando estes resultados, o *standard* definido de 75% para a RT, de forma total à admissão, não foi atingido por nenhum dos serviços em nenhum dos intervalos de tempo.

Critério 5: registo do processo de RT total na transição do internamento para o domicílio (Alta Hospitalar);

As informações que dizem respeito a este critério podem ser consultadas na Tabela IV. Relativamente ao período de janeiro de 2020, a RT no momento da alta hospitalar foi registada em 81 (97,6%) dos 83 processos clínicos considerados (excetuando doentes que faleceram no internamento ou que não realizavam medicação em ambulatório). A RT foi registada de forma total em 68 (81,93%) processos e de forma parcial em 13 processos.

Acerca do período de janeiro de 2021, a RT no momento da alta hospitalar foi evidenciada em 55 (91,7%) dos 60 processos considerados (após exclusão de doentes que faleceram no internamento ou que não realizavam medicação em ambulatório). A RT foi registada de forma total em 53 (88,3%) processos e de forma parcial em 2 processos.

Sendo assim, verifica-se que o *standard* definido de 75% foi atingido por ambos os serviços em janeiro de 2021 e pelo serviço de Cirurgia em janeiro de 2020 e não foi cumprido pelo serviço de Medicina em janeiro de 2020.

Critério 6: registo do processo de RT total em ambas as fases de transição, para grupos específicos de fármacos considerados críticos, incluindo antidiabéticos, anti-hipertensores, anticoagulantes, antiagregantes, antiepiléticos, benzodiazepinas (e BZD-like) e antidepressivos, para ambos os serviços de internamento e ambos os intervalos de tempo

6.1 RT na admissão

Os dados relativos a este critério estão disponíveis para consulta na Tabela V. Relativamente à admissão, realça-se que o *standard* de 100% na RT, de forma total, foi atingido para os antiepiléticos em ambos os serviços para o período de janeiro de 2020, para os antidiabéticos e antidepressivos no serviço de Medicina no período de janeiro de 2021 e nos anticoagulantes para ambos os serviços e intervalos de tempo.

6.2 RT na alta hospitalar

Os resultados da auditoria relativamente a este critério estão demonstrados na Tabela VI. O *standard* de 100% na RT, de forma total, foi atingido nos antiepiléticos por ambos os serviços e em ambos os intervalos de tempo. Além disso, no período de janeiro de 2020, verificou-se o mesmo nos antidiabéticos e anticoagulantes pelo serviço de Medicina e nos antiagregantes pelo serviço de Cirurgia; no período de janeiro de 2021, foi atingido o *standard* de 100% em todos os grupos de fármacos considerados pelo serviço de Medicina e nos antidiabéticos, anticoagulantes e antiagregantes pelo serviço de Cirurgia.

Outros aspetos avaliados

Além dos critérios definidos e já abordados acima, também se analisou a proporção de fármacos não-reconciliados, na globalidade, para ambos os serviços e ambos os intervalos de tempo, como se pode observar na tabela II. A proporção de fármacos não-reconciliados foi superior para Medicina no período de janeiro de 2020 e o contrário observou-se para o período de janeiro de 2021.

Respeitante ao processo da RT, também foi feita uma análise agrupando os casos pelo número de fármacos que os doentes realizavam (entre 1 e 4 fármacos, entre 5 e 9 ou 10 ou mais fármacos). Os resultados estão demonstrados na tabela II, tendo-se observado que a RT total foi registada mais frequentemente nos doentes com menos de 5 fármacos do que nos doentes mais polimedicados.

Relativamente à análise dos critérios e respetivos *standards*, a tabela VII sumaria os resultados encontrados.

Discussão dos resultados

O objetivo definido para este estudo foi avaliar a RT que se observa nos registos clínicos de doentes que estiveram internados num período prévio à pandemia por COVID-19 e noutra período inserido na pandemia por COVID-19, em 2 serviços diferentes (um médico e outro cirúrgico). A amostra analisada foi maior para o serviço de Cirurgia, o que é expectável tendo em conta o maior *turnover* de doentes (como se comprova pela demora média do internamento). Seria de esperar que a amostra do serviço de Medicina englobasse doentes de gestão mais complexa, pela sua idade, presença de comorbilidades e consequente polimedicação. Isto verifica-se para o período de janeiro de 2020, mas, para o período de janeiro de 2021, observou-se que o perfil de doentes é mais semelhante entre os dois serviços (a média de idades e de fármacos por doente e a proporção de doentes polimedicados aproximaram-se). Estes são fatores que podem influenciar os resultados e que, para o período de janeiro de 2021, podem permitir uma comparação mais ajustada entre os dois serviços. A amostra também diferiu nos 2 períodos considerados relativamente ao tamanho: em janeiro de 2021, a amostra foi mais pequena em ambos os serviços, comparando com o período de 2020.

A identificação da lista de medicação e da posologia dos fármacos realizados pelo doente são fundamentais no processo da RT. Neste processo, não foi cumprido o *standard* definido para a identificação da lista de medicação com a posologia, quer em ambulatório quer à altura da alta; no entanto, isto deveu-se, maioritariamente, à falha na identificação inadequada (ou ausente) da posologia, achado que se acentuou no período de janeiro de 2021. Para a data de alta, foram poucos os casos em que não houve identificação da lista de medicação, mas observou-se com elevada frequência, principalmente para o serviço de Cirurgia, que não foi cumprida a nomenclatura recomendada na identificação dos fármacos (formato DCI).

Relativamente ao processo de RT, os *standards* definidos para a RT não foram alcançados. No entanto, a percentagem de processos em que não se observou a reconciliação de nenhum fármaco (tanto na altura da admissão como na alta hospitalar) é baixa, sendo maior para o período de janeiro de 2021. Numa avaliação mais detalhada, em que se verifica se a RT registada é efetuada de forma total ou parcial, observamos que, na admissão ao internamento, a maioria da RT é efetuada de forma parcial em ambos os

serviços, sendo que a ausência de evidência da justificativa clínica para a descontinuidade de um ou mais fármacos contribuem de forma significativa para esta parcela. Ainda assim, este é um achado que deve ser valorizado, sinalizando que, na maioria dos casos, está a ser realizada RT (apesar de parcial), mas os registos clínicos não evidenciam esse processo de modo a validar a conformidade da RT no seu todo.

Para o período de janeiro de 2020, o achado descrito acima é muito mais notável no serviço de Medicina, em que apenas existe 1 caso em que a RT foi feita de forma total; no período de janeiro de 2021, os resultados observados são mais próximos entre os dois serviços. O mesmo se observa quando se considera a proporção de fármacos não-reconciliados, na globalidade: esta foi superior para o serviço de Medicina no período de janeiro de 2020, tendo-se observado o contrário no período de janeiro de 2021.

No momento da alta hospitalar, observa-se que a maioria da RT registada é feita de forma total; no entanto, observam-se casos em que a RT é parcial, maioritariamente no que diz respeito ao serviço de Medicina e ao período de janeiro de 2020. É pertinente referir que a maioria das Notas de Alta referentes ao serviço de Cirurgia contêm a expressão “Retoma medicação domiciliária”, ficando aqui subentendido o processo de reconciliação terapêutica; no entanto, esta expressão também foi encontrada em processos de doentes que não realizavam medicação previamente ao episódio de internamento.

Esta auditoria também avaliou a RT registada em grupos de fármacos específicos, considerados críticos pela sua importância clínica e na manutenção dos cuidados de saúde dos doentes. Relativamente à admissão ao internamento, observou-se que a RT não é efetuada ou é feita de forma parcial num grande número de casos, nomeadamente no que diz respeito aos anti-hipertensores e antiagregantes. Na situação particular dos anti-hipertensores, observou-se frequentemente que doentes medicados com vários fármacos dessa classe suspenderam alguns desses fármacos, mas não todos, sem a respetiva justificação registada no processo clínico. No momento da alta hospitalar, a RT observada para estes grupos de fármacos esteve mais próxima de atingir o *standard* definido de 100%. No período de janeiro de 2021, este *standard* foi atingido em mais classes do que em janeiro de 2020.

Relativamente à RT consoante o número de fármacos que o doente realizava, obteve-se resultados concordantes com os descritos na literatura científica: a proporção da RT total é maior em doentes com menos de 5 fármacos e menor em doentes polimedicados. Assim, a RT em populações mais polimedicadas, como acontece frequentemente nos internamentos de Medicina, pode mostrar-se mais desafiante.

Uma auditoria clínica que serviu o mesmo propósito desta auditoria analisou o período de setembro de 2019.¹¹ Comparando os resultados obtidos nesta auditoria clínica com a anterior, no que diz respeito à RT na admissão, verificou-se uma melhoria no período de janeiro de 2020 (à custa do serviço de Cirurgia), mas não no de janeiro de 2021 (em que ambos os serviços apresentaram proporções menores de RT); relativamente à RT na alta hospitalar, observou-se uma melhoria nos dois períodos (à custa do serviço de Cirurgia).

Sugestões de melhoria

Como parte do processo de uma auditoria clínica, devem ser reforçados os aspetos positivos que já estão a ser cumpridos e propor mudanças cuja implementação ajude a melhorar os parâmetros em que os *standards* definidos não foram atingidos. Como tal, são feitas as seguintes sugestões:

- Manter a menção da lista de medicação habitual realizada em ambulatório separadamente e incorporar, nessa mesma lista, a posologia de forma inequívoca (dose do fármaco e frequência das tomas);
- Confirmar que todos os doentes que estiveram internados têm Nota de Alta Hospitalar e que esta contém a lista de medicação prescrita para ambulatório, em formato DCI e com a posologia respetiva;
 - Elaboração de uma tabela com os fármacos mais comumente prescritos com o respetivo nome em formato DCI e respetivos nomes comerciais, que seja afixada em locais de fácil consulta nos serviços;
- Incentivar a reflexão e discussão em equipa multidisciplinar de que fármacos devem ou não ser continuados durante o internamento em

situações clínicas complexas e proceder ao devido registo no processo clínico, fundamentando essa decisão;

- Dar atenção a determinados grupos de fármacos considerados críticos, que podem ou não incluir os abordados nesta auditoria e outros relevantes;
- Aproveitar o momento da alta hospitalar e o registo da respetiva Nota para rever a situação clínica do doente e decidir acerca da pertinência da prescrição dos fármacos previamente realizados em ambulatório se mantém e, caso se efetuem alterações, registá-las e fundamentá-las adequadamente;
- Estimular a discussão em grupo nos diferentes serviços para a elaboração de outras estratégias que melhorem o processo de RT.

Além das sugestões mencionadas acima, a forma como é registada a informação relativa aos ajustes da medicação merece ser repensada. Por vezes, encontrar a informação acerca dos fármacos suspensos (e respetiva justificação) torna-se difícil por estar dispersa pelos diferentes locais de registo (Nota de Admissão, Diários ou Nota de Alta). Assim, podem ser ponderadas alterações ao sistema do Circuito do Medicamento (CdM), que permitam o registo sistemático e a centralização da informação relativa à medicação, permitindo um acesso mais eficiente.

O envolvimento de outros profissionais de saúde no processo da RT, como os enfermeiros e os farmacêuticos, contribui para uma abordagem multidisciplinar que deve ser reforçada.

As melhorias observadas relativamente à auditoria clínica anterior devem ser valorizadas. As sugestões acima almejam auxiliar o registo clínico e contribuir para que os resultados observados se mantenham ou melhorem.

De forma a avaliar a efetividade das eventuais medidas aplicadas após a realização desta auditoria clínica, os serviços devem ser auditados novamente. É desejável que a metodologia adotada e parâmetros avaliados sejam semelhantes de forma a que se minimizem fatores confundidores. No entanto, é de considerar que alguns *standards* sejam reajustados, consoante o que foi observado nesta auditoria, nomeadamente no respeitante ao critério 2, em que deverá ser ponderada a alteração do *standard* para 100%. Além disso, também pode ser pertinente estudar a RT parcial de forma mais

detalhada: uma possível abordagem seria, por exemplo, dividir os processos consoante a proporção de fármacos reconciliados seja superior ou inferior a 50%. É expectável que as mudanças que se implementem tenham impacto a curto-médio prazo, portanto sugere-se uma re-auditoria num prazo de máximo de 2 anos.

Conclusão

Recorrendo ao registo clínico eletrónico, esta auditoria clínica concluiu que o processo de reconciliação terapêutica está a ser efetuado nos serviços considerados, apesar de ainda serem necessárias melhorias para se atingir os *standards* desejados. Tendo-se observado que a RT é tanto mais difícil quanto a complexidade dos doentes, é ainda mais relevante que, nos serviços em que a população é mais envelhecida e com maior prevalência de polimedicação, este processo seja encarado de forma mais eficiente e segura.

O papel da pandemia por COVID-19 na qualidade dos serviços prestados aos doentes continua incerto, não tendo sido claro o impacto que teve no processo de RT. Apesar de os *standards* atingidos terem sido semelhantes entre os dois intervalos de tempo considerados, alguns parâmetros tiveram piores resultados no período de janeiro de 2021, nomeadamente a identificação da posologia nas listas de medicação e a taxa de processos em que não houve RT. De forma a perceber-se melhor o impacto da pandemia, é recomendado que sejam realizados mais estudos neste e noutros hospitais do país, quer na área da RT, quer noutras áreas da Qualidade e Segurança.

As sugestões mencionadas devem servir de apoio à reflexão de como este processo pode ser melhorado. Futuramente, é recomendado que se realizem novas auditorias a estes e outros serviços do hospital, de modo a promover a cultura de segurança entre os profissionais e a consolidar o processo de melhoria contínua, os quais se possam traduzir em cuidados de excelência aos doentes tratados no CHUPorto.

Farmacos		Indicações	Exceções/Doutra Informação
Cardiovascular			
Beta-bloqueadores	Manter na manhã de cirurgia		
Beta-2-agonistas de curta duração	Manter na manhã de cirurgia		
Diuréticos	Suspender na manhã de cirurgia	Manter se estado edematoso - IC grave, ascite	
IECA/ARAII	Manter no véspero da cirurgia	Suspender 12h-24h antes da cirurgia em casos específicos	
Digoxina	Manter na manhã de cirurgia		
Estatinas	Manter		
Nitroglicerina	Manter na manhã de cirurgia		
Hemostase			
Anticoagulantes			
AAV (prurita de 1a)	Suspender 7 dias antes	Manter em caso de Cirurgia Ortopédica	
Clopidogrel	Suspender 5 dias antes	Suspender 7 dias antes se abordagem do TELOCELO	
Ticlopidina	Suspender -20 dias antes		
Profilaxia Secundária	Discutir com equipa médica	História de AVC/AIT, intervenção coronária ou cardiopatia isquémica em tratamento médico	
Varfarina	Suspender 4-5 dias antes	Monitorização do INR, que deverá ser menor que 1,5	
HBPM profilática	Suspender 2-3 dias antes da cirurgia	Exceção se indicação médica em contexto de risco elevado de trombose/embolia	
HBPM terapêutica	Suspender 24h antes da cirurgia		
Novos anticoagulantes orais	Ver anexo		
Endocrinologia			
Medicação tiroideia	Manter		
Antidiabéticos orais	Suspender na manhã/dia da cirurgia	Ver esquema de insulina para DM/MI	
Insulinoterapia	Manter com adaptação da dose	Ver esquema de insulina para DM/MI	
Terapêutica de substituição hormonal	Suspender um mês antes da cirurgia		
Anticancerígenos orais	Manter		
Corticosteróides	Manter dose habitual	Fazer dose habitual na manhã da cirurgia	
Analgesia			
AINES	Manter	Suspender 48h antes em doentes com risco de LRA	
Inibidores de COX2	Manter	Limitar a dose terapêutica por aumento do risco CV	
Psicofármacos			
Antidepressivos	Manter		
Inibidores da MAO	Manter	Aterder às interações farmacológicas	
Antipsicóticos	Manter		
Ansiolíticos	Manter		
Neuroleptícos	Manter		

Anexos

Anexo 1 - PUB.ANEST.GER.027 - Manutenção da Medicação Crónica (documento do Centro Hospitalar Universitário do Porto)

Tabelas

Tabela 1 – Caracterização da amostra estudada em cada um dos serviços e intervalos de tempo considerados

	2020		2021	
	Medicina n	Cirurgia n	Medicina n	Cirurgia n
Sexo				
Feminino	20	42	13	24
Masculino	24	21	12	19
Idade				
Média	75,8	56,6	69,3	62,6
Mínimo	21	92	25	19
Máximo	48	99	93	98
Duração do internamento (média)	8,3	5,7	10,5	6,0
Número de doentes considerado				
Admissão	44	63	25	43
Falecimento no internamento	9	0	4	0
Alta	35	63	21	43

Tabela II – Polimedicação e RT no momento da admissão

	2020		2021	
	Medicina n (%)	Cirurgia n (%)	Medicina n (%)	Cirurgia n (%)
Fármacos envolvidos no período de admissão				
Total	375	209	165	210
Média	8,5	3,3	6,6	5,4
Não-Reconciliados	130 (34,7)	58 (27,8)	43 (26,1)	75 (35,7)
Número de fármacos por doente e respetiva RT observada à admissão				
1-4	7	29	10	14
RT: Total	1 (14,3)	14 (48,3)	4 (40,0)	6 (42,9)
RT: Parcial	5 (71,4)	14 (48,3)	4 (40,0)	4 (28,6)
RT: Não	1 (14,3)	1 (3,5)	2 (20,0)	4 (28,6)
5-9	19	18	9	22
RT: Total	0	4 (22,2)	3 (33,3)	4 (18,2)
RT: Parcial	19 (100,0)	13 (72,2)	6 (66,7)	16 (72,7)
RT: Não	0	1 (5,6)	0	2 (9,1)
10 ou mais	18	1	6	3
RT: Total	0	0	0	0
RT: Parcial	18 (100,0)	1 (100,0)	6 (100,0)	3 (100,0)
RT: Não	0	0	0	0

Tabela III – Identificação da lista de medicação que o doente realizava em ambulatório, da lista de medicação prescrita nas primeiras 24h após admissão e da lista de medicação contida na Nota de Alta (e respetivas posologias), para ambos os serviços e intervalos de tempo considerados – critérios de auditoria nº 1, 2 e 3

	2020			2021		
	Medicina n (%)	Cirurgia n (%)	Total	Medicina n (%)	Cirurgia n (%)	Total
Ambulatório: Detalhe da medicação que o doente fazia no domicílio						
Lista Medicação						
Sim	44 (100,0)	48 (76,2)	92 (86,0)	25 (100,0)	39 (90,7)	64 (94,1)
SMP*	0	15 (23,8)	15 (14,0)	0	4 (9,3)	4 (5,88)
Não	0	0	0	0	0	0
Posologia						
Sim	34 (77,3)	37 (77,1)	71 (77,2)	15 (60,0)	21 (53,9)	36 (56,3)
Não	10 (22,7)	11 (22,9)	21 (22,8)	10 (40,0)	18 (46,2)	28 (43,8)
Admissão ao internamento: Detalhe da medicação prescrita nas primeiras 24 horas após admissão						
Lista Medicação						
Sim	44 (100,0)	63 (100,0)	107 (100,0)	25 (100,0)	42 (97,7)	67 (98,5)
Não	0	0	0	0	1 (2,3)	1 (1,5)
Posologia						
Sim	44 (100,0)	63 (100,0)	107 (100,0)	25 (100,0)	42 (97,7)	67 (98,5)
Não	0	0	0	0	1 (2,3)	1 (1,5)
Alta: Detalhe da medicação para ambulatório						
Lista Medicação						
Sim (DCI)	31 (88,6)	3 (4,8)	34 (34,7)	12 (57,1)	0	12 (18,8)
Sim (não-DCI)	2	59	61	7	43	50
Não	2	1	3	2	0	2
Posologia						
Sim	32 (91,4)	52 (82,5)	84 (85,7)	16 (76,2)	28 (65,1)	44 (68,8)
Não	3 (8,6)	11 (17,5)	14 (14,3)	5 (23,8)	15 (34,9)	20 (31,3)

* SMP – Sem Medicação Prévia

Tabela IV – Identificação da RT observada à Admissão ao internamento e à Alta Hospitalar, para ambos os serviços e ambos os intervalos de tempo considerados – critérios de auditoria nº 4 e 5

	2020			2021		
	Medicina n (%)	Cirurgia n (%)	Total	Medicina n (%)	Cirurgia n (%)	Total
RT observada à Admissão ao internamento						
Total	1 (2,3)	18 (37,5)	19 (20,7)	7 (28,0)	10 (25,6)	17 (26,6)
Parcial	42 (95,4)	28 (58,3)	70 (76,1)	16 (64,0)	23 (59,0)	39 (60,9)
Não	1 (2,3)	2 (4,2)	3 (3,3)	2 (8,0)	6 (15,4)	8 (12,5)
RT observada à Alta Hospitalar						
Total	24 (68,6)	44 (91,7)	68 (81,9)	17 (81,0)	36 (92,3)	53 (88,3)
Parcial	10 (28,6)	3 (6,3)	13 (15,7)	2 (9,5)	0	2 (3,3)
Não	1 (2,9)	1 (2,1)	2 (2,4)	2 (9,5)	3 (7,7)	5 (8,3)

Tabela V – Identificação da RT observada à Admissão ao internamento para grupos específicos de fármacos, para ambos os serviços e ambos os intervalos de tempo considerados – critério de auditoria nº 6

	2020			2021		
	Medicina n (%)	Cirurgia n (%)	Total	Medicina n (%)	Cirurgia n (%)	Total
Antiepiléticos						
Total	6 (100,0)	2 (100,0)	8 (100,0)	4 (80,0)	2 (50,0)	6 (66,7)
Não	0	0	0	1 (20,0)	2 (50,0)	3 (33,3)
Antidiabéticos						
Total	14 (93,3)	8 (72,7)	22 (84,6)	6 (100,0)	6 (75,0)	12 (85,7)
Parcial	0	0	0	0	1 (12,5)	1 (7,1)
Não	1 (6,7)	3 (27,3)	4 (15,4)	0	1 (12,5)	1 (7,1)
Anti-hipertensores						
Total	13 (36,1)	21 (63,6)	34 (49,3)	8 (44,4)	11 (40,7)	19 (42,2)
Parcial	16 (44,4)	3 (9,1)	19 (27,5)	4 (22,2)	10 (37,0)	14 (31,1)
Não	7 (19,4)	9 (27,3)	16 (23,2)	6 (33,3)	6 (22,2)	12 (26,7)
Anticoagulantes						
Total	11 (100,0)	2 (100,0)	13 (100,0)	6 (100,0)	2 (100,0)	8 (100,0)
Não	0	0	0	0	0	0
Antiagregantes						
Total	7 (53,9)	2 (28,6)	9 (45,0)	5 (71,4)	2 (66,7)	7 (70,0)
Não	6 (46,2)	5 (71,4)	11 (55,0)	2 (28,6)	1 (33,3)	3 (30,0)
Antidepressivos						
Total	10 (58,8)	13 (86,7)	23 (71,9)	6 (100,0)	9 (81,8)	15 (88,2)
Parcial	2 (11,8)	0	2 (6,3)	0	1 (9,1)	1 (5,9)
Não	5 (29,4)	2 (13,3)	7 (21,9)	0	1 (9,1)	1 (5,9)
BZD e BZD-like						
Total	18 (81,8)	10 (76,9)	28 (80,0)	7 (77,8)	5 (71,4)	12 (75,0)
Parcial	2 (9,1)	0	2 (5,7)	0	0	0
Não	2 (9,1)	3 (23,1)	5 (14,3)	2 (22,2)	2 (28,6)	4 (25,0)

Tabela VI – Identificação da RT observada à Alta Hospitalar ao internamento para grupos específicos de fármacos, para ambos os serviços e ambos os intervalos de tempo considerados – critério de auditoria nº 6

	2020			2021		
	Medicina n (%)	Cirurgia n (%)	Total	Medicina n (%)	Cirurgia n (%)	Total
Antiepiléticos						
Total	4 (100,0)	2 (100,0)	6 (100,0)	4 (100,0)	4 (100,0)	8 (100,0)
Antidiabéticos						
Total	12 (100,0)	10 (90,9)	22 (95,7)	5 (100,0)	8 (100,0)	13 (100,0)
Não	0	1 (9,1)	1 (4,4)	0	0	0
Anti-hipertensores						
Total	26 (92,9)	32 (97,0)	58 (95,1)	12 (100,0)	26 (96,3)	38 (97,4)
Parcial	2 (7,1)	0	2 (3,3)	0	0	0
Não	0	1 (3,0)	1 (1,6)	0	1 (3,7)	1 (2,6)
Anticoagulantes						
Total	9 (100,0)	1 (50,0)	10 (90,9)	4 (100,0)	2 (100,0)	6 (100,0)
Não	0	1 (50,0)	1 (9,1)	0	0	0
Antiagregantes						
Total	7 (77,8)	7 (100,0)	14 (87,5)	7 (100,0)	3 (100,0)	10 (100,0)
Não	2 (22,2)	0	2 (12,5)	0	0	0
Antidepressivos						
Total	12 (92,3)	13 (86,7)	25 (89,3)	6 (100,0)	9 (81,8)	12 (85,7)
Não	1 (7,7)	2 (13,3)	3 (10,7)	0	2 (18,2)	2 (14,3)
BZD e BZD-like						
Total	17 (94,4)	12 (92,3)	29 (93,6)	7 (100,0)	6 (85,7)	13 (92,9)
Parcial	1 (5,6)	0	1 (3,2)	0	0	0
Não	0	1 (7,7)	1 (3,2)	0	1 (14,3)	1 (7,1)

Tabela VII – Resumo dos resultados dos critérios estudados

	2020		2021	
	Medicina	Cirurgia	Medicina	Cirurgia
Critério 1 <i>(standard 100%)</i>	Não	Não	Não	Não
Critério 2 <i>(standard 75%)</i>	Sim	Sim	Sim	Sim
Critério 3 <i>(standard 100%)</i>	Não	Não	Não	Não
Critério 4 <i>(standard 75%)</i>	Não	Não	Não	Não
Critério 5 <i>(standard 75%)</i>	Não	Sim	Sim	Sim
Critério 6.1 <i>(standard 100%)</i>				
Antiepiléticos	Sim	Sim	Não	Não
Antidiabéticos	Não	Não	Sim	Não
Anti-hipertensores	Não	Não	Não	Não
Anticoagulantes	Sim	Sim	Sim	Sim
Antiagregantes	Não	Não	Não	Não
Antidepressivos	Não	Não	Sim	Não
BZD e BZD-like	Não	Não	Não	Não
Critério 6.2 <i>(standard 100%)</i>				
Antiepiléticos	Sim	Sim	Sim	Sim
Antidiabéticos	Sim	Não	Sim	Sim
Anti-hipertensores	Não	Não	Sim	Não
Anticoagulantes	Sim	Não	Sim	Sim
Antiagregantes	Não	Sim	Sim	Sim
Antidepressivos	Não	Não	Sim	Não
BZD e BZD-like	Não	Não	Sim	Não

Bibliografia

1. World Health Organization (WHO). Action on Patient Safety (WHO High5s) – Medication Reconciliation Implementation Guide. Published online October 2014. <https://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/h5s-guide.pdf>
2. Institute for Healthcare Improvement (IHI). Medication Reconciliation to Prevent Adverse Drug Events. <http://www.ihl.org/Topics/ADEsMedicationReconciliation/Pages/default.aspx>
3. Direção Geral da Saúde (DGS). Norma N° 018/2016 - Reconciliação da medicação. Published online December 30, 2016. <https://nocs.pt/reconciliacao-da-medicacao/>
4. Almanasreh E, Moles R, Chen TF. The medication reconciliation process and classification of discrepancies: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol.* 2016;82(3):645-658. doi:10.1111/bcp.13017
5. Direção Geral da Saúde (DGS). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes - 2021-2026. Published online 2021. Accessed May 22, 2022. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
6. Direção Nacional da Ordem dos Farmacêuticos. Orientações para a Revisão da Medicação. Published online 2021. Accessed May 22, 2022. https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/editor2/2021/Documentos/or_m_of.pdf
7. Kwan* JL, Lo* L, Sampson M, Shojanian KG. Medication Reconciliation During Transitions of Care as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2013;158(5_Part_2):397. doi:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00006
8. Keers RN, Williams SD, Cooke J, Ashcroft DM. Causes of Medication Administration Errors in Hospitals: a Systematic Review of Quantitative and Qualitative Evidence. *Drug Saf.* 2013;36(11):1045-1067. doi:10.1007/s40264-013-0090-2
9. Mylkivska A, de A. Perceção dos Profissionais de Saúde do Processo de Reconciliação Terapêutica em Contexto Hospitalar: Estudo de Caso. Published online 2021.
10. Corrêa Figueira M, Brigas D, Silva F, et al. Reconciliação Terapêutica: Auditoria numa Enfermaria de Medicina Interna. *Med Interna.* 2019;26(4):285-291. doi:10.24950/rspmio/74/19/4/2019
11. Isabel Alexandra Santos. *Reconciliação Terapêutica (RT) Em Doentes Admitidos Num Hospital Terciário.* Departamento da Qualidade, Centro Hospitalar Universitário do Porto; 2020.

12. CNS – Conselho Nacional de Saúde. Portugal e a Resposta à COVID-19 - A posição do Conselho Nacional de Saúde e o Contributo das Entidades que o constituem. Published online October 2020. http://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/CNS_Reflexao-Conselho-Nacional-Saude-resposta-COVID-19.pdf
13. Chang AY, Cullen MR, Harrington RA, Barry M. The impact of novel coronavirus COVID-19 on noncommunicable disease patients and health systems: a review. *J Intern Med.* 2021;289(4):450-462. doi:10.1111/joim.13184
14. Entidade Reguladora da Saúde (ERS). Impacto da pandemia COVID-19 no Sistema de Saúde – período de março a junho de 2020. Published online July 2020. <https://www.ers.pt/media/3487/im-impacto-covid-19.pdf>
15. Benchmarking - ACSS. Accessed May 22, 2022. <https://benchmarking-acss.min-saude.pt/>
16. Agência Lusa. Covid-19. Hospitais da região de Lisboa estão a chegar ao final da linha, diz Ordem dos Médicos. <https://observador.pt/2021/01/27/covid-19-hospitais-da-regiao-de-lisboa-estao-a-chegar-ao-final-da-linha-diz-ordem-dos-medicos/>. Published January 27, 2021.
17. TSF. Confirmado primeiro caso de coronavírus em Portugal. Segundo caso aguarda análise. <https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/confirmados-dois-primeiros-casos-de-contagio-pelo-novo-coronavirus-em-portugal-11876592.html>. Published March 2, 2020. Accessed April 22, 2021.
18. Ponto de Situação Atual em Portugal - COVID-19. Accessed April 22, 2021. <https://covid19.min-saude.pt/ponto-de-situacao-atual-em-portugal/>
19. Conselho de Ministros. Plano de Desconfinamento. Published online May 29, 2020. Accessed April 22, 2021. <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3d%3dBAAAAB%2bLCAAAAAAABACztDQ1BwCROVGdBAAAAA%3d%3d>
20. Diário da República, 2.^a série — N.º 36. Despacho n.º 2783/2013. <https://files.dre.pt/2s/2013/02/036000000/0690806908.pdf>. Published February 20, 2013.