

Exames laboratoriais e erros diagnósticos

Wilson Shcolnik

Diretor de acreditação e Qualidade da SBPC/ML (biênio 2016/2017), presidente eleito da SBPC//ML para o biênio 2018/2019

O sistema de saúde está cada vez mais dependente de serviços laboratoriais confiáveis. Atualmente, estima-se que o laboratório clínico contribua com cerca de 70% dos dados utilizados pelos médicos para suas decisões, representando entre 1,4% e 2,3% dos gastos totais do sistema de saúde (Forsman 1996 ; Rohr et al 2016 ; Lippi, Mattiuzzi 2013).

A missão do laboratório clínico, sob uma ótica tradicional, é “fornecer resultados de exames precisos, em tempo hábil a baixo custo”. Segundo Epner (2013), entretanto, isso hoje é insuficiente e, considerando os recursos laboratoriais disponíveis, propôs a missão de “propiciar um diagnóstico rápido e eficiente, a seleção de tratamentos apropriados e o monitoramento efetivo das condições de saúde”.

O relatório “Melhorando o Diagnóstico na Assistência à Saúde” (*Improving Diagnosis in Health Care*), publicado em 2015 pelo Instituto de Medicina (IOM), dos Estados Unidos, representou uma sequência da série sobre o “Abismo da Qualidade” (*Quality Chasm*), abordando um tema que envolve o laboratório clínico e recebeu pouca atenção até então, mas que representa um aspecto crítico da assistência à saúde. Nele, o paciente foi colocado no centro da solução do erro diagnóstico, sendo esse definido como “falha no estabelecimento de uma explicação precisa e em tempo hábil sobre o problema de saúde do paciente ou na comunicação dessa explicação ao mesmo”.

Outra definição considera que o erro diagnóstico ocorre quando “um diagnóstico não é realizado, inapropriadamente atrasado ou errado, conforme julgamento por apreciação de informação definitiva”.

Segundo o relatório do IOM, os adultos norte-americanos experimentarão ao menos um erro diagnóstico ao longo de sua vida, algumas vezes com consequências devastadoras. Estimativas conservadoras apontam que 5% dos adultos que buscam assistência ambulatorial naquele país experimentarão um erro diagnóstico, a metade com possibilidade de danos. Estudos *post-mortem* realizados ao longo de décadas revelaram que os erros diagnósticos contribuíram para aproximadamente 10% das mortes.

A revisão de prontuários médicos sugere que os erros diagnósticos contribuem para 6% a 17% dos eventos adversos ocorridos em pacientes hospitalizados, sendo a principal causa de indenização em ações judiciais por má prática.

Schiff et al (2017), entretanto, questionaram se esses números poderiam ser replicados para outros países, já que nos Estados Unidos, ao contrário de muitos países, o sistema de saúde é mais integrado, há acesso a prontuários eletrônicos, o que contribui para a definição de diagnósticos.

Uma pesquisa realizada em 2017 nos Estados Unidos revelou que 21 % dos adultos entrevistados relataram experiência pessoal com erro médico, culminando frequentemente com impactos emocionais, físicos, financeiros e nas relações familiares dos pacientes. O atendimento ambulatorial foi apontado como o ambiente mais frequente, e erros relacionados ao diagnóstico e comunicação entre provedores e pacientes foram os mais comuns entre os entrevistados que relataram tal experiência. Problemas não diagnosticados,

diagnósticos incorretos ou atrasados foram relatados por 59% dos entrevistados que apontaram erros médicos (NORC at the University of Chicago and IHI/NPSF Lucian Leape Institute 2017)

Os danos a pacientes decorrentes de eventos adversos podem se manifestar diretamente, com a necessidade de tratamentos adicionais, realização de mais exames, reinternações hospitalares ou prolongamento da hospitalização, impactando economicamente no sistema de saúde.

Segundo Epner et al (2013), erros diagnósticos relacionados a exames laboratoriais podem ocorrer quando:

- Um exame inapropriado é solicitado.
 - Um exame apropriado não é solicitado.
 - Um resultado de exames apropriado é mal utilizado.
 - Um exame apropriado é solicitado mas uma demora ocorre no processo laboratorial.
 - Um resultado de exame apropriadamente solicitado está errado (é inexato).
- Singh et al estudaram erros diagnósticos na assistência primária e verificaram que muitas condições comuns não foram diagnosticadas, devido à falhas nos processos relacionados a seguimento de resultados de exames diagnósticos (14,7%) e à interpretação de exames (13,6%) dos casos.

Cinco dimensões do processo diagnóstico foram descritas por Singh (2013): i) consulta clínica (anamnese, exame físico, solicitação de exames, encaminhamento a especialistas); ii) desempenho e interpretação de exames diagnósticos; iii) monitoramento e rastreamento de informações diagnósticas (ex. resultados alterados de exames) ao longo do tempo; iv) pareceres e comunicação como especialistas; v) aderência e engajamento de pacientes.

As oito recomendações descritas no relatório “Melhorando o Diagnóstico na Assistência à Saúde” constam do quadro a seguir e se relacionam com a atividade laboratorial.

1. Facilitar um trabalho em equipe mais efetivo entre os profissionais que atuam no processo diagnóstico, pacientes e familiares.
2. Estimular a educação e treinamento de profissionais de saúde no processo diagnóstico.
3. Assegurar que a tecnologia da informação auxilie pacientes e profissionais de saúde no processo diagnóstico.
4. Desenvolver e implementar abordagem para identificar, aprender e reduzir erros diagnósticos e *near misses* na prática clínica.
5. Estabelecer uma cultura e sistemas de trabalho que auxiliem o processo e a melhoria do desempenho diagnóstico.
6. Desenvolver um ambiente de reporte e responsabilidade médica que facilite a melhoria do diagnóstico, por meio de aprendizado obtido com erros diagnósticos e *near misses*.
7. Definir um ambiente de pagamento e entrega de assistência que suporte o processo diagnóstico.
8. Oferecer financiamento para pesquisa sobre o processo e os erros diagnósticos.

Existe grande oportunidade de cooperação de patologistas clínicos e profissionais de laboratório na fase do processo laboratorial denominada “pré-analítica”, a qual envolve a seleção e a solicitação dos exames pelos médicos

assistentes. Essa fase é considerada como ponto de fragilidade no processo de trabalho, por conta do grande número e variabilidade dos exames disponíveis, tornando difícil a escolha apropriada dos exames por um médico generalista, o que acaba colocando em risco a definição de um diagnóstico.

Já na fase pós-analítica, deve haver possibilidade de diálogo entre o médico solicitante e o patologista clínico, a quem cabe sugerir a realização de novos exames, na dependência do contexto clínico; realizar considerações sobre possibilidades diagnósticas, considerando resultados de exames obtidos; avaliar benefícios e danos relacionados à realização de novos exames e tratamentos, com base nas informações obtidas nos resultados. Fatores que contribuem para falhas nessa fase incluem: interpretação incorreta de exames e falha na orientação dos médicos assistentes para agirem sobre resultados de exames - por exemplo: solicitação de exames de *follow-up* ou ação terapêutica consistente com os resultados obtidos. (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2015.).

O relatório do IOM considerou que o sistema de trabalho e a cultura existentes na assistência à saúde não favorecem o processo de diagnóstico, que é tido como resultante de um esforço colaborativo e envolve cooperação entre membros de uma mesma equipe e entre diferentes profissionais, podendo ocorrer em consequência de erro humano ou de erro sistêmico. O papel importante e crescente de radiologistas e patologistas clínicos como membros da equipe diagnóstica é enfatizado no relatório, que repete a recomendação, já registrada em relatórios anteriores, de desenvolvimento de uma cultura organizacional que valorize a discussão e o *feedback* do desempenho diagnóstico.

O valor dos serviços laboratoriais, conforme já descrito por Plebani (2002), está diretamente relacionado à sua contribuição para os desfechos da assistência à saúde, e esse deve ser um objetivo a ser perseguido permanentemente por profissionais de laboratório.

BOX

Leituras recomendadas

Forsman RW. Why is the laboratory an afterthought for managed care organization? *Clin Chem*. 1996;42:813-6.

Rohr UP, Binder C, Dieterle T, Giusti F, Messina CG, Toerien E, et al. The value of in vitro diagnostic testing in medical practice: a status report. *PLoS One* 2016;11:e0149856.

Epner, Paul, "Impact of Laboratory Services on Diagnostic Errors," ThinkLab '11. 2013. Disponível em http://seeding-knowledge.com/2013/images/lectures/7-KSA-Improving_patient_Outcomes_PE.pdf

Lippi G, Mattiuzzi C. Testing volume is not synonymous of cost, value and efficacy in laboratory diagnostics. *Clin Chem Lab Med* 2013;51:243–5.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2015. Improving diagnosis in health care. Washington, DC: The National Academies Press.

Epner PL, Gans JE, Graber ML. When diagnostic testing leads to harm: a new outcomes-based approach for laboratory medicine. *BMJ Qual Saf* 2013;22:ii6–ii10. doi:10.1136/bmjqs-2012-001621

NORC at the University of Chicago and IHI/NPSF Lucian Leape Institute. (2017). *Americans' Experiences with Medical Errors and Views on Patient Safety*. CHICAGO, IL.

Singh H, Schiff GD, Graber ML, Onakpoya I, Thompson MJ. The global burden of diagnostic errors in primary care. *BMJ Qual Saf* 2017;26:484–494. doi:10.1136

M. Plebani, Charting the course of medical laboratories in a changing environment, *Clin. Chim. Acta* 319 (2002) 87–100, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11955484>.

Singh H, Giardina TD, Meyer AN, et al. Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. *JAMA Intern Med* 2013;173:418–25.