



Sindicato Dos Laboratórios De Minas

»»»

INFOLAB

Ícone de uma mão apontando para cima.

Nº: 113 Data: 24/05/2017

Fale conosco: (31) 3213-2738 - Fax: (31) 3213-0814 secretaria@sindlab.org.br

www.sindlab.org.br

Erros de diagnóstico: um novo capítulo na ciência, política e prática da segurança do paciente

Hardeep Singh, MD, MPH

Perspectiva

Na área dos erros de diagnóstico, 2015 foi um ano de grande atividade. Para nós, que passamos vários anos tentando chamar atenção para a questão, foi muito gratificante ver a publicação, no mês de setembro, de um relatório do *Institute of Medicine* (IOM) sobre este tema complexo. (1) O IOM fez várias recomendações concretas para reduzir a ocorrência de erros de diagnóstico, concentrando-se não só nos profissionais individualmente, como também nos pacientes, nos sistemas de prestação do cuidado de saúde e nos serviços de diagnóstico, tais como laboratórios e serviços de patologia e radiologia. Além do relatório do IOM, tem aumentado a cobertura na mídia sobre os erros de diagnóstico, foram publicados artigos pioneiros em periódicos de peso (2,3) e foi lançada a *Coalition to Improve Diagnosis*, uma nova iniciativa sob os auspícios da *Society to Improve Diagnosis in Medicine*. (4) Apesar desses avanços louváveis, para assegurar que as reformas recomendadas cheguem a se concretizar, ainda precisaremos de vários anos de ações continuadas, como: dispensar tempo e oferecer reembolso adequados para o raciocínio diagnóstico, reformular os padrões relacionados à má prática médica, assegurar que as tecnologias apoiem o cuidado prestado ao paciente – em vez de dificultá-lo – e promover um ambiente de financiamento de pesquisa que permita acelerar a nossa compreensão sobre os erros de diagnóstico e as intervenções preventivas.

Embora existam evidências abundantes sobre o importante ônus causado pelos erros

de diagnóstico, a questão tem se mantido às margens das discussões sobre segurança do paciente. Há várias razões para isso. Em primeiro lugar, os erros de diagnóstico muitas vezes são confundidos com erros de rastreamento, prevenção e gestão e são ofuscados por outras questões contemporâneas, como a sobreutilização de procedimentos diagnósticos, a sobreutilização de exames complementares, a sobreutilização de procedimentos terapêuticos e os altos custos do cuidado de saúde. Em segundo lugar, o diagnóstico encontra-se justamente na intersecção da ciência com a arte na Medicina e exige que compreendamos como funciona a mente do médico. Existe uma tensão palpável entre, por um lado, deixar que um diagnóstico passe despercebido e, por outro, prescrever exames ou procedimentos desnecessários. As tentativas de identificar o equilíbrio certo entre os dois muitas vezes são dificultadas pelo fato de examinarmos essas questões apenas em retrospecto. Muitos fatores sistêmicos também afetam o raciocínio diagnóstico, e estamos só começando a compreender essa complexidade. Muitas vezes é difícil separar os sistemas dos fatores cognitivos que levam aos erros. Estes fatores tendem a ser os mais difíceis de compreender. Em terceiro lugar, não existe um método certo para se chegar a um diagnóstico definitivo, especialmente quando os sintomas do paciente e a fisiopatologia subjacente evoluem ao longo do tempo. Apesar desse fato bem conhecido, os médicos geralmente não se sentem confortáveis em expressar suas incertezas aos pacientes (ou em documentar sua ambivalência). O ajuste fino do uso de exames e procedimentos para chegarmos a resultados de saúde ideais, bem como a gestão mais cautelosa das incertezas são áreas difíceis, porém muito interessantes para o trabalho futuro.

Enquanto os pesquisadores se dedicam a enfrentar e, em última análise, resolver essas questões complexas, será um grande avanço se o relatório IOM promover uma maior abertura para a discussão e o aprendizado com os erros de diagnóstico, fomentando a formação de parcerias com os pacientes na busca de soluções. Sabe-se pouco sobre as melhores estratégias para se oferecer *feedback* sobre o desempenho diagnóstico aos médicos e aos sistemas de saúde. Em nosso trabalho, observamos que os médicos relutam em discutir os erros de diagnóstico e, muitas vezes, mostram-se defensivos no momento de falar sobre os seus processos de tomada de decisões, até mesmo em ambientes de pesquisa confidenciais. O progresso exigirá não só avanços na ciência, como também mudanças na cultura atual, que inibe a investigação dos fatos e o reconhecimento dos erros.

Vários desafios relacionados à medição e às definições também deverão ser abordados para que possamos avançar. Não podemos medir o que não conseguimos definir. A definição de erro de diagnóstico do IOM — "a incapacidade (a) de estabelecer uma explicação precisa e em tempo oportuno do(s) problema(s) de saúde do paciente ou (b) de comunicar essa explicação ao paciente" — favorece o pensamento conceitual. (1) Porém, sua operacionalização em ambientes clínicos reais será difícil.

Para permitir uma medição mais rigorosa, nós utilizamos uma definição pragmática de erro de diagnóstico, que explica a evolução do processo diagnóstico e outras dificuldades do mundo real descritas acima: oportunidades perdidas de fazer um diagnóstico correto e em tempo oportuno com base nas evidências disponíveis, independentemente de quaisquer danos causados ao paciente. (5) Essa descrição inclui diversos tipos de situações que se sobrepõem. Por exemplo, o diagnóstico pode passar completamente despercebido (câncer não detectado, apesar de sintomas alarmantes), pode estar errado (pacientes afirmam que têm um diagnóstico, mas, na verdade, as evidências apontam para outro) ou pode vir com atraso (um exame apresentou um resultado anormal sugestivo de câncer, mas ninguém revisou o resultado ou notificou o paciente). Se quisermos compreender como reduzir a ocorrência de danos evitáveis causados pelos erros de diagnóstico, é fundamental procurarmos evidências inequívocas de que algum resultado ou anormalidade fundamental passou despercebido ou não foi investigado quando deveria ter sido. Alguns especialistas criticam a prática de avaliar os erros em retrospecto, mas nós defendemos que a análise sistemática dos erros conhecidos é crucial para revelar as falhas em processos que colocam os pacientes em situações de risco. (6)

Embora já tenha havido algum progresso, precisamos de muito mais estudos para melhorar o diagnóstico no mundo real. Poucas instituições e clínicas estão estudando essa questão. Precisamos de dados para compreender e reduzir a ocorrência de erros, e esses dados não podem vir somente das poucas instituições que contribuíram até agora para a crescente base de evidências. Ao mesmo tempo, temos que expandir a comunidade de pesquisadores que trabalham com a ciência da medição. (7) Além de um maior financiamento federal para a pesquisa sobre os erros de diagnóstico, os próprios sistemas de saúde podem financiar integral ou parcialmente certos projetos de melhoria. Isto irá gerar benefícios aos sistemas e aos pacientes por eles atendidos. Por exemplo, o *Department of Veterans Affairs* tem implementado iniciativas bem-sucedidas nas quais os pesquisadores são apoiados e trabalham em estreita colaboração com diferentes partes envolvidas nas operações clínicas, lidando com questões de qualidade e segurança, incluindo aquelas ligadas ao diagnóstico. (8)

Os alvos das iniciativas de melhoria têm se tornado mais claros nos últimos anos. Além de melhorar a medição dos erros de diagnóstico, é preciso deixar claras as responsabilidades ligadas ao acompanhamento dos resultados clínicos anormais, identificar pacientes em risco para melhorar seu rastreamento ou seguimento, melhorar a comunicação e a relação médico-paciente e rastrear o acompanhamento de certos tipos de resultados anormais de alto risco (como as suspeitas de câncer). Para melhorar a medição (9), as equipes de segurança do paciente podem tirar proveito da grande quantidade de dados obtidos nas notificações de incidentes, queixas de pacientes, análises de causa raiz, revisões por pares e processos por má prática médica. Além disso, os líderes de instituições devem considerar o uso de

rastreadores eletrônicos (10,11) e a formação de profissionais locais dedicados a promover a causa e a motivar outros profissionais para que discutam e aprendam com os erros. (12) Um outro caminho para o trabalho futuro é a inclusão de práticas de menor dimensão que não possuem as infraestruturas tradicionais de melhoria de qualidade encontradas nos grandes sistemas. Por exemplo, com algum refinamento adicional, um único profissional poderia utilizar o instrumento *Safer Dx*, desenvolvido recentemente, para a identificação de erros de diagnóstico através da revisão de prontuários. (13)

Temos muitos desafios e oportunidades pela frente. Dentre eles, temos que encontrar maneiras de promover o trabalho em equipe no diagnóstico, melhorar a transparência do processo diagnóstico e evitar que os diferentes profissionais trabalhem isolados uns dos outros, incluindo os profissionais da linha de frente do trabalho clínico e as especialidades ligadas ao diagnóstico (como os profissionais de laboratório e radiologia). Intervenções voltadas ao paciente, como aplicativos, sistemas *online* para a consulta de uma segunda opinião, verificadores de sintomas e a colaboração coletiva para obter um diagnóstico são opções que surgem no horizonte. Embora pareçam alternativas interessantes, precisamos assegurar que essas intervenções sejam avaliadas rigorosamente. (14,15) O trabalho futuro também deverá encontrar maneiras de preservar a nossa capacidade de pensamento crítico, especialmente num ambiente repleto de tecnologias cada vez mais complexas e automatizadas. (16)

Apesar de todas essas inovações interessantes, um dos caminhos mais importantes para reduzir a ocorrência de erros consiste em preservar os fundamentos da prática clínica em meio às pressões de tempo e ao grande volume de dados eletrônicos aos quais somos expostos. Devemos trabalhar para garantir que os profissionais tenham o tempo e as habilidades de que precisam para manter uma boa comunicação com os pacientes, e uns com os outros, a fim de formular um diagnóstico correto. (17) A defesa desses elementos-chave provavelmente continuará a ser fundamental ao longo das próximas décadas para chegarmos a diagnósticos precisos e feitos em tempo oportuno.

Hardeep Singh, MD, MPH

Chefe do Programa de Políticas de Saúde, Qualidade e Informática
Veterans Affairs Center for Innovations in Quality, Effectiveness and Safety
Michael E. DeBakey Veterans Affairs Medical Center e Baylor College of Medicine,
Houston, Texas

Referências

1. Improving Diagnosis in Health Care. Committee on Diagnostic Error in Health Care. National Academies of Science, Engineering, and Medicine. Washington, DC: National Academies Press; 2015. [\[Disponível em\]](#)

2. Singh H, Graber ML. Improving diagnosis in health care—the next imperative for patient safety. *N Engl J Med*. 2015;373:2493-2495. [\[ir ao PubMed\]](#)
3. McGlynn EA, McDonald KM, Cassel CK. Measurement is essential for improving diagnosis and reducing diagnostic error: a report from the Institute of Medicine. *JAMA*. 2015;314:2501-2502. [\[ir ao PubMed\]](#)
4. Society to Improve Diagnosis in Medicine. [\[Disponível em\]](#)
5. Singh H. Editorial: Helping health care organizations to define diagnostic errors as missed opportunities in diagnosis. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2014;40:99-101. [\[ir ao PubMed\]](#)
6. Landro L. A medical detective story: why doctors make diagnostic errors. *Wall Street Journal*. 26 de setembro de 2015. [\[Disponível em\]](#)
7. In conversation with Hardeep Singh, MD, MPH [entrevista]. *AHRQ WebM&M* [série online]. Dezembro de 2013. [\[Disponível em\]](#)
8. Patient Safety Centers of Inquiry (PSCI). Washington, DC: VA National Center for Patient Safety, US Department of Veterans Affairs; 2015. [\[Disponível em\]](#)
9. Singh H, Sittig DF. Advancing the science of measurement of diagnostic errors in healthcare: the Safer Dx framework. *BMJ Qual Saf*. 2015;24:103-110. [\[ir ao PubMed\]](#)
10. Murphy DR, Wu L, Thomas EJ, Forjuoh SN, Meyer e Singh H. Electronic trigger-based intervention to reduce delays in diagnostic evaluation for cancer: a cluster randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2015;33:3560-3567. [\[ir ao PubMed\]](#)
11. Singh H, Giardina TD, Forjuoh SN, et al. Electronic health record-based surveillance of diagnostic errors in primary care. *BMJ Qual Saf*. 2012;22:93-100. [\[ir ao PubMed\]](#)
12. Okafor N, Payne VL, Chathampally Y, Miller S, Doshi P, Singh H. Using voluntary reports from physicians to learn from diagnostic errors in emergency medicine. *Emerg Med J*. 2015 3 de novembro. [\[ir ao PubMed\]](#)
13. Al-Mutairi A, Meyer e Thomas EJ, et al. Accuracy of the Safer Dx measurement instrument to identify diagnostic errors in primary care. *J Gen Intern Med*. [No prelo].
14. Semigran HL, Linder JA, Gidengil C, Mehrotra A. Evaluation of symptom checkers for self diagnosis and triage: audit study. *BMJ*. 2015;351:h3480. [\[ir ao PubMed\]](#)
15. Meyer e Longhurst CA, Singh H. Crowdsourcing diagnosis for patients with undiagnosed illnesses: an evaluation of CrowdMed. *J Med Internet Res*. [No prelo].
16. Upadhyay DK, Sittig DF, Singh H. Ebola US Patient Zero: lessons on misdiagnosis and effective use of electronic health record. *Diagnosis*. 2014;1:283-288. [\[Disponível em\]](#)
17. Singh H, Giardina TD, Meyer e Forjuoh SN, Reis MD, Thomas EJ. Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. *JAMA Intern Med*. 2013;173:418-425. [\[ir](#)

[ao PubMed\]](#)

Créditos

Publicado pela *AHRQ/PSNET* com o título

Diagnostic Errors: A New Chapter in Patient Safety Science, Policy, and Practice

Singh H. Diagnostic errors: a new chapter in patient safety science, policy, and practice [Perspective]. *AHRQ PSNet* [serial online]. Janeiro 2016. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/perspectives/perspective/188>.

©2016 *AHRQ/PSNET*

Este texto foi originalmente escrito em inglês. A *AHRQ/PSNET* permitiu a tradução deste artigo e cedeu os direitos de publicação ao Proqualis/Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, único responsável pela edição em português.

Erros de diagnóstico: um novo capítulo na ciência, política e prática da segurança do paciente

© Proqualis/Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, 2016

Coordenação Geral: Margareth Crisóstomo Portela

Revisão técnica: Carla Gouvea

Revisão gramatical/Copydesk: Infotags Desenvolvimento em Informática Ltda ME

Edição Executiva: Alessandra dos Santos e Miguel Papi

Tradução: Diego Alfaro

Atenciosamente,

Humberto Marques Tibúrcio

SindLab

Presidente

Eu fiz minha parte! ®