

O ERRO DIAGNÓSTICO

LEOPOLDO LUIZ DOS SANTOS NETO*

RESUMO

A pesar dos grandes avanços da Medicina, o erro diagnóstico ainda ocorre na prática médica. Os mecanismos envolvidos na sua gênese são múltiplos e complexos, e a sua magnitude é aferida através da realização de autópsias. Novas abordagens têm sido desenvolvidas na tentativa de reduzir a sua ocorrência. O emprego da informática, assim como o uso de consensos, roteiros, protocolos e programas de apoio decisórios, são realidades promissoras. Contudo, as técnicas tradicionais de anamnese e exame físico ainda são fundamentais no controle de aparecimento do erro diagnóstico, particularmente quando se valoriza a maior precisão dos achados semiológicos. A realização de autópsias e sessões anátomo-clínicas ainda possibilita a manutenção de aprendizado continuado sobre o controle do erro médico.

PALAVRAS-CHAVE

Erro diagnóstico, autópsias, desempenho.

Errar é um ato inerente à espécie humana e a prática médica não é exceção. Esse tipo de erro é chamado não-intencional, acidente imprevisível ou *infelicitati fati*. Ele deve ser diferenciado dos casos de imperícia, imprudência ou negligência. Eventualmente, o limite entre a imperícia e o erro não-intencional não é muito bem estabelecido.

O erro não intencional pode ocorrer durante o processo de elaboração diagnóstica ou na fase terapêutica. A etapa diagnóstica pode ser didaticamente dividida em 3 etapas: obtenção da história clínica, observação dos sinais do exame físico e análise dos exames comple-

mentares. A fase diagnóstica tem sido negligenciada na avaliação do tipo de erro não-intencional.

Será que é possível quantificar o erro não-intencional? Calcular a sua frequência tem sido uma tarefa complexa. Estudos baseados em auditoria de prontuários indicam que a taxa de erros, na etapa do diagnóstico, é de cerca de 3,7%, com um intervalo de confiança de 95% entre 3,2 a 4,2%¹. A análise das suas causas mostra que a participação do erro diagnóstico ou terapêutico, em paciente não-cirúrgico, pode chegar a 0,5% das altas². Esses achados sugerem que o fator determinante mais importante é



* Professor Adjunto de Clínica Médica, Universidade de Brasília, Caixa Postal 04438, 70919-970; e-mail: leoneto@uninet.com.br

a complexidade da doença ou do tratamento.

Mesmo em condições ideais de trabalho, têm sido detectadas incorreções na condução de alguns casos clínicos. A análise das autópsias mostra que o percentual de erro diagnóstico fica ao redor de 10%, resultado que vem se mantendo estável nas últimas décadas^{3,4}. Embolia pulmonar, infarto do miocárdio, neoplasias e infecções, são as condições patológicas que freqüentemente não têm sido diagnosticadas corretamente^{3,4}. No estudo de Goldman³, o erro esteve associado à implantação de algum novo método de diagnóstico por imagem (ultra-sonografia ou tomografia computadorizada).

Quais seriam as estratégias que deveriam ser adotadas, para minimizar esse tipo de erro? Uma das mais tradicionais e eficazes ainda continua a ser representada pela realização de autópsias. Esse procedimento é capaz de identificar e educar, através da correlação clínico-cirúrgica, todo o corpo médico de um hospital⁵. McPhee⁶ afirma que esse simples procedimento poderia ser o antídoto capaz de controlar o aparecimento do erro médico. A valorização das sessões anátomo-clínicas, implementadas por Richard Cabot, no início do século XX, surgiu após a análise minuciosa de 3.000 autópsias⁷. Esse autor concluiu que os erros diagnósticos são eventos muito comuns, mesmo para um clínico experiente, e assinalou que muitos desses erros poderiam ter sido evitados⁷.

Na atualidade, surgiu uma série de novas e promissoras técnicas, que poderão ajudar a controlar o aparecimento do erro médico. No

entanto, muitas dessas técnicas empregam metodologias que ainda não foram definitivamente validadas. Entre as muitas técnicas existentes, os consensos, os roteiros e os protocolos têm sido muito difundidos. O seu uso poderia auxiliar o médico no manuseio racional de diversas condições patológicas comuns⁸. Recentemente, Pestotnik e cols⁹ mostraram que o uso de protocolos eletrônicos possibilitou a redução significativa da taxa de uso incorreto de antibióticos, assim como dos seus efeitos colaterais. O emprego desse protocolo possibilitou, também, a redução no custo dos tratamentos com antibióticos⁹.

O desenvolvimento de programas de apoio diagnóstico possibilita ao clínico, de forma rápida e precisa, a geração dos principais diagnósticos diferenciais¹⁰. Outro grande avanço tem sido a possibilidade de acesso à extensa literatura médica existente, através da Internet¹¹ e do *Medline*¹². A possibilidade de uso imediato de informações essenciais, para o manuseio dos pacientes, pode resultar em uma melhora significativa na condução dos casos clínicos.

Apesar de todo o avanço tecnológico, o processo diagnóstico é completado principalmente através da anamnese (82,5%) e do exame físico (8,8%)¹³. Mesmo diante dessas cifras, que mostram a importância da anamnese, pode-se também inferir que há ainda necessidade de um aperfeiçoamento na metodologia de obtenção da história clínica. Uma das possibilidades é o uso de prontuários orientados para problemas¹⁴; outra, o uso de registro médico eletrônico portátil, na coleta dos dados¹⁵. A etiologia do erro atribuído ao exame físico

depende tanto do tipo do achado como do observador em questão, produzindo variabilidade intra-observador e inter-observador¹⁶. A redução dessa variabilidade pode ser conseguida com o emprego de uma metodologia que valorize mais a precisão e a exatidão dos achados clínicos. O médico deve desenvolver estratégias que visem a prevenir ou minimizar a discordância clínica originada durante a coleta dos dados da anamnese e do exame físico¹⁷.

O uso criterioso e racional de todos os métodos, novos e antigos, que facilitem a redução do erro não-intencional, serão auxiliares valiosos na prática profissional do médico. O seu emprego poderá concorrer, de maneira decisiva, para a melhora da qualidade de atendimento. Contudo, como disse Feinstein,¹⁸ "para avançar na arte e na ciência do exame clínico, o único instrumento que o médico necessita aprimorar é ele próprio".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brennam TA, Leape LL, Laird NM, Hebert LH et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324:370-376.
2. Leape LL, Brennam TA, Laird N, Lawthers AG et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. The results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991; 324:377-384.
3. Goldman L, Sayson R, Robbins S, Cohn LH et al. The value of the autopsy in three medical eras. *N Engl J Med* 1983; 308:1000-1005.
4. Kirch W, Schaffii C. Misdiagnosis at a University Hospital in 4 medical eras. *Medicine* 1996; 75:29-40.

5. Charlto R. Autopsy and medical education: a review. *J. Royal Soc. Medicine* 1994; 87:232-236.
6. Mcphee SJ. The autopsy: an antidote to misdiagnosis. *Medicine* 1996; 75:41-43.
7. Cabot R. Diagnostic pitfalls identified during a study of 3000 autopsies. *JAMA* 1912; 59:2295-2298.
8. Walker RD, Howard MW, Lambert D, Suchnsky R. Medical practice guidelines. *W J Med* 1994; 161:39-44.
9. Pestotnik SL, Classen DC, Evans S, Burke JP. Implementing antibiotic practice guidelines through computer-assisted decision support: clinical and financial outcomes. *Ann Intern Med* 1996; 124:884-890.
10. Bernerns ES, Webster GD, Shurman AA, Jackson JR. Performance of four computer-based diagnostic system. *N Engl J Med* 1994; 330:1792-1796.
11. Glowniak JV. Medical resources on the Internet. *Ann Intern Med* 1995; 123:123-131.
12. Lindberg DAB, Siegel ER, Rapp BA et al. Use of Medline by physicians for clinical problem solving. *JAMA* 1995; 269:3124-3129.
13. Hampton JR, Harrison MJG, Mitchell JRA, Prichard J, Seymour C. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *British Med J* 1975; 2:486-489.
14. Weed L. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med* 1968; 278:593-600.
15. <http://www.physix.com>
16. Sackett DL. Uma "cartilha" sobre precisão e exatidão do exame clínico. *Suplemento JAMA* 1993; 3:523-532.
17. Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. The clinical examination. In: Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P (Ed). *Clinical epidemiology: a basic science for clinical medicine*. Boston, Little, Brown and Company, 1985:17-45.
18. Feinstein AR. Scientific methodology in clinical medicine. IV. Acquisition of clinical data. *Ann Intern Med* 1964; 61:1162-1166.

bsbm

brasíliamedica

Symmary

DIAGNOSTIC ERROR

LEOPOLDOLUIZDOSSANTOSNETO

In spite of great advances in Medicine, diagnostic errors continue to appear in clinical practice. The mechanisms at the root of this problem are multiple and complex, and can be identified and quantified by means of autopsies. New methods have been developed to control these errors. The use of computers, with

programs such as decision support programs, as well as guidebooks, protocols, and consensus procedures, are promising developments. Nevertheless, traditional techniques of anamnesis and physical examination are still fundamental in preventing diagnostic error, especially when semiotic find-

ings are made with care and precision. Autopsies and clinical pathological sessions are still useful in the maintenance of this skill and in the control of diagnostic error.

KEY WORDS

Diagnostic error, autopsies, performance.