

Uso seguro de medicamentos na pandemia – PBH SMS



Farm. PhD. Mário Borges Rosa

Presidente ISMP Brasil

Farmacêutico do Hospital João XXIII - Fhemig

ISMP BRASIL



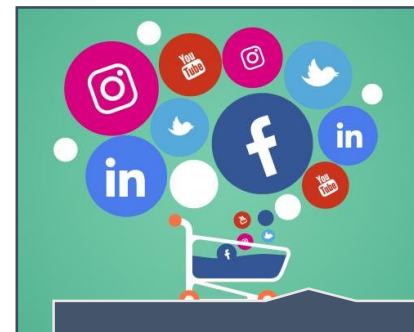
Cursos e Palestras



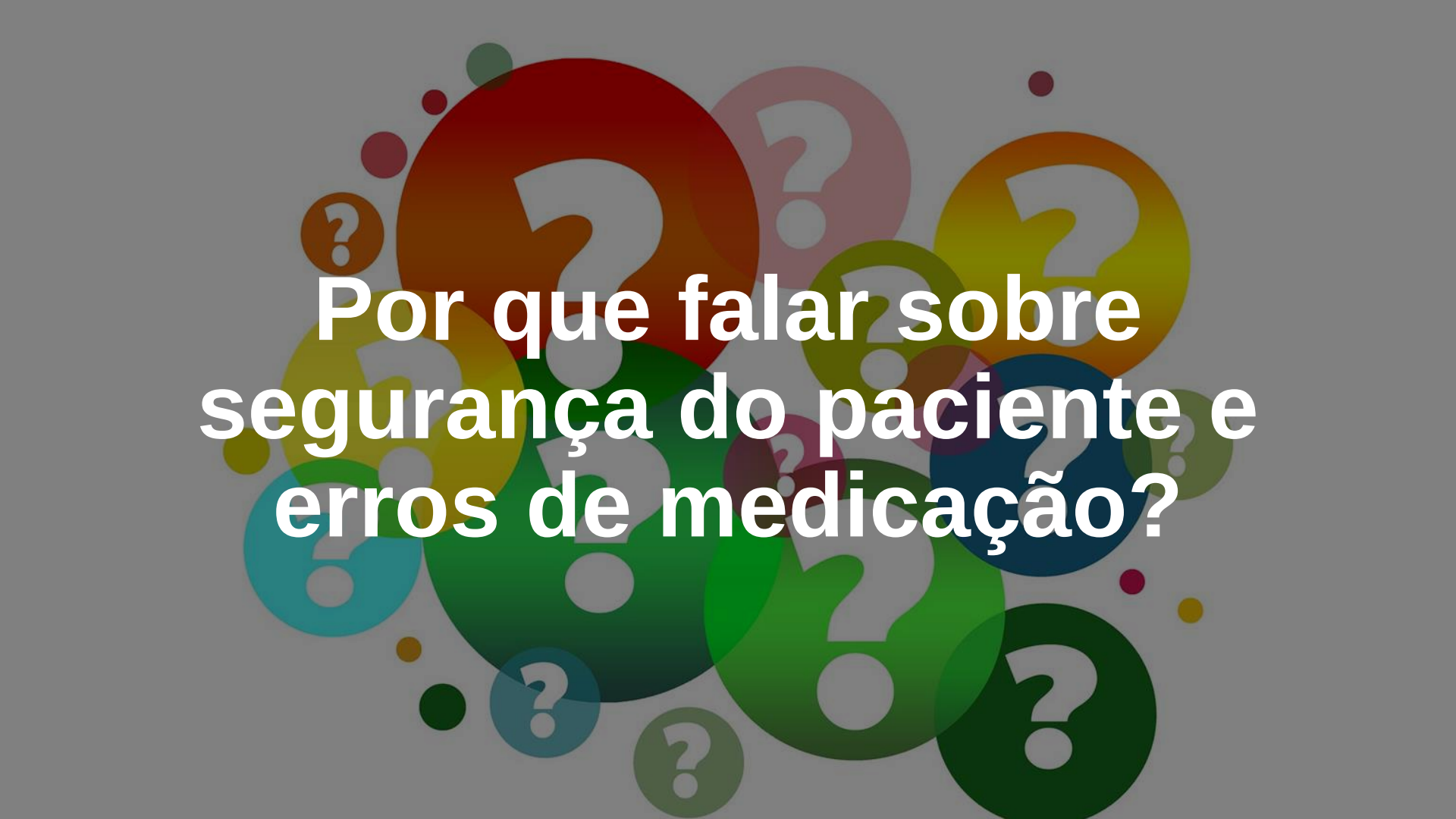
44 Boletins ISMP
Brasil



www.ismp-brasil.org



@ismpbrasil

The background features a collection of overlapping circles in various colors including red, orange, yellow, green, and blue. Each circle contains a white question mark. The circles vary in size and opacity, creating a layered, abstract effect. The text is centered over this graphic.

**Por que falar sobre
segurança do paciente e
erros de medicação?**

2) Impulse $\sim P \cdot H$ To vi SC 'as 8 h x 10 vi SC 'as 14 h

12	insulin, mit 12 Stunden, 3 h. Inkubation.		
----	---	--	--

Insulina NPH 30 UI SC às 8h e 10 UI SC às 18h	
---	--

12 Insulina NPH 30 unidades 8h. Subcutânea.		
---	--	--

Abreviatura UI para unidades → mais perigosa de todas. Não deve ser utilizada

(26) RU 101!	Dad	EV	8/86
--------------	-----	----	------

Cuidado Geral		Data/Hora Administração															
1) MUDANÇA DE DECÚBITO		8	10	12	14	16	18	20	22	0	2	4	6	8	10	12	
Freq.: 3 EM 3 HORAS																	
2) CABECEIRA ELEVADA 40 GRAUS		8	10	12	14	16	18	20	22	0	2	4	6	8	10	12	
Freq.: MANHÃ/TARDE/NOITE																	
3) HIGIENE ORAL		8	10	12	14	16	18	20	22	0	2	4	6	8	10	12	
Freq.: MANHÃ/TARDE/NOITE																	
Observação: COM CEPACOL																	
Dieta		Data/Hora Administração															
1) DIETA ENTERAL HIPERPROTÉICA		8	10	12	14	16	18	20	22	0	2	4	6	8	10	12	
Observação: A 80ML/H																	
Dado Vital		Data/Hora Administração															
1) FC + FR + PA + T		8	10	12	14	16	18	20	22	0	2	4	6	8	10	12	
Freq.: 6 EM 6 HORAS																	
Observação: MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA																	
Micronebulização		Data/Hora Administração															
1) Freq.: 4 EM 4 HORAS		8	10	12	14	16	18	20	22	0	2	4	6	8	10	12	
Componentes																	
Descrição	Quantidade/Fluxo	Justificativa												Previsão de uso (em dias)			
FENOTEROL 5 MG/ML - SOLUÇÃO	5 GOTAS																
O2	8L/MIN																
CLORETO DE SÓDIO 0,9 % - INJETÁVEL	3 ML																
IPRATROPIO 250 MCG/ML - SOLUÇÃO NASAL	25 GOTAS																
Medicamento		Data/Hora Administração															
1) METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - INJETÁVEL		8	10	12	14	16	18	20	22	0	2	4	6	8	10	12	
Via de adm.: EV		Vel. de inf.: LENTO															
Quantidade de diluente: 8 ML																	
Dose (por horário): 2 ML																	
		Diluyente: AGUA BIDESTILADA ESTERIL 0,0 ML - INJETÁVEL															
		Observação: ACM, SE ESTASE OU VÔMITOS															
		Frequência: 8 EM 8 HORAS - A CRITÉRIO MÉDICO															
2) ENOXAPARINA 60 MG - INJETÁVEL		8	10	12	14	16	18	20	22	0	2	4	6	8	10	12	
Via de adm.: SUBCUTÂNEA		Diluyente:															
Dose (por horário): 60 MG																	
		Frequência: 12 EM 12 HORAS															
3) VARFARINA 5 MG - COMPRIMIDOS		8	10	12	14	16	18	20	22	0	2	4	6	8	10	12	
Via de adm.: SONDA GÁSTRICA		Diluyente:															
Dose (por horário): 7,5 MG																	
		Frequência: 24 EM 24 HORAS - HORÁRIO PADRÃO DO HOSPITAL															

Cuidado Geral		Data/Hora Administração																
1) MUDANÇA DE DECÚBITO		8	10	12	14	16	18	20	22	0	2	4	6	8	10	12		
Freq.: 3 EM 3 HORAS																		
2) CABECEIRA ELEVADA 40 GRAUS		8	10	12	14	16	18	20	22	0	2	4	6	8	10	12		
Freq.: MANHÃ/TARDE/NOITE																		
3) HIGIENE ORAL		8	10	12	14	16	18	20	22	0	2	4	6	8	10	12		
Freq.: MANHÃ/TARDE/NOITE																		
Observação: COM CEPACOL																		
Dieta		Data/Hora Administração																
1) DIETA ENTERAL HIPERPROTÉICA		8	10	12	14	16	18	20	22	0	2	4	6	8	10	12		
Observação: A 80ML/H																		
Dado Vital		Data/Hora Administração																
1) FC + FR + PA + TAX		8	10	12	14	16	18	20	22	0	2	4	6	8	10	12		
Freq.: 6 EM 6 HORAS																		
Observação: MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA																		
Micronebulização		Data/Hora Administração																
1) Freq.: 4 EM 4 HORAS		8	10	12	14	16	18	20	22	0	2	4	6	8	10	12		
Medicamento		Componentes																
Descrição		Quantidade/Fluxo		Justificativa										Previsão de uso (em dias)				
FENOTEROL 5 MG/ML - SOLUÇÃO		5 GOTAS																
O2		8L/MIN																
CLORETO DE SÓDIO 0,9 % - INJETÁVEL		3 ML																
IPRATROPIO 250 MCG/ML - SOLUÇÃO NASAL		25 GOTAS																
Medicamento		Data/Hora Administração																
1) METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - INJETÁVEL		8	10	12	14	16	18	20	22	0	2	4	6	8	10	12		
Via de adm.: EV		Vel. de inf.: LENTO																
Quantidade de diluente: 8 ML																		
Dose (por horário): 2 ML																		
2) ENOXAPARINA 60 MG - INJETÁVEL		Data/Hora Administração																
Via de adm.: SUBCUTÂNEA		Diluyente:		8	10	12	14	16	18	20	22	0	2	4	6	8	10	12
Dose (por horário): 60 MG																		
Quantidade de diluyente:																		
3) VARFARINA 5 MG - COMPRIMIDOS		Data/Hora Administração																
Via de adm.: Sonda Gástrica		Diluyente:		8	10	12	14	16	18	20	22	0	2	4	6	8	10	12
Dose (por horário): 7,5 MG																		
Quantidade de diluyente:																		

A Segurança do Paciente e os Erros de medicação



- **Assistência Hospitalar: erros de medicação = 30% dos eventos adversos**
- **Atenção primária: 70% dos pacientes atendidos no sistema de saúde = erros de medicação: 1ª causa de eventos adversos principalmente em idosos**

O QUE É SEGURANÇA DO PACIENTE?

Reduzir, a um mínimo possível, o risco de dano evitável associado ao cuidado de saúde

EVITAR O EVITÁVEL

Inevitável = paciente recebe dipirona de forma racional, sem nenhum histórico de alergia e desenvolve RAM

Evitável = paciente recebe dipirona com histórico registrado de alergia e desenvolve RAM



Alerta de Segurança!

ismp
Brasil

Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos
Orgulho em promover a segurança do paciente.

Atenção, Profissionais de Saúde! Previna a troca de frascos de vacina contra a gripe!

O frasco ampola da vacina contra a gripe (influenza) é semelhante aos frascos de outros medicamentos armazenados sob refrigeração (na geladeira) como, por exemplo, a insulina. Essa semelhança pode contribuir para **TROCA** no momento do preparo e administração da vacina.

O **ISMP Brasil** apresenta algumas recomendações para prevenir erros de administração desta vacina. O principal objetivo é implantar **BARREIRAS** que reduzam, dificultem ou eliminem a possibilidade da ocorrência de troca de frascos.



ARMAZENAMENTO SEGURO:

- Armazenar a vacina **separada** dos demais medicamentos sob refrigeração.
- Se a vacina for armazenados na mesma geladeira que outros medicamentos, colocá-las em **caixas e prateleiras diferentes**.
- A **insulina** também deve sempre ser armazenada em local diferente, pois é um Medicamento Potencialmente Perigoso (vide Boletim ISMP Brasil - "Erros de medicação, riscos e práticas seguras na terapia com insulinas").

UTILIZAR ETIQUETAS DE ALERTA:

- Os locais de armazenamento das vacinas e das insulinas, dentro e fora da geladeira, devem ser identificados com uma **etiqueta de alerta** que as diferencie. Também é importante diferenciar as vacinas umas das outras.

CHECAGEM ANTES DO PREPARO E ADMINISTRAÇÃO:

- Ler o rótulo** atentamente antes de iniciar o preparo da vacina.
- Solicitar ao **paciente/acompanhante** que confira o frasco de vacina junto ao profissional responsável pelo seu preparo e administração.

INFORMAR OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:

- Divulgar os riscos de troca entre os frascos de vacinas e insulina.



Para se informar mais sobre segurança de embalagens e rotulagem leia o documento **IMSN "Position Statement on Safer Design of Vaccines Packaging and Labelling"** elaborado com a participação do ISMP Brasil (Disponível em: <http://www.intmedsafe.net/imsn-advocacy/imsn-papers/safer-packaging-and-labelling/>)



Alerta de Segurança!

ismp
Brasil

Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos
Orgulho em promover a segurança do paciente.

MARÇO 2019

Atenção, Profissionais de Saúde! Previna erros de administração com penicilinas!

Benzilpenicilina	Via de administração
Penicilina G Cristalina	Somente Endovenosa
Penicilina G Procaína	Somente Intramuscular
Penicilina G Benzatina	Somente Intramuscular

Na última semana o **ISMP Brasil** recebeu um relato de um erro de administração de penicilina G benzatina administrada por via endovenosa com consequente morte do paciente. Esse erro de administração é recorrente em todo o mundo e já ocasionou a morte de vários pacientes. A **penicilina G benzatina pode ser fatal se administrada por outras vias, devendo ser administrada exclusivamente por via intramuscular profunda, evitando-se a proximidade de artérias e nervos**. A administração endovenosa desta penicilina pode causar parada cardíaca e lesões neurovasculares sérias, incluindo paralisia permanente.

A administração intramuscular da penicilina G benzatina deve ser realizada, preferencialmente, no quadrante superior lateral da região glútea, ou na face lateral da coxa (no caso de lactentes, crianças pequenas ou pacientes com pouca massa muscular). A administração no músculo do braço não é recomendada.

A semelhança entre os nomes, falha nos alertas dos rótulos relacionados à via de administração e falta de informação dos profissionais de saúde sobre as penicilinas são fatores que contribuem para a administração pela via errada.

O **ISMP Brasil** alerta os profissionais de saúde sobre os riscos de erros envolvendo a seleção da via de administração e também a troca entre as diferentes penicilinas disponíveis no Brasil e apresenta algumas recomendações para prevenir erros de administração de penicilinas. O principal objetivo é implantar **BARREIRAS** que reduzam, dificultem ou eliminem a possibilidade da ocorrência de administração por via errada.



ARMAZENAMENTO E DISPENSAÇÃO SEGUROS:

- Armazenar as diferentes penicilinas e suas apresentações **distantes umas das outras e com identificação de alerta e diferenciando os nomes**.
- Se mais de um tipo de penicilina for armazenado na mesma prateleira, estas devem ser **identificadas de forma diferenciada para evitar trocas**.

UTILIZAR ETIQUETAS DE ALERTA:

- Os locais de armazenamento das penicilinas devem ser **identificados com uma etiqueta** que as diferencie.

- Identificar frascos da **penicilina G benzatina** com etiqueta que ressalte a via de administração adequada

USO SOMENTE POR VIA INTRAMUSCULAR
FATAL SE ADMINISTRADO POR OUTRA VIA

CHECAGEM ANTES DO PREPARO E ADMINISTRAÇÃO:

- Ler o rótulo** atentamente antes de iniciar a administração do medicamento.
- Solicitar ao **paciente/acompanhante** que confira o rótulo junto ao profissional responsável pelo seu preparo e administração.

CONSCIENTIZAR OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:

- Divulgar os riscos da administração por via errada.
- Divulgar os riscos de troca entre as penicilinas.
- Incluir treinamentos sobre os cuidados na administração de medicamentos em todos os programas de formação e educação permanente.



Para se informar mais sobre estratégias para a prevenção de erros de medicação, consulte as edições do Boletim ISMP Brasil: <https://www.ismp-brasil.org/site/boletins/>

Recém-nascida morre no Ceará ao receber medicação errada, diz família

12 11 2020



CE

11:54

POLÍCIA INVESTIGA MORTE DE BEBÊ EM ITAPIOCA

Família diz que foi após a criança receber injeção de benzetacil no hospital



Conforme familiares, a criança morreu 20 minutos após receber o medicamento. Hospital disse que está 'avaliando o caso'.

A morte de uma criança de apenas três dias de vida na cidade de Itapipoca, região Norte do Ceará, é investigada pela Polícia Civil do município após familiares denunciarem um suposto caso de uso de medicação errada.

A família afirma que a criança morreu na manhã desta segunda-feira (9) "após receber uma medicação errada de uma enfermeira" no Hospital São Camilo. O caso foi registrado na noite de segunda-feira, na Delegacia de Itapipoca.

A unidade de saúde afirma que o caso "está sendo avaliado pelas equipes assistenciais e comissões de controle hospitalar" e que "se solidariza com à família neste momento de luto".

Edilania Fialho, tia de Ana Laura, disse ao G1 que a criança recebeu a medicação benzetacil por volta das 10h40 de segunda-feira (8) e "segundos depois ela já ficou roxa", tendo a morte confirmada, ainda segundo Edilania, "20 minutos após a medicação aplicada".



Medicamentos com identificação visual verde fornecidos para o governo

Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde,
RDC 36 /2013 –
Todos os estabelecimentos de saúde

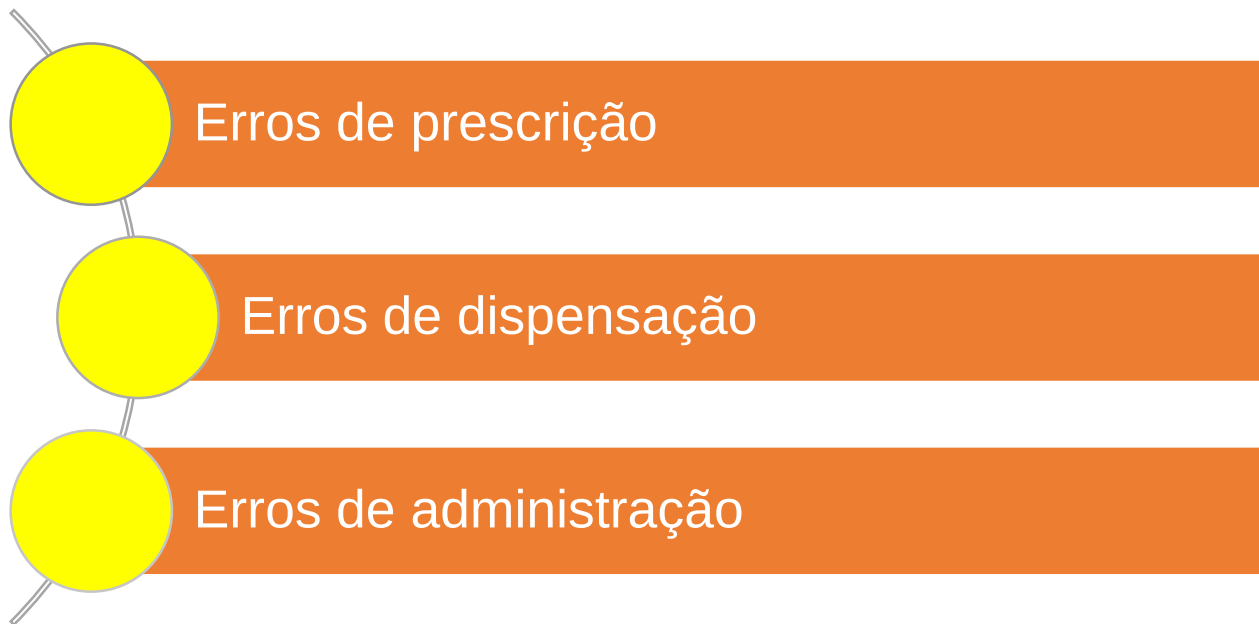


Programa Nacional de Segurança do Paciente



Protocolo de Segurança na Prescrição, uso de
Administração de Medicamentos

Erros de medicação: classificação



Erros de medicação: causas

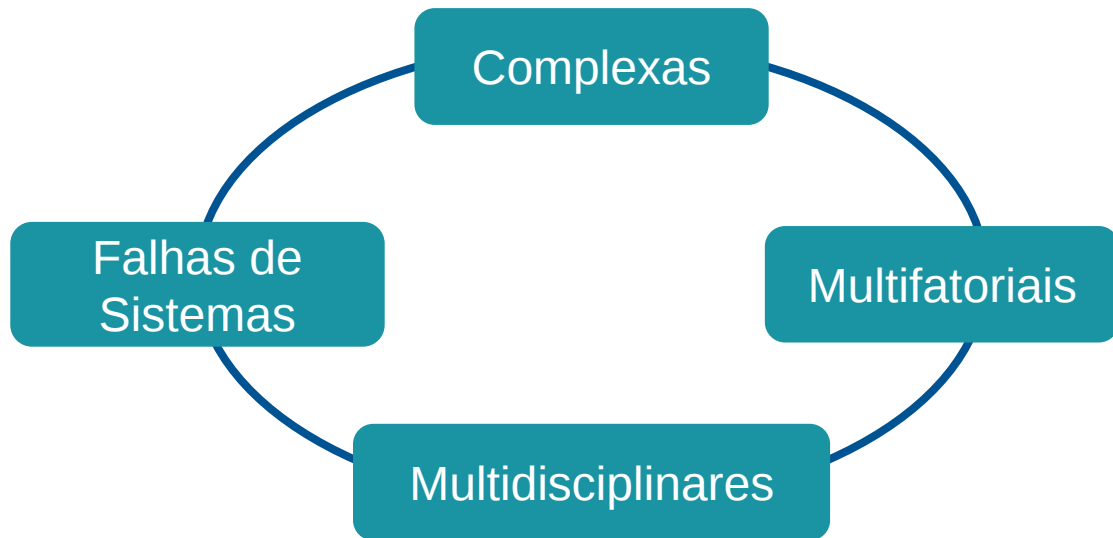


FIGURA 3 - Modelo do queijo suíço



Fonte: REASON, 1990.

ERRO DE MEDICAÇÃO

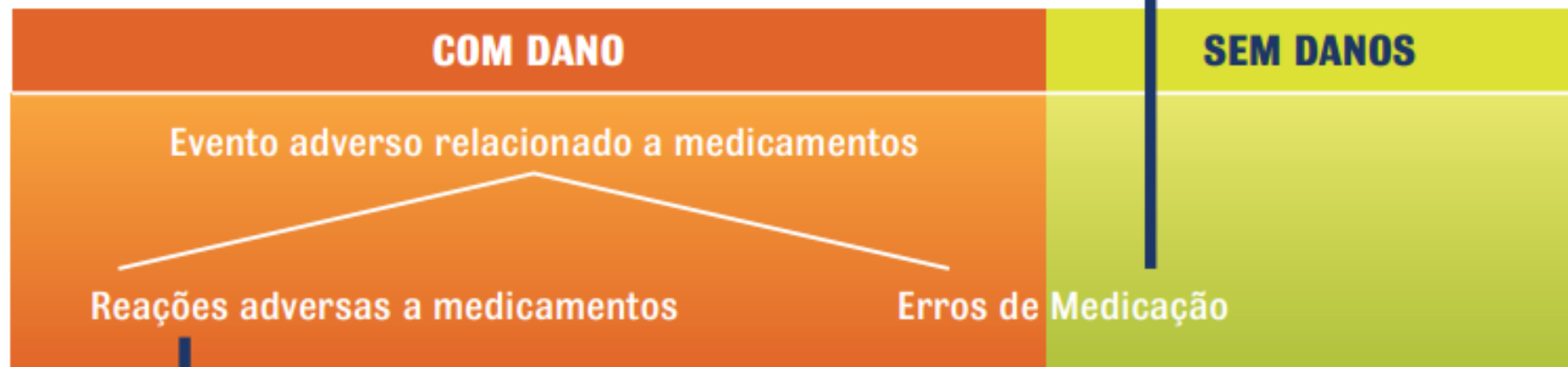
É qualquer evento evitável que pode causar ou conduzir à utilização inadequada de medicamentos ou ocasionar em dano ao paciente

Podem ser originados em todas as fases do processo de uso do medicamento



Conceitos gerais

Qualquer evento evitável que pode causar ou conduzir à utilização inadequada de medicamentos ou dano ao paciente.



Reação nociva e indesejada a medicamentos decorrente de doses normalmente utilizadas para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de uma enfermidade.

Notificação

ERROS DE MEDICAÇÃO

Vigimed – Erros de Medicação



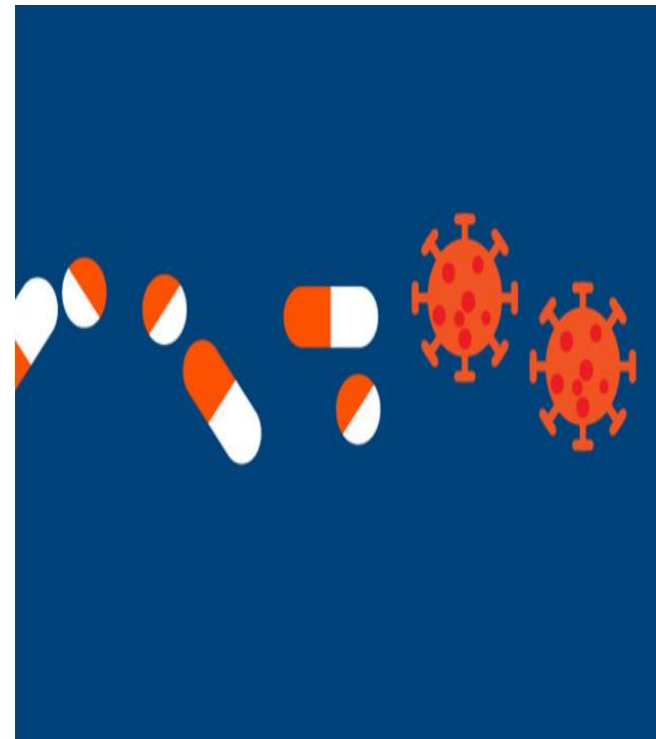
Notivisa 1 – Queixas Técnicas

Notivisa 2 – Eventos assistências

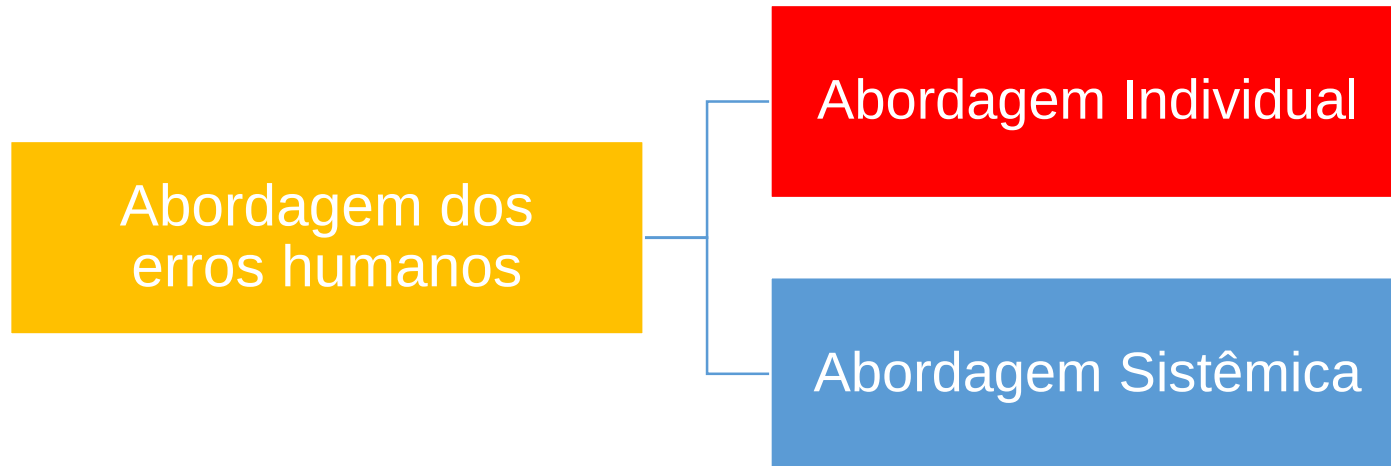




Mais complexo = Mais erros



Cultura de segurança



The background is a dark blue field filled with various light blue icons and lines. These include a heart with an ECG line, a medical cross, a pill capsule, a person in a suit with a cross on their chest, and abstract circuit-like lines. A large, faint target or bullseye graphic is centered behind the text.

Atenção Primária

ATENÇÃO PRIMÁRIA

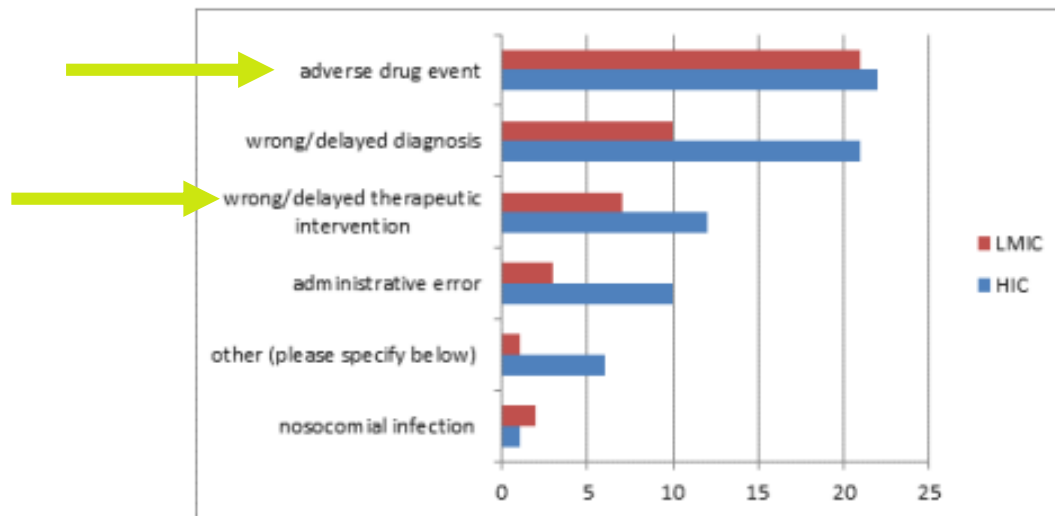


- 4 a cada 10 pacientes sofrem danos nos cuidados primários ou ambulatoriais – erros de diagnóstico e erros de medicação
- 2,5% dos gastos em saúde nesses cenários – exames, tratamentos adicionais – decorrem de falhas na segurança do paciente
- A fragmentação entre os níveis de cuidado deve ser tratada como uma prioridade entre as falhas a serem superadas

É a base para o alto desempenho de sistemas de saúde resilientes

ATENÇÃO PRIMÁRIA

Eventos adversos a medicamentos e diagnósticos errados são as causas mais comuns de danos ao paciente em unidades de atenção primária e ambulatorial

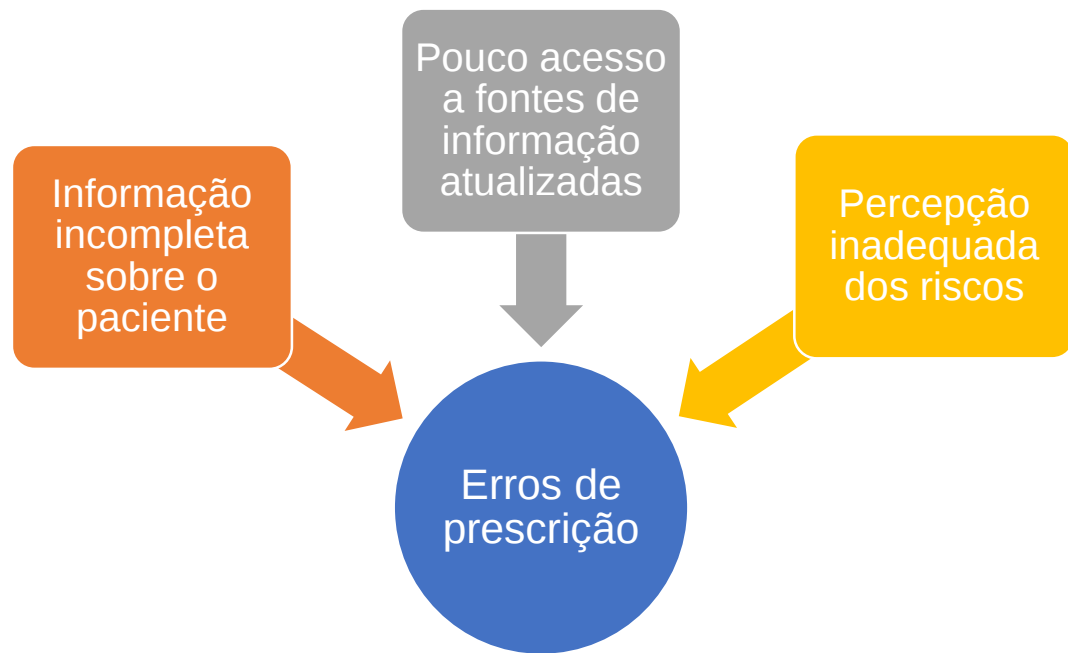


OECD Patient Safety Snapshot Survey, 2018

The background is a dark blue field filled with various medical and technological icons in a lighter blue shade. These include a heart with an ECG line, a large cross, a pill, a person in a medical coat with a cross, and concentric circles resembling a target or a lens. A white L-shaped graphic element is positioned at the top left, and another is at the bottom right, framing the central text.

Prescrição segura

PRINCIPAIS CAUSAS DE ERROS DE PRESCRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA



Situações de estresse e pressão aumentam o risco de erros

COVID-19

ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR ERROS DE PRESCRIÇÃO

2. Decisão terapêutica

Seleção do medicamento

- Acesso a fontes de informação atualizadas



- Protocolos clínicos
- Lista de medicamentos padronizados



ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR ERROS DE PRESCRIÇÃO

2. Decisão terapêutica



Cálculo de doses, posologia e via de administração

- Doses usuais, índices terapêuticos e doses máximas
- Ajustes (faixas etárias, insuficiências, parâmetros laboratoriais)
- Tabelas com doses máximas de medicamentos potencialmente perigosos e com índice terapêutico estreito
- Posologia e via de administração – maior comodidade para o paciente

ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR ERROS DE PRESCRIÇÃO

3. Redação da prescrição



- Identificação do paciente – incluindo idade e peso
 - Garantir a legibilidade da prescrição – quando possível adotar prescrição digitada ou eletrônica
- ➡ No caso de formulário, preferir formulários sem pauta
- Evitar números fracionados quando possível (ex.: 1,5 mg)
 - Evitar o uso de zero antes da vírgula (ex.: 0,5 mg)
 - Preferir vírgula, e não ponto, para escrever números fracionados

ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR ERROS DE PRESCRIÇÃO

3. Redação da prescrição



- Usar a denominação comum brasileira (DCB)
- Não usar abreviaturas para nomes de medicamentos (ex.: HCTZ; SMT-TMP)
- Diferenciar medicamentos com nome com som ou grafia semelhantes, escrevendo em caixa alta a diferença entre eles (ex.: clo**ZAP**ina e clo**NID**ina)

www.ismp-brasil.org



CLOPRO**MIDA**

CLOPRO**MAZINA**

Ácido fólico
Ácido FolÍNco

ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR ERROS DE PRESCRIÇÃO

2. Redação da prescrição



- Não usar abreviaturas e símbolos que podem levar a erros de interpretação (ex.: usar “unidades” no lugar de “U” ou “UI”)
- Não usar expressões vagas como “uso contínuo” ou “usar como de costume”
- Não rasurar a prescrição
- Adotar o sistema métrico para descrever doses, abolindo expressões como “colher”, “copo” ou “ampola”



The background is a dark blue field filled with various light blue icons. These include a heart with an ECG line, a medical cross, a pill capsule, a person in a medical coat with a cross on the chest, and a target symbol. Thin white lines connect some of the icons, suggesting a network or process flow. Two thick white L-shaped brackets frame the central text.

Dispensação segura

ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR ERROS DE DISPENSAÇÃO

1. Armazenamento e ambiente



- Ambiente apropriado para dispensação – organizado, iluminado e com mínimo de interrupções possível

Em situações de estresse e sobrecarga de trabalho, comuns nesse período de pandemia, o risco de erros de medicação por interrupções pode ser maior

ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR ERROS DE DISPENSAÇÃO

1. Armazenamento e ambiente



- Ambiente apropriado para dispensação – organizado, iluminado e com mínimo de interrupções possível
- Ordem alfabética ou por forma farmacêutica
- Armazenar medicamentos com **nome com som ou grafia semelhante** distantes um do outro
- Identificação de **medicamentos potencialmente perigosos** – identificação do medicamento e local de armazenamento

ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR ERROS DE DISPENSAÇÃO

Medicamentos Potencialmente Perigosos

Medicamentos que possuem risco aumentado de provocar danos significativos ao paciente em decorrência de uma falha no processo de utilização

Os erros não são mais frequentes – são mais graves

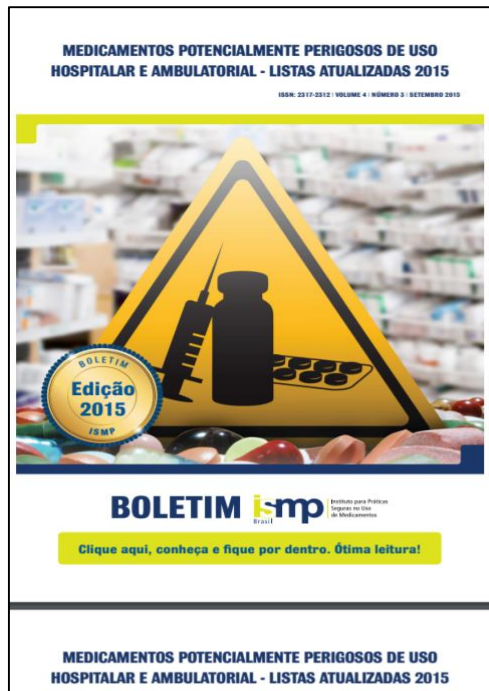
Ex.: danos permanentes ou morte

ISMP Brasil, 2013

Medicamentos Potencialmente Perigosos de uso ambulatorial
Classes Terapêuticas
Antiretrovirais (ex. antiretrovirais associados, efavirenz, lamivudina, raltegravir e ritonavir)
Hipoglicemiantes orais
Imunossupressores (ex. azatioprina, ciclosporina, tacrolimus)
Insulinas, em todas as formulações e tipos de dispositivos de administração
Medicamentos classificados na categoria X de risco na gravidez (ex. bosentano, isotretinoína)*
Medicamentos líquidos pediátricos que necessitam de medição**
Opióides, em todas as formulações e vias de administração
Quimioterápicos de uso oral, excluindo os agentes hormonais (ex. ciclofosfamida, mercaptopurina, temozolomida)
Medicamentos Específicos
Carbamazepina
Hidrato de cloral líquido para sedação de crianças
Heparinas não fracionadas e de baixo peso molecular (ex. dalteparina, enoxaparina, nadroparina)
Metformina
Metotrexato de uso oral (uso não oncológico)
Midazolam líquido para sedação de crianças
Propiltiouracil
Varfarina

ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR ERROS DE DISPENSAÇÃO

2. Medicamentos Potencialmente Perigosos



- Destacar na prescrição para dispensação mais cautelosa
- Destacar local de armazenamento com dizeres sobre os riscos envolvendo esses medicamentos
Ex.: Varfarina – risco de sangramento
- Adotar dupla-checagem na dispensação desses medicamentos – prioridade: pacientes idosos

Profissional 1
Retira medicamento do estoque



Profissional 2
Confere medicamento com a prescrição antes de dispensar

ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR ERROS DE DISPENSAÇÃO

3. Análise da prescrição

Priorizar medicamentos potencialmente perigosos



- Indicação
- Situações de contraindicação (ex.: faixa etária, gestação)
- Duplicidades terapêuticas
- Dose
- Via de administração
- Interações medicamentosas perigosas



Administração segura

ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR ERROS DE ADMINISTRAÇÃO

1. Orientação do paciente



- Orientar o paciente sobre como utilizar o medicamento – ele deve ser capaz de responder:

1. Houve alguma mudança?
2. Qual medicamento devo continuar tomando?
3. Como devo tomar meus medicamentos?
4. Como vou saber se o medicamento está fazendo efeito? Quais os riscos?
5. Tenho que fazer algum exame?

ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR ERROS DE ADMINISTRAÇÃO



Faculdade Santo Agostinho, Montes Claros (MG)



Manuela Lemos, Univ. Federal do Pará (PA)



Estrat. Saúde da Família, Schroeder (SC)

The background is a dark blue field filled with various light blue icons. These include a heart with an ECG line, a large medical cross, a pill capsule, a person in a suit with a cross on their chest, and concentric circles resembling a target or a stylized atom. Thin white lines connect some of the icons, suggesting a network or flow. Two thick white L-shaped brackets are positioned horizontally, one above and one below the central text.

Polifarmácia

POLIFARMÁCIA

- Idosos em polifarmácia devem ser priorizados para orientação e monitoramento do uso de medicamentos



Déficits
cognitivos



Baixa acuidade
visual



Baixa
escolaridade

- Polifarmácia em idosos é indicador indireto de riscos associados ao uso de medicamentos

POLIFARMÁCIA

- Protocolos de desprescrição estão cada vez mais comuns



Identificação e descontinuação ou redução de doses de medicamentos desnecessários, inefetivos, inseguros ou potencialmente inadequados



Deve ser realizada envolvendo a colaboração entre profissionais e pacientes

QUADRO 1 - FERRAMENTAS PARA AUXILIAR NA DESPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS (EXEMPLOS)

Ferramenta	Descrição
Critério de Beers <i>(American Geriatrics Society)</i> ³⁸	Lista de medicamentos potencialmente inapropriados que devem ser evitados por apresentar maior risco que benefício quando utilizados entre idosos. (Revisada periodicamente. Última publicação em 2015. Nova versão em consulta pública deve ser publicada em breve).
Critério STOPP/START ²²	Ferramentas de avaliação da prescrição de pacientes idosos e para detecção do tratamento mais adequado para esses pacientes.
Deprescribing.org ⁴⁰	Sítios eletrônicos que oferecem protocolos, ferramentas e algoritmos para auxiliar na desprescrição de vários medicamentos, como inibidores de bomba de prótons, benzodiazepínicos, antipsicóticos, entre outros.
Canadian Deprescribing Network ⁴¹	
Primary Health Tasmania ⁴²	
Choosing Wisely Canada ⁴³	
Lista de Recomendações da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia em parceria com a Choosing Wisely Brasil ⁴⁴	Lista de cuidados a serem adotados antes de prescrever medicamentos e procedimentos para pacientes idosos.
MedStopper ⁴⁵	<i>Software</i> online que sugere prioridade para desprescrição de medicamentos entre idosos e estratégia de retirada (desmame).

ISMP Brasil, 2018

The background is a dark blue field filled with various light blue icons. These include a heart with an ECG line, a medical cross, a pill capsule, a person in a suit with a cross on their chest, and a target symbol. Thin white lines connect some of these icons, suggesting a network or process flow. Two large white L-shaped brackets frame the central text.

Transição do cuidado

TRANSIÇÃO DO CUIDADO

1. Transição entre unidades de saúde

Ex.: casa → hospital

2. Transição entre setores do hospital

Ex.: bloco cirúrgico → UTI

3. Transição entre profissionais de saúde

Ex.: troca de plantão entre profissionais

AÇÕES FUNDAMENTAIS

- Boa comunicação
- Conciliação medicamentosa
- Educação do paciente

ISMP Brasil, 2019

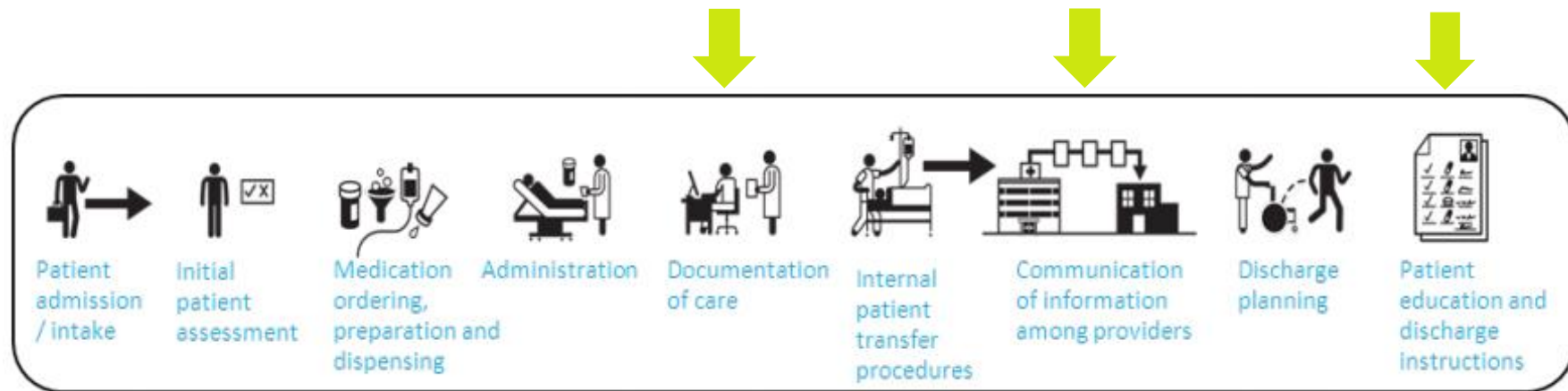


Raissa Cândido

ismp
Brasil

TRANSIÇÃO DO CUIDADO

2. Conciliação medicamentosa



A conciliação na admissão é fundamental para todo o processo!



Assinaturas Medicamento de Alta Vigilância

outubro| 2016

assinatura vertical



redução máxima
1,5 cm altura

assinatura horizontal



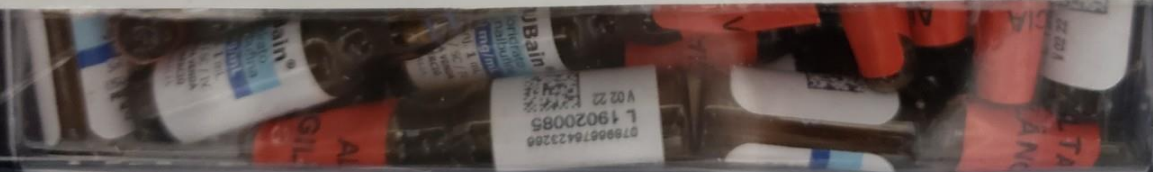
Referência: Comissão de Farmácia - SindiHospa



NALBU fina

Cuidado não confundir
com **MOR** fina

(LEIA ANTES DE SEPARAR)

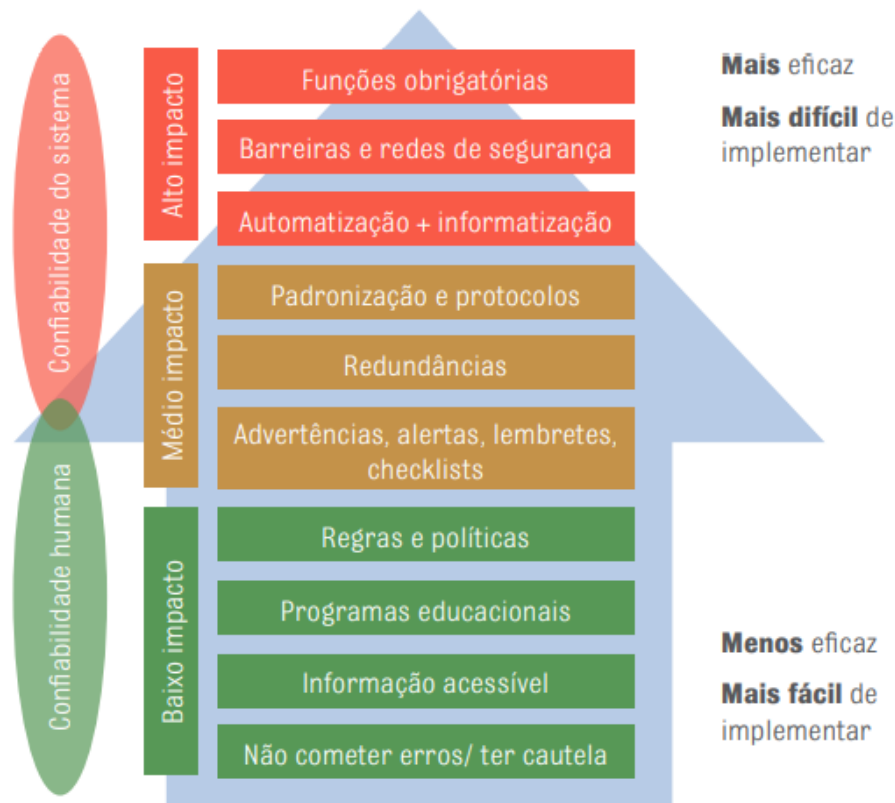


Vacinação para COVID 19

- Algumas vacinas estão na fase 3 – Ensaios clínicos
- Aprovação na Anvisa é necessária – Industrias - Plano de Minimização de Riscos e Plano de Farmacovigilância
- A maioria das imunizações será na APS – se antecipem
- Existem eventos adversos graves esperados e não esperados
- A Farmacovigilância da Anvisa irá publicar orientações

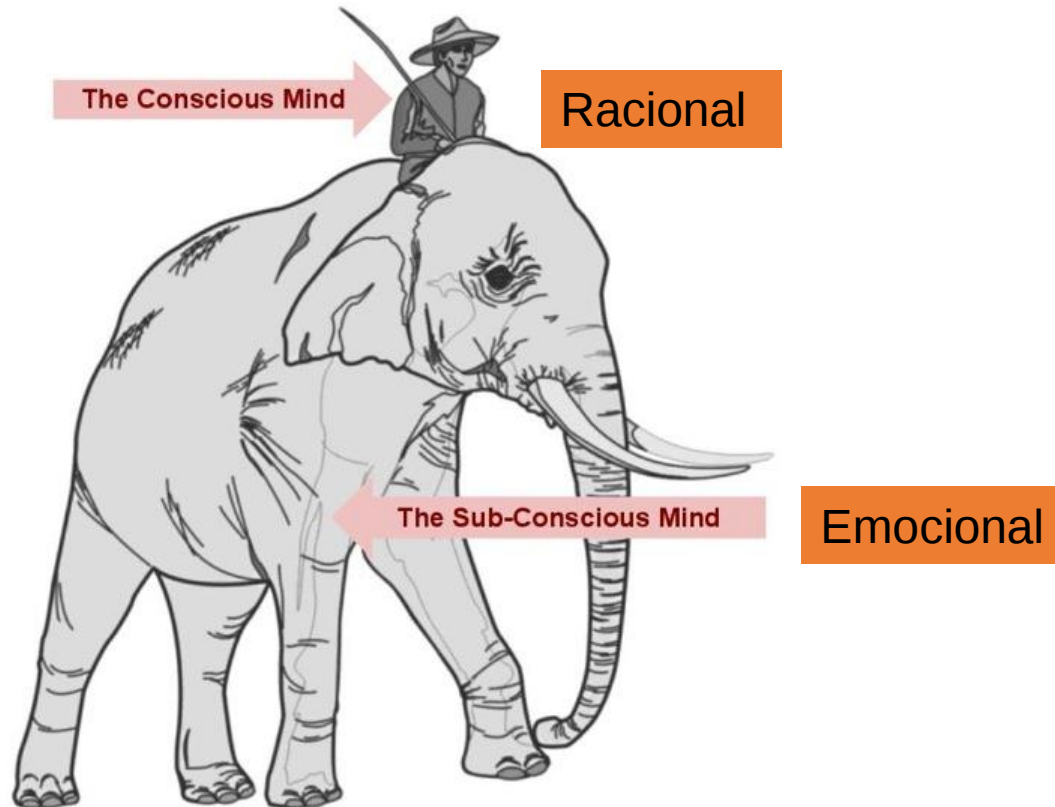
Temos que nos preparar para essa
farmacovigilância

Figura 8 - *Ranking* - Estratégias para prevenção de erros de medicação





Rota e caminho?





Manejo e uso seguro de medicamentos na COVID-19

Lições aprendidas durante a pandemia para o sistema de medicação em todos os níveis de atenção à saúde.

**VAGAS
LIMITADAS!**

Inscrições abertas!

Saiba mais. Acesse:
www.ismp-brasil.org

Realização:



Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos

Patrocínio:



SANOFI



Obrigado



ismp@ismp-brasil.org
mariobr@ismp-brasil.org



Instituto para Práticas
Seguras no Uso
de Medicamentos

Orgulho em promover a segurança do paciente.

www.ismp-brasil.org