



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

O que acontece à medicação crónica após Internamento Hospitalar?

Miguel Carlos Moreira da Silva Pires

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Ciclo de estudos integrado)

Orientador: Professora Doutora Ana Filipa Pereira Amaral de Macedo

Covilhã, Junho de 2011

Dedicatória

Aos meus pais.

Ao meu irmão.

À minha avó Marília.

À minha namorada.

À minha orientadora.

Agradecimentos

À Faculdade de Ciências da Saúde, pela aprendizagem e formação que me proporcionou ao longo do curso.

À minha orientadora, Professora Doutora Ana Filipa Pereira Amaral de Macedo, pela orientação, paciência, compreensão, dedicação e amizade demonstrados desde o início do meu trabalho.

Aos funcionários do arquivo clínico e do Gabinete de Estudos, Planeamento e Informação para a Gestão (GEPI) do Centro Hospitalar da Cova da Beira (CHCB) pelo auxílio prestado no acesso à documentação clínica.

Aos meus amigos que me apoiaram e ajudaram ao longo destes seis anos, sem os quais não seria possível ter chegado ao fim.

Aos meus pais e irmão, por tudo o que fizeram para que eu tivesse oportunidade de realizar o meu sonho. Obrigada por estarem sempre presentes e me ajudarem a ultrapassar todos os obstáculos.

À minha avó Marília, pelo apoio incondicional e seu amor e carinho.

À minha namorada Mónica, pelo apoio e encorajamento prestado ao longo de quatro anos, que me ajudaram a triunfar.

Resumo

Introdução: Durante o internamento hospitalar a medicação crónica do doente pode ser interrompida e/ou substituída. A reconciliação da medicação na interface cuidados de saúde primários/cuidados de saúde secundários é fundamental para garantir a utilização efectiva e segura dos medicamentos, assim como a correcta utilização e adesão à terapêutica por parte do doente.

Objectivo: Quantificar e caracterizar as alterações à medicação crónica durante o internamento hospitalar.

Métodos: Realizou-se um estudo observacional do tipo descritivo nos Serviços de Cardiologia, Pneumologia e Gastrenterologia do Centro Hospitalar da Cova da Beira (CHCB). Durante o período de Outubro a Dezembro de 2010, os processos clínicos de até 50 doentes de cada serviço, seleccionados aleatoriamente entre os doentes internados por mais de 2 dias, com registo de medicação regular nos 3 meses anteriores foram revistos

Resultados: Verificou-se que antes do internamento hospitalar, 88,2% dos doentes fazia medicação no domicílio, sendo o grupo terapêutico mais usado o do Aparelho Cardiovascular com 66,7%. Constatou-se que todos os doentes, durante o internamento, sofreram pelo menos uma alteração (adição, suspensão ou substituição) em relação à medicação no domicílio, sendo que os fármacos mais usados (85,3%) pertenciam ao Aparelho Digestivo. As alterações à medicação sofridas durante o internamento deveram-se sobretudo à adição de novos fármacos (100% dos doentes), à sua suspensão (58,8% dos doentes) e à sua substituição (8,8%). Aquando da alta hospitalar em 85,3% dos pacientes foi mantida medicação, sendo que em 11,8% se manteve um, três, sete ou nove fármacos. Observou-se que nenhum fármaco foi substituído e que em 82,4% nenhum fármaco foi suspenso. Verificou-se que em 20,6% não houve adição de fármacos e que nos restantes foi adicionado 1 fármaco em 41,2% dos doentes.

Conclusões: Todos os doentes, durante o internamento, sofreram pelo menos uma alteração da medicação crónica, sobretudo devido a adição de fármacos. É necessário melhorar a informação terapêutica dos registos clínicos hospitalares e a troca de informação entre cuidados de saúde primários/cuidados de saúde secundários após as alterações à terapêutica crónica durante o internamento.

Palavras-chave

Medicação crónica, internamento hospitalar, reconciliação terapêutica, problemas relacionados com a medicação.

Abstract

Introduction: During hospitalization the patient's chronic medication can be discontinued and/or replaced. The reconciliation of medication at the interface of primary health care / secondary care is crucial to ensuring the effective and safe medicines, as well as the correct use and adherence to therapy by the patient.

Objective: To quantify and characterize the changes to chronic medication during hospitalization.

Methods: A descriptive observational study was conducted in the Departments of Cardiology, Pneumology and Gastroenterology at the Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB). During the period October to December 2010, the medical records from each service randomly selected among patients hospitalized for more than two days, with regular medication record in the previous three months were reviewed.

Results: We found that prior to hospitalization, 88,2% of patients were medicated, and the treatment group most used was the Cardiovascular System with 66,7%. It was found that all patients, while hospitalized, suffered at least one modification (addition, withdrawal or substitution) in relation to medication at home, and the drugs most used (85,3%) belonged to the Digestive System. The changes to medication occurred during hospitalization were due, primarily, to the addition of new drugs (100% of patients), the suspension (58,8% of patients) and its replacement (8,8%). At the time of hospital discharge in 85,3% of patients the medications was kept, while 11,8% remained taking one, three, seven or nine drugs. It was noted that no drug was replaced in 82,4% and that no drug was suspended. It was found that in 20,6% of patients there was no addition of drugs.

Conclusion: All patients, while hospitalized, suffered at least one change of chronic medication, mainly due to addition of drugs. It is necessary to improve the therapeutic information for hospital medical records and information exchange between primary care/secondary care after changes to chronic therapy during hospitalization.

Keywords

Chronic medication, hospitalization, therapy reconciliation, drug related problems.

Índice

Dedicatória	ii
Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract	v
Lista de Figuras.....	vii
Lista de Tabelas	viii
Lista de Acrónimos.....	ix
1.Introdução	1
2.Objectivos.....	3
2.1.Objectivo geral.....	3
2.2.Objectivos específicos	3
3.Metodologia.....	4
3.1.Tipo de estudo e Selecção da amostra.....	4
3.2.Método de recolha de dados	4
3.3.Tratamento estatístico dos dados.....	4
4.Resultados.....	6
5.Discussão e Conclusões.....	13
6.Referências	17

Lista de Figuras

Figura 1 - Distribuição etária da amostra	6
Figura 2 - Número de patologias por doente	7
Figura 3 - Número de fármacos por doente antes do internamento	7
Figura 4 - Número de fármacos mantidos durante o internamento	8
Figura 5 - Número de fármacos substituídos durante o internamento.....	8
Figura 6 - Número de fármacos adicionados durante o internamento.....	9
Figura 7 - Número de fármacos suspensos durante o internamento	9
Figura 8 - Número de fármacos mantidos aquando da alta hospitalar	10
Figura 9 - Número de fármacos adicionados aquando da alta hospitalar	10
Figura 10 - Número de fármacos suspensos aquando da alta hospitalar	10

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Tipos mais frequentes de medicamentos usados cronicamente2

Tabela 2 - Grupos farmacêuticos mais usados Antes e Durante o Internamento e aquando da Alta Hospitalar 12

Lista de Acrónimos

AINE's	Anti-inflamatórios Não Esteróides
CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
OMS	Organização Mundial da Saúde
PRM's	Problemas relacionados com a medicação
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

1. Introdução

A expansão e especialização da Medicina Hospitalar verificada nos últimos anos impõem cada vez mais a partilha de responsabilidades entre médicos hospitalares e clínicos gerais nos cuidados ao doente. A comunicação efectiva na interface cuidados de saúde primários/cuidados de saúde secundários tornou-se por isso crucial aquando da alta hospitalar.¹⁻³

Durante o internamento hospitalar a medicação crónica do doente pode ser interrompida e/ou substituída. Estas alterações aumentam o risco de problemas relacionados com a medicação (PRMs), sobretudo nos doentes idosos.⁴⁻⁷ O segundo consenso de Granada define PRM como sendo “problemas de saúde, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados da farmacoterapia que, produzidos por diversas causas, conduzem ao não alcance dos objectivos terapêuticos ou ao surgimento de efeitos não desejados”.¹⁴ Entre as principais causas que condicionam o surgimento de um PRM em idosos estão as falhas ocorridas durante os processos de prescrição ou monitorização da farmacoterapia.¹⁷ Sabe-se, ainda, que a prescrição médica tem forte influência sobre o modo como essa população utiliza os medicamentos, inclusive no que diz respeito à automedicação.⁸

Com o envelhecimento da população há um aumento da incidência de doenças crónicas na população mundial, sendo as mais prevalentes as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade, o cancro e as doenças respiratórias. Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) estas patologias juntas representam cerca de 59% do total de 57 milhões de mortes por ano e 46% do total de doenças.¹⁸ Consequentemente haverá um aumento do consumo crónico de fármacos utilizados no tratamento/controlo destas doenças (por exemplo: Anti-hipertensores, Antidislipidémicos, Antidiabéticos e broncodilatadores).

A tabela 1 apresenta os resultados de um estudo realizado em Portugal que visa quantificar os medicamentos mais utilizados cronicamente num determinado Centro de Saúde.¹⁶

Tabela 1 - Tipos mais frequentes de medicamentos usados cronicamente¹⁴

Tipo de medicamentos	Utilizadores entre o total de utentes da amostra n (%)	Utilizadores entre os utentes consumidores crónicos n (%)
Psicofármacos	107 (28,2)	107 (45,1)
Anti-hipertensores	107 (28,2)	107 (45,1)
Anticoncepcionais orais	39 (10,3)	39 (16,5)
Antidislipidémicos	39 (10,3)	39 (16,5)
AINE's, analgésicos e antipiréticos	29 (7,7)	29 (12,2)
Anticoagulantes e antitrombóticos	28 (7,4)	28 (11,8)

Os problemas relacionados com a medicação são reconhecidos como um problema de saúde pública, o que torna obrigatório a correcta prescrição das notas de alta hospitalar, assim como necessário explicar as alterações feitas, ou não, à medicação após o internamento hospitalar. O não cumprimento destas recomendações pode resultar numa má adesão à terapêutica. Esta por sua vez tem um efeito nocivo ao nível da evolução clínica, duração do internamento e resultados terapêuticos, aumentando a mortalidade evitável e os custos em saúde.^{7,9-13} Nos Estados Unidos, 33 a 69% dos internamentos hospitalares por iatrogenia medicamentosa são causados por má adesão à terapêutica, resultando num custo anual aproximado de 100 biliões de dolares.¹⁰ Assim, torna-se imperativa a existência de uma comunicação eficiente entre os Hospitais e os Centros de Saúde com o objectivo de prevenir tais complicações e melhorar a utilização segura de medicamentos após internamento hospitalar, sobretudo em geriatria.

Com este trabalho pretende-se quantificar e caracterizar as alterações à medicação crónica após internamento hospitalar, assim como analisar os tipos de fármacos mais frequentemente envolvidos.

2. Objectivos

2.1. Objectivo geral

Estabeleceu-se como objectivo central deste projecto quantificar e caracterizar as alterações à medicação crónica durante o internamento hospitalar, assim como analisar os tipos de fármacos mais frequentemente envolvidos.

2.2. Objectivos específicos

- Determinar a frequência de alterações à medicação crónica após internamento hospitalar
- Caracterizar o tipo de alterações observadas (adições, suspensões ou substituições de fármacos)
- Caracterizar as alterações observadas em termos terapêuticos (principais fármacos)
- Analisar os principais motivos de alteração da medicação crónica durante o internamento hospitalar
- Analisar os meios de troca de informação e coordenação de prescrições entre o hospital e o médico de família.

3. Metodologia

3.1. Tipo de estudo e Selecção da amostra

Realizou-se um estudo observacional do tipo descritivo nos Serviços de Cardiologia, Pneumologia e Gastreenterologia do Centro Hospitalar da Cova da Beira (CHCB). Durante o período de Outubro a Dezembro de 2010, os processos clínicos dos doentes internados por mais de dois dias, com registo de medicação regular nos 3 meses anteriores ao internamento serão revistos (análise retrospectiva). Uma vez que não existem dados sobre esta prática em Portugal, foi estabelecida uma amostra de conveniência de até 50 doentes de cada serviço, seleccionados aleatoriamente entre os doentes internados no período de tempo pré-definido, excluindo:

- Falecidos durante o Internamento;
- Internados por transferência interna;
- Internados através de outro hospital;
- Alta (transferidos) para outro Serviço Hospitalar;
- Alta (transferidos) para outro Hospital.

3.2. Método de recolha de dados

Após a aprovação do protocolo do estudo pelo conselho de administração do CHCB, um investigador independente fez a revisão dos processos clínicos, com o objectivo de identificar situações de alteração da medicação crónica durante o internamento hospitalar.

Para cada fármaco foi registado o tipo de alteração - suspensão ou substituição (por outro fármaco) e os motivos que a justificam (se estiverem registados). O mesmo para novos fármacos introduzidos durante o internamento. Foi igualmente recolhida informação demográfica (idade e género) de cada doente.

3.3. Tratamento estatístico dos dados

A análise de dados foi efectuada após a transferência da informação recolhida para uma base de dados especificamente construída para o estudo, recorrendo ao programa estatístico SPSS, versão 17.0.

A análise estatística dos dados foi essencialmente descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas, medidas de localização (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão).

4. Resultados

Durante o período de Outubro a Dezembro de 2010 foram consultados 139 processos clínicos, 39 do Serviço de Pneumologia, 50 do Serviço de Cardiologia e 50 do Serviço de Gastrenterologia.

Dos processos de Pneumologia, 15 referiam-se a internamentos inferiores a 2-3 dias e 5 não continham registos da terapêutica do doente ou apresentavam letra ilegível, sendo excluídos. Relativamente aos processos de Cardiologia, 7 referem-se a internamentos inferiores a 2-3 dias, 13 não continham registos da terapêutica do doente e 28 não tinham registos da terapêutica do doente especificada ou não continham letra legível. Em relação aos processos de Gastrenterologia observou-se que 9 não continham registos da terapêutica do doente, 8 não continham registos da terapêutica do doente especificada ou a letra era ilegível e 20 referiam-se a internamentos inferiores a 2-3 dias.

Assim, de todos os processos consultados apenas 34 permitiram a recolha de informação para este estudo, tendo em conta os critérios de inclusão descritos no capítulo da metodologia.

A amostra estudada compreendeu 11 doentes do género feminino e 23 doentes do género masculino, com uma média de idades de $65,41 \pm 16,73$ anos (figura 1). A idade dos doentes de sexo masculino está compreendida entre os 28 e os 83 anos, sendo a respectiva média de $67,00 \pm 16,20$ anos. Já no que concerne às mulheres a idade destas situa-se entre os 40 e os 90 anos, sendo a média de $72,00 \pm 18,57$ anos.

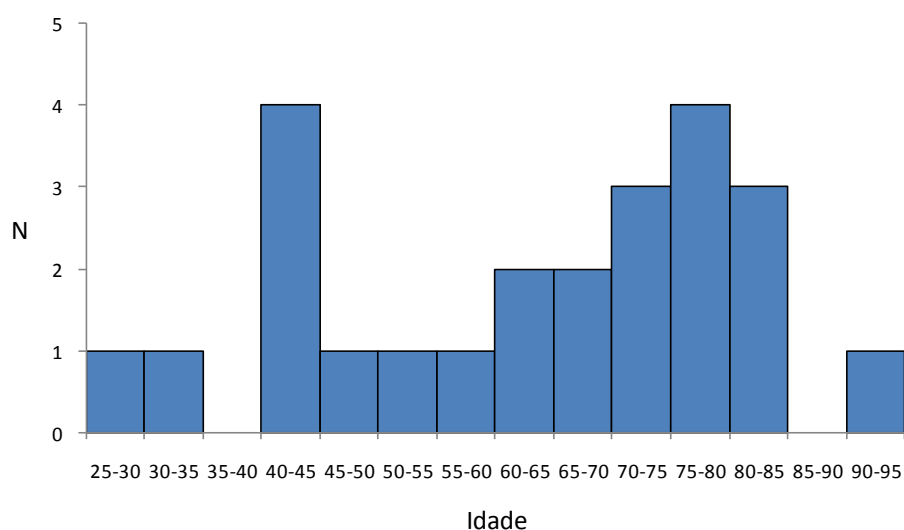


Figura 1 - Distribuição etária da amostra

Aquando da análise da predominância do número de patologias (Hipertensão arterial, Asma, Diabetes, etc.) por doente aquando do internamento (figura 2) pode-se verificar que a 47,1% dos doentes era portador de 4 ou de 2 patologias diferentes (26,5% e 20,6% respectivamente), sendo que o máximo de patologias registadas foi de seis e o mínimo de nenhuma.

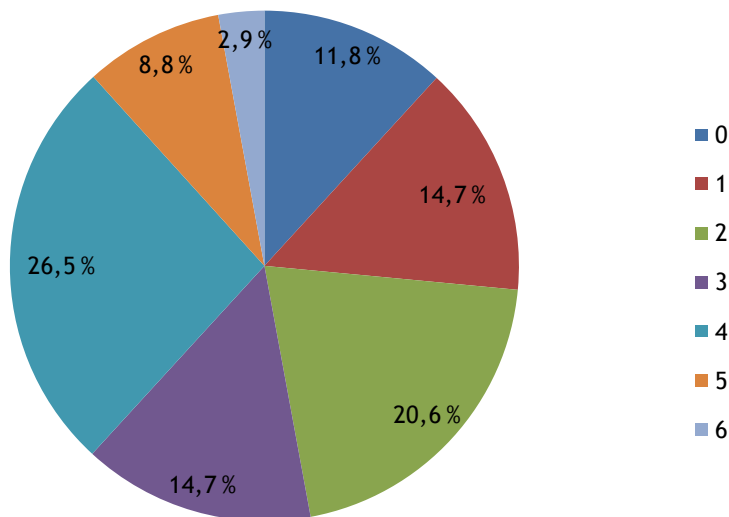


Figura 2 - Número de patologias por doente

Da observação da figura 3 (referente ao número de fármacos que cada doente tomava antes de ser internado) constata-se que a percentagem mais elevada correspondia à toma de 5 fármacos diariamente (17,6%); que 4 (11,8%) não tomavam qualquer fármaco e 5 (14,7%) estavam medicados com 7 fármacos. Nos restantes doentes a medicação diária variava entre 1 a 12 fármacos. A média de fármacos por doente foi de 5, aproximadamente.

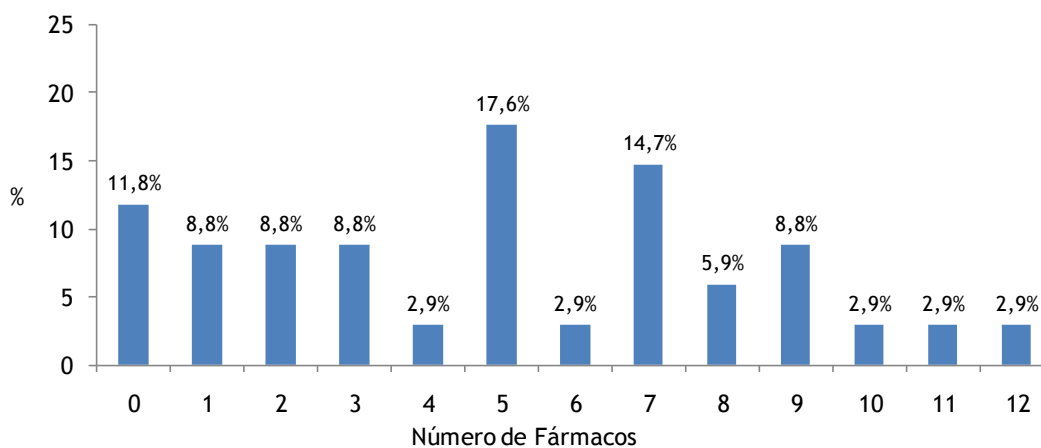


Figura 3 - Número de fármacos por doente antes do internamento

Relativamente à figura 4 (número de fármacos mantidos durante o Internamento) verifica-se que 14,7% dos doentes (n=5) ora não mantiveram qualquer medicamento, ora mantiveram um fármaco ora mantiveram dois. A maior percentagem de fármacos mantidos (17,6%) corresponde a três.

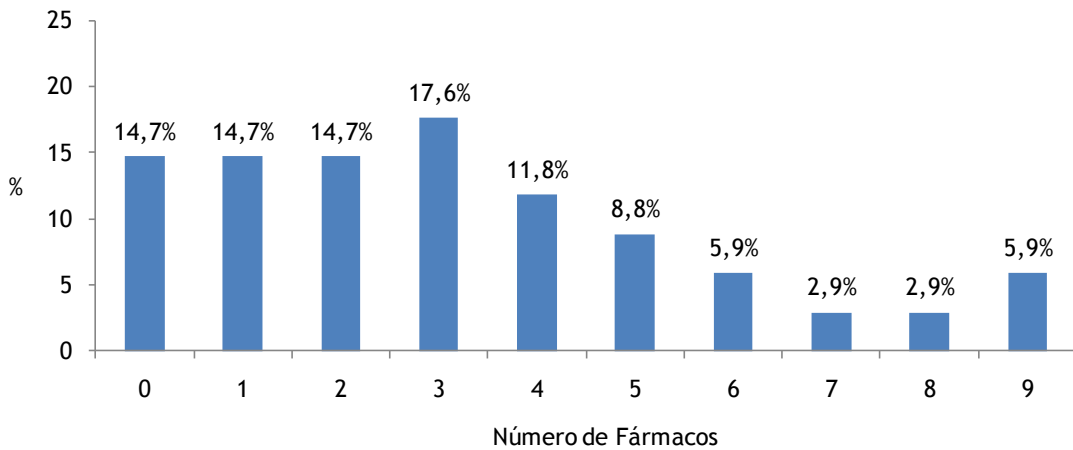


Figura 4 - Número de fármacos mantidos durante o internamento

Da análise da Figura 5 pode-se inferir que 8,8% (n=3) dos pacientes sofreram substituição da medicação durante o internamento, enquanto 91,2% não sofreu qualquer substituição.

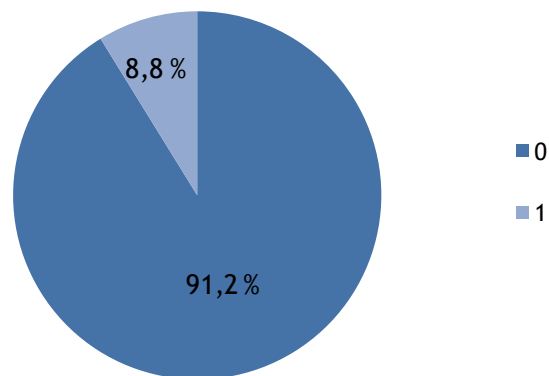


Figura 5 - Número de fármacos substituídos durante o internamento

No que diz respeito ao número de fármacos adicionados durante o internamento (figura 6) constata-se que todos os doentes sofreram pelo menos uma adição, sendo que em 20,6% (n=7) se adicionaram sete fármacos e que em 2,9% (n=1) foram adicionados nove fármacos.

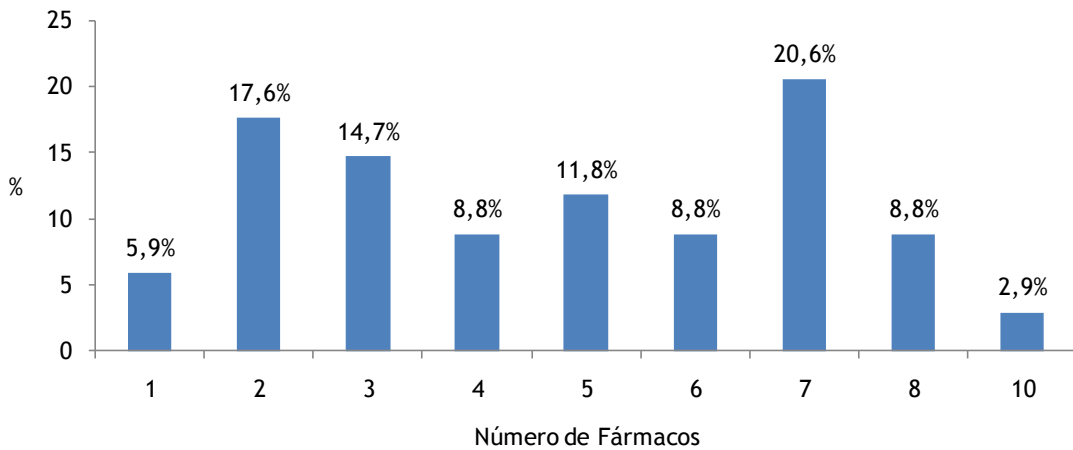


Figura 6 - Número de fármacos adicionados durante o internamento

Já em relação à suspensão de fármacos durante o internamento (figura 7) verifica-se que para 41,2% dos pacientes é que não houve suspensão de qualquer fármaco, enquanto para a 48,8% houve a necessidade de suspender entre um (17,8%) a nove fármacos (2,9%).

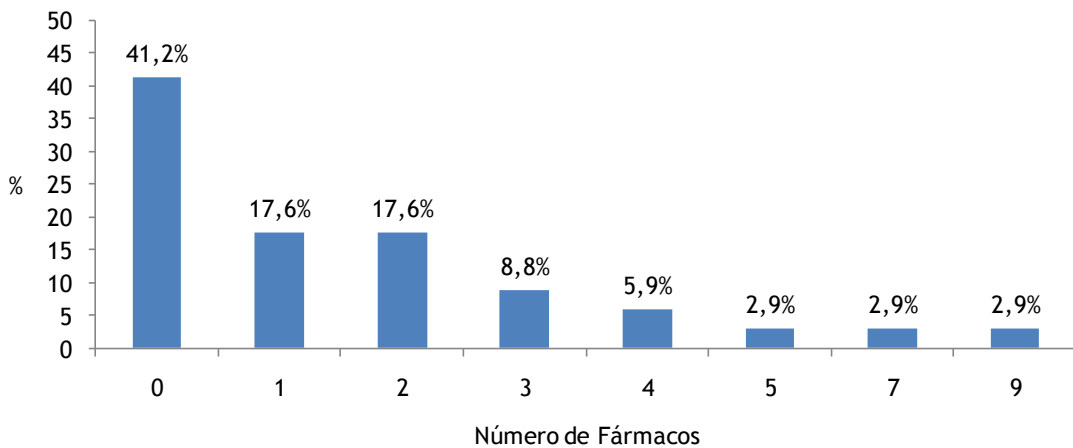


Figura 7 - Número de fármacos suspensos durante o internamento

Relativamente ao número de fármacos mantidos após alta hospitalar (figura 8) constata-se que 14,7% não manteve nenhum fármaco. Em 85,3% dos pacientes foi mantida medicação, sendo que em 11,8% se manteve um, três, sete ou nove fármacos.

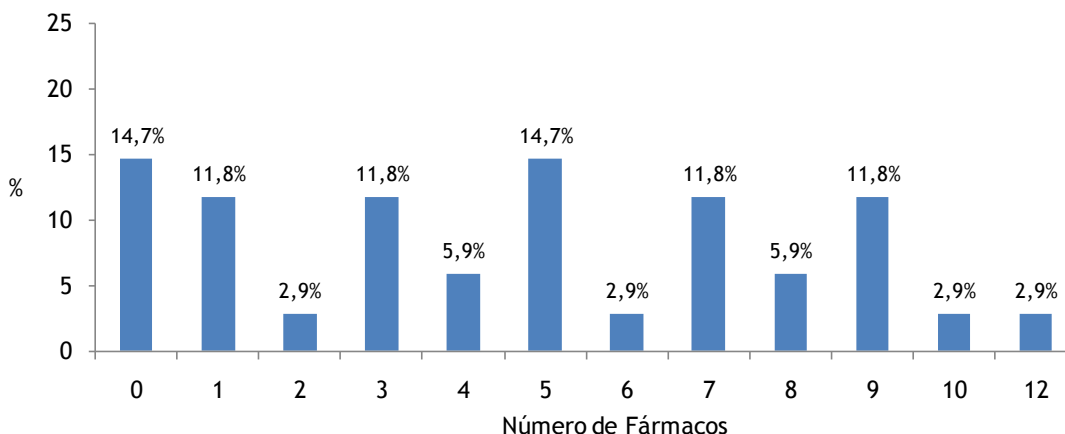


Figura 8 - Número de fármacos mantidos aquando da alta hospitalar

Da consulta dos processos atrás enumerados foi ainda possível constatar que em nenhum doente foi substituído qualquer fármaco aquando da alta hospitalar.

Após análise do número de fármacos adicionados após alta hospitalar (figura 9) constata-se que em 20,6% dos doentes é que não foi adicionado nenhum fármaco. A 79,4% foram adicionados fármacos, sendo que em 41,2% destes doentes foi adicionado um fármaco e em 2,9% deles foram adicionados seis.

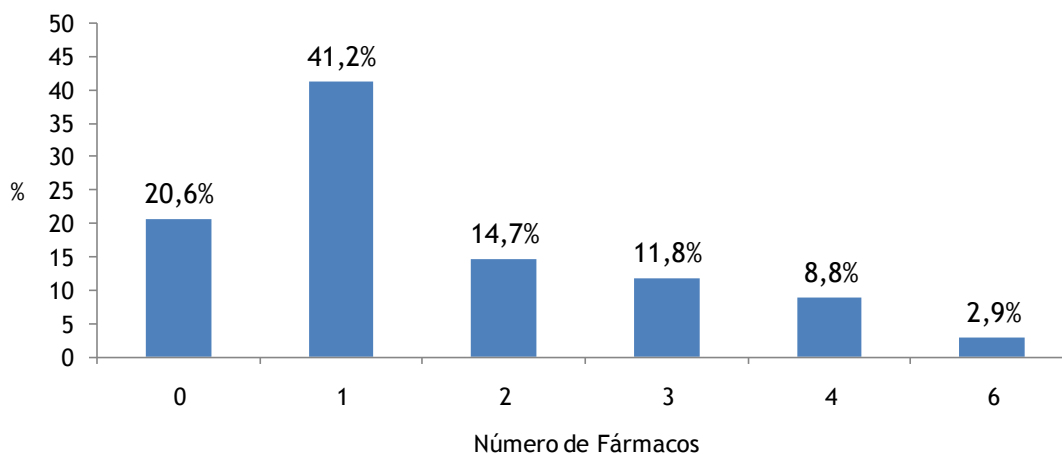


Figura 9 - Número de fármacos adicionados aquando da alta hospitalar

A figura 10 evidencia que 82,4% (n=28) não sofreu qualquer suspensão da medicação aquando da alta hospitalar. Para 17,6% dos doentes o número de fármacos suspensos oscilou entre um (em 8,8% dos doentes) e três (em 2,9%).

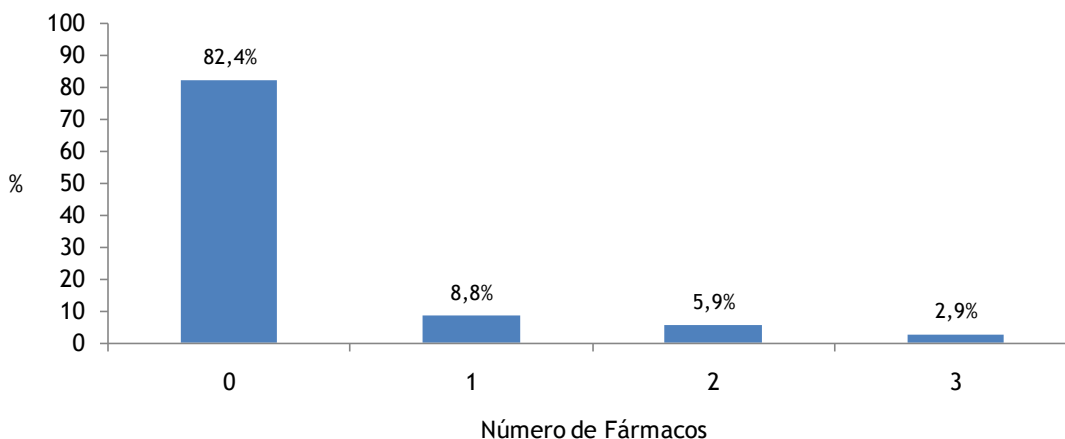


Figura 10 - Número de fármacos suspensos aquando da alta hospitalar

Na tabela 2 estão representados os grupos terapêuticos mais usados antes, durante e após o Internamento hospitalar. Observamos que antes do internamento 67,6% dos doentes estava medicado com fármacos do Grupo 3 (Aparelho Cardiovascular), seguido de 35,3% de doentes medicados com fármacos do Grupo 6 (Aparelho Digestivo), seguido de 32,3% de doentes medicados ora com o Grupo 4 (Sangue), ora com o Grupo 5 (Aparelho Respiratório). Apenas 2,9% dos doentes estavam medicados com fármacos dos Grupos 10 (Medicação Antialérgica) e 15 (Medicamentos Usados em Afecções Oculares).

Durante o internamento, o Grupo 6 (Aparelho Digestivo) foi o mais amplamente utilizado (85,3%), seguido pelos Grupos 4 (Sangue) e 1 (Medicamentos Anti-infecciosos), em 73,5% e 70,6% dos doentes, respectivamente. Os fármacos antialérgicos (Grupo 10) e do Grupo 14 (Medicamentos Usados em Afecções Oculares) foram os menos utilizados, cada um em 2,9% dos doentes.

Após o internamento hospitalar, os fármacos mais prescritos pertenciam aos Grupos 3 (Aparelho Cardiovascular), 8 (Hormonas e Medicamentos Usados no Tratamento das Doenças Endócrinas) e 4 (Sangue) com 70,6%, 55,9% e 47,0% respectivamente. Enquanto os fármacos dos Grupos 10 (Medicação Antialérgica) e 18 (Vacinas e Imunoglobulinas) apenas foram prescritos em 2,9% dos pacientes.

Tabela 2 - Grupos farmacêuticos mais usados antes e durante o internamento e aquando da alta hospitalar

Grupos Farmacêuticos	Antes Internamento	Durante Internamento	Alta Hospitalar
Anti-infecciosos (1)	0	24 (70,6 %)	9 (26,5 %)
Sistema Nervoso Central (2)	10 (29,4 %)	11 (32,3 %)	13 (38,2 %)
Aparelho Cardiovascular (3)	23 (67,6 %)	21 (61,7 %)	24 (70,6 %)
Sangue (4)	11 (32,3 %)	25 (73,5 %)	16 (47,0 %)
Aparelho Respiratório (5)	11 (32,3 %)	16 (47,0 %)	12 (35,3 %)
Aparelho Digestivo (6)	12 (35,3 %)	29 (85,3 %)	10 (29,4 %)
Aparelho Geniturinário (7)	5 (14,7 %)	5 (14,7 %)	5 (14,7 %)
Hormonas e Medicamentos Usados no Tratamento das Doenças Endócrinas (8)	10 (29,4 %)	17 (49,9 %)	19 (55,9 %)
Aparelho Locomotor (9)	6 (17,6 %)	3 (8,8 %)	6 (17,6 %)
Medicação Antialérgica (10)	1 (2,9 %)	1 (2,9 %)	1 (2,9 %)
Nutrição (11)	0	4 (11,8 %)	0
Medicamentos Usados em Afecções Otorinolaringológicas (14)	0	1 (2,9 %)	0
Medicamentos Usados em Afecções Oculares (15)	1 (2,9 %)	0	0
Vacinas e Imunoglobulinas (18)	0	0	1 (2,9 %)

5. Discussão e Conclusões

A reconciliação da medicação na interface cuidados de saúde primários/cuidados de saúde secundários é fundamental para garantir a utilização efectiva e segura dos medicamentos, assim como a correcta utilização e adesão à terapêutica por parte do doente. O presente trabalho procurou quantificar e caracterizar as alterações à medicação crónica após internamento hospitalar.

Foram incluídos no estudo 34 doentes internados nos Serviços de Cardiologia, Pneumologia e Gastrenterologia do CHCB, entre 1 de Outubro de 2010 e 31 de Dezembro de 2010. A maioria dos doentes era sexo masculino (n=23), com idades predominantemente entre os 60 e os 85 anos. A maioria (88,2%) dos doentes apresentava pelo menos uma patologia. Destes, 61,8% dos doentes possuía entre 2 a 4 patologias distintas. É de salientar ainda que em média, cada doente sofria de 3 patologias diferentes e estava medicado com 5 fármacos distintos, registando-se um máximo de 12 fármacos num mesmo doente. Estes resultados são esperados, uma vez que com o envelhecimento da população há um aumento da incidência das doenças crónicas, que por sua vez conduzem a um aumento da prescrição de fármacos para tratar as mesmas.

Em relação às alterações efectuadas à medicação crónica durante o internamento hospitalar, verificou-se que todos os doentes que tomavam pelo menos um fármaco foram alvo de pelo menos uma alteração da medicação. Da análise comparativa entre o número de fármacos tomados antes do internamento (figura 3) e o número de fármacos mantidos durante o internamento (figura 4) verificámos que uma maior proporção de doentes passa a tomar um menor número de fármacos (fruto de suspensões de medicação), registando-se um máximo de 9 fármacos num mesmo doente.

Em relação ao número de fármacos substituídos durante o internamento, apenas numa minoria dos doentes (8,8%; n=3) houve substituição de 1 fármaco por outro do mesmo grupo / subgrupo terapêutico.

Para a maioria dos doentes (58,8%) houve suspensão de fármacos durante o internamento, a qual variou de 1 a 9, sendo a predominância de 1 e 2 fármacos (17,6% para cada um).

Em todos os doentes houve adição de fármacos, a qual variou de 1 a 10, sendo a predominância de 7, 2 e 3 fármacos (20,6%, 17,6% e 14,7%, respectivamente). Em apenas um doente (2,9%) foram adicionados 10 fármacos diferentes.

Assim, as alterações à medicação sofridas durante o internamento deveram-se sobretudo à adição de novos fármacos (100% dos doentes), à suspensão de fármacos (58,8% dos doentes) e à substituição de fármacos numa minoria de doentes (8,8%).

Tendo em conta que os internamentos hospitalares são motivados por alterações na condição clínica do doente (por agravamento de uma condição clínica existente ou uma nova situação aguda), é de esperar a adição de medicação durante o internamento, para corrigir o distúrbio observado. As suspensões ou substituições da medicação crónica podem também ocorrer nesse sentido, assim como poderão ser analisadas como alterações necessárias para melhor controlar as patologias de base, já que o descontrolo das mesmas poderá ser a causa de motivo de internamento.

Apesar das alterações à medicação durante o internamento, aquando da alta hospitalar, 6 doentes (17,6%) mantiveram exactamente a mesma medicação que faziam no domicílio, ou seja, após provável correcção do motivo de internamento, a medicação feita no domicílio foi reposta.

Se compararmos o número de fármacos mantidos durante o internamento (figura 4) com os mantidos aquando da alta hospitalar (figura 8) constatamos que, em ambos os casos, para 14,7% (n=6) dos doentes não foi mantido nenhum fármaco.

Já no que concerne ao número de fármacos adicionados aquando da alta hospitalar, 79,4% (n=27) dos doentes necessitaram de medicação complementar para controlar/corrigir as patologias de base. Em 41,2% destes foi adicionado apenas 1 fármaco e em 2,9% foram adicionados 6.

A suspensão de fármacos aquando da alta hospitalar foi observada numa minoria de doentes (n=6; 17,6%).

Assim, apesar de a grande maioria dos doentes (79,4%) necessitar de medicação complementar, apenas numa minoria (17,6%) foi necessária a suspensão de um ou mais fármacos em relação à medicação feita no domicílio, o que nos leva a pensar que a medicação feita em casa era, possivelmente, a mais indicada.

Os fármacos mais utilizados aquando do internamento envolviam o Aparelho Cardiovascular (66,7%), o Aparelho Digestivo (35,3%), o Aparelhos Respiratório (32,3%), Sangue (32,3%), Sistema Nervoso Central e Hormonas e Medicamentos Usados no Tratamento das Doenças Endócrinas (com 29,4% cada um). No entanto, durante o internamento houve um aumento da utilização de cada grupo terapêutico, com destaque para: Anti-infecciosos administrados em 24 novos doentes (aumento de 70,6% de uso); fármacos envolvendo o Aparelho Digestivo administrados em 17 novos doentes (aumento de 50,0% de uso) e o Sangue administrados em 14 novos doentes (aumento de 41,2% de uso). Isto poderá ser devido ao facto de, em primeiro lugar, a maior parte dos internamentos envolver risco de uma infecção, e em segundo lugar, pelo facto de serem usados fármacos para prevenir determinadas patologias associadas a internamentos prolongados (trombose venosa profunda e úlcera gástrica, por exemplo).

Constatou-se também que os fármacos do Aparelho Cardiovascular sofreram uma diminuição na utilização de 5,9% (n=2); fármacos do Aparelho Geniturinário e Medicação Antialérgica não sofreram qualquer alteração; Medicamentos Usados em Afecções Oculares foram suspensos; fármacos usados em Nutrição foram iniciados em 11,8% dos doentes e

Medicamentos Usados em Afecções Otorinolaringológicas foram iniciadas em 2,9 % dos doentes.

Aquando da Alta Hospitalar, e comparando com os fármacos iniciais, a grande maioria dos grupos terapêuticos também sofreu aumentos. A utilização de fármacos do Grupo 4 (Sangue) aumentou 14,7%; a das Hormonas e Medicamentos Usados no Tratamento das Doenças Endócrinas aumentou 26,5% e os Anti-infecciosos foram utilizados em mais 26,5% dos doentes. Já os medicamentos pertencentes ao Aparelho Geniturinário, Aparelho Locomotor e Medicação Antialérgica mantiveram a mesma percentagem de utilização: 14,7%; 17,6% e 2,9% respectivamente.

Se compararmos os medicamentos usados durante e no fim do internamento verificamos mudanças substanciais, mais uma vez, ao nível dos Anti-infecciosos com uma diminuição de 44,1% de uso; Sangue com o uso a diminuir em 26,5% e Aparelho Digestivo com uma diminuição de 55,9% de uso. Poderá mais uma vez dever-se às razões descritas acima. De salientar ainda que os fármacos mais usados, quer antes do internamento, quer aquando da alta hospitalar pertencem ao Aparelho Cardiovascular, com 67,6% de uso antes do internamento e com 70,6% aquando da alta hospitalar.

Uma das grandes limitações deste estudo reside na qualidade dos registos clínicos (nota de entrada, diário clínico e nota de alta) consultados, uma vez que a análise efectuada foi retrospectiva. Deste modo, apesar de terem sido revistos 139 processos, apenas 34 continham informação objecto do estudo, o que impossibilitou também a análise comparativa entre os diferentes serviços hospitalares. A informação clínica não registada pode ocorrer quando o médico não escreve no processo clínico (na nota de entrada ou na nota de alta) se o doente toma ou não medicação no domicílio, aquando da nota de entrada; ou então não coloca a medicação que o doente deve fazer em casa após o internamento na nota de alta. A informação clínica não especificada pode dever-se, principalmente, a duas situações: o doente não saber a medicação que fazia em casa ou o médico referir que o doente fazia medicação em casa, mas não especificar os fármacos.

Ainda devido à qualidade de registos, não foi possível, aquando da caracterização da alteração da medicação, verificar se os fármacos usados eram genéricos ou não; se as alterações consistiam em mudar a substância química, ou em mudar apenas de fabricante (mantendo a mesma substância química ou uma idêntica), quer seja para genérico ou para outra “marca”.

Apesar destas limitações, este é o primeiro estudo do nosso conhecimento a estudar esta realidade. Os resultados deste estudo devem ser considerados de carácter exploratório e necessitam ser confirmados com amostras mais robustas e representativas (outros serviços e outros hospitais), adoptando metodologias prospectivas de recolha da informação.

No início do estudo propusemo-nos analisar os principais motivos das alterações da medicação crónica. No entanto, durante a consulta de processos clínicos, observou-se que tal informação não estava registada e portanto não nos foi possível responder a esse objectivo. Propomos que em estudos futuros, se possível, se tente analisar tal informação utilizando

outro método de recolha, desde verificar os protocolos hospitalares até possíveis entrevistas com o médico responsável pelo internamento do doente.

Foi ainda proposto analisar os meios de troca de informações e coordenação de prescrições entre o médico de família e o médico hospitalar, no entanto, tal informação não se encontra nos processos clínicos, sendo também necessário futuramente estudar os meios de interacção com o centro de saúde da zona para poder analisar tal troca de informação.

Será igualmente importante no futuro, analisar as consequências das alterações da medicação durante o internamento hospitalar, ao nível da adesão terapêutica e dos resultados clínicos e terapêuticos, depois de os doentes terem alta hospitalar.

Face à falta de informação completa e actualizada nos registos clínicos, sugerimos ainda o desenvolvimento e implementação de um protocolo (interno) hospitalar, de preferência informatizado, que permita uniformizar o preenchimento dos registos em todos os serviços, transformando a informação registada numa fonte de dados consistentes que permitam monitorizar e melhorar continuamente a prática clínica.

6.Referências

1. Society of Hospital Medicine. Growth of hospital medicine nationwide. Available from:
http://www.hospitalmedicine.org/Content/NavigationMenu/Media/GrowthofHospitalMedicineNationwide/Growth_of_Hospital_M.htm. [Accessed August, 2010].
2. Watcher RM. An introduction to the hospitalist model. *Ann Intern Med.* 1999; 130: 338-342.
3. Watcher RM, Goldman L. The hospitalist movement 5 years later. *JAMA.* 2002; 287: 487-494
4. Himmel W, Tabache M, Kochen MM. What happens to long term medication when general practice patients are referred to hospital? *Eur J Clin Pharmacol* 1996; 50 (4): 253-7
5. Beers MH, Dang J, Hasegawa J. Influence of hospitalization on drug therapy in the elderly. *Am Geriatr Soc* 1989 Aug; 37 (8): 679-83
6. Burns JM, Sneddon I, Lovell M. Elderly patients and their medication; a post-discharge follow-up study. *Age Ageing* 1992 May; 21 (3): 178-81
7. Gray SL, Mahoney JE, Blough DV. Medication adherence in elderly patients receiving home health services following hospital discharge. *Ann Pharmacother* 2001 May; 35: 539-45
8. MOSEGUI, G.B.G.; ROZENFELD, S.; VERAS, R.P.; VIANNA, C.M.M. Avaliação da qualidade de uso de medicamentos em idosos. *Rev. Saúde Pública*, v.33, n.5, p.437-444, 1999
9. Col N, Fanale JE, Kronholm P. The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly. *Arch Intern Med* 1990 Apr; 150 (4): 841-5
10. Ostberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *New England J Med* 2005 Aug 4; 353 (5): 487-97

11. Cargill JM. Medication compliance in elderly people; influencing variables and interventions. *J Adv Nurs* 1992 Apr; 17 (4): 422-6
12. Barat I, Andreasen F, Damsgaard EM. Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. *Br J Clin Pharmacol* 2001 Jun; 51 (6): 615-22
13. Blenkiron P. The elderly and their medication: understanding and compliance in a family practice. *Postgrad Med J* 1996 Nov; 72 (853): 671-6
14. Comité do Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados Com Medicamentos, Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos. Tradução Intercultural de Espanhol para Português (europeu). *Acta Médica Portuguesa*. 2004; (17): 59-66
15. Halon J.T., Lindblad C.I., Hajjar E.R., McCarthy T.C., Update on Drug-Related Problems in the Elderly. *The Am J Geriatr Pharmacothe*. 2003; (1): 38-43
16. Ferreira R., Consumo Crónico de Medicamentos na População de um Centro de Saúde. *Ver Port Clin Geral* 2007; 23: 125-32
17. GURWITZ, J.H.; FIELD, T.S.; HARROLD, L.R.; ROTHSCHILD, J.; DEBELLIS, K.; SEGER, A.C.; CADORET, C.; FISH, L.S.; GARBER, L.; KELLEHER, M.; BATES, D.W. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *J. Am. Med. Assoc.*, v.289, n.9, p.1107-1116, 2003.
18. Prevención de las enfermedades crónicas. Available from: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html [Accessed September 2010]
19. Projeções da População residente em Portugal, 2008-2060. Available from: http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=66023625&att_display=n&att_download=y. [Accessed September 2010]