

O ERRO EM MEDICINA



MEDICINA 4

Director: Prof. Doutor José Delgado Alves

**Ana Monteiro
Isabel Ferreira
Marisa Neves**

3 de Fevereiro de 2011

O ERRO EM MEDICINA

- **INTRODUÇÃO**
- **EPIDEMIOLOGIA DO ERRO**
- **CAUSAS E MECANISMOS DOS ERROS EM MEDICINA**
- **TIPOS DE PRÁTICA MÉDICA**
- **DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA ELECTRÓNICA**
- **PREVENÇÃO PRIMÁRIA DO ERRO EM MEDICINA**
- **CONCLUSÃO**

INTRODUÇÃO - I



Henry Fuseli, *The nightmare*, 1782

INTRODUÇÃO - II

NÃO SABEMOS LIDAR COM O ERRO:

1- MITO DA PERFEIÇÃO MÉDICA

“ Os erros ocultam-se nas teorias mais consagradas”
Karl Popper

2- ERRO ENTENDIDO COMO NEGLIGÊNCIA / FALTA DE CARÁCTER

3- IMPACTO PESSOAL E PROFISSIONAL

4- VIVÊNCIA EM SOLIDÃO

5- CENSURA EXPLÍCITA/ OCULTA DA SOCIEDADE E DOS PARES



INTRODUÇÃO - III

Em Portugal:

1. **SOCIALIZAÇÃO PARA O CONFORMISMO**
2. **CULTURA DE ANÁLISE DO ERRO CULPABILIZAÇÃO**
3. **REGISTO E DIVULGAÇÃO PÚBLICA DO ERRO INEXISTENTES**



INTRODUÇÃO - IV

PROMOÇÃO DE UMA CULTURA DE SEGURANÇA



"Patients will suffer injuries from care until someone decides otherwise."

Donald Berwick

INTRODUÇÃO - V

PROMOÇÃO DE UMA CULTURA DE SEGURANÇA



Until you change your grip, you will continue to slice the golf ball

EPIDEMIOLOGIA DO ERRO - I

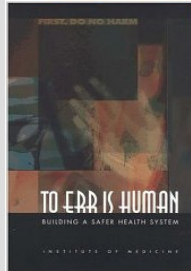
- **California Medical Insurance Feasibility Study (1974)**
 - 20,864 admissões hospitalares
 - 4.65 erros por 100 hospitalizações
- **Harvard Medical Practice Study I e II (NEJM, 1991)**
 - 30,121 admissões hospitalares em New York
 - 3.7% das admissões com erro médico

EPIDEMIOLOGIA DO ERRO - II

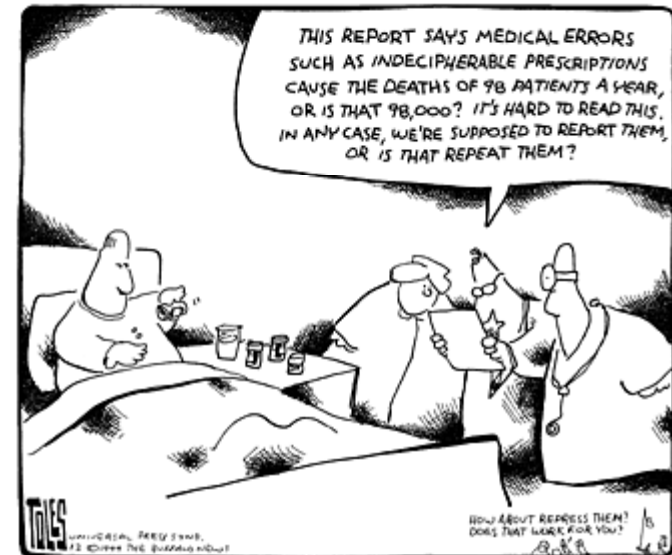
- **Quality in Australian Health Care Study (1995)**
 - 14,179 admissões hospitalares
 - 16.6% das admissões com erro médico:
 - Incapacidade permanente: 13.7%
 - Morte: 4.9%
 - 51% dos erros preveníveis

EPIDEMIOLOGIA DO ERRO - III

IOM- *To Err is Human* (2000)

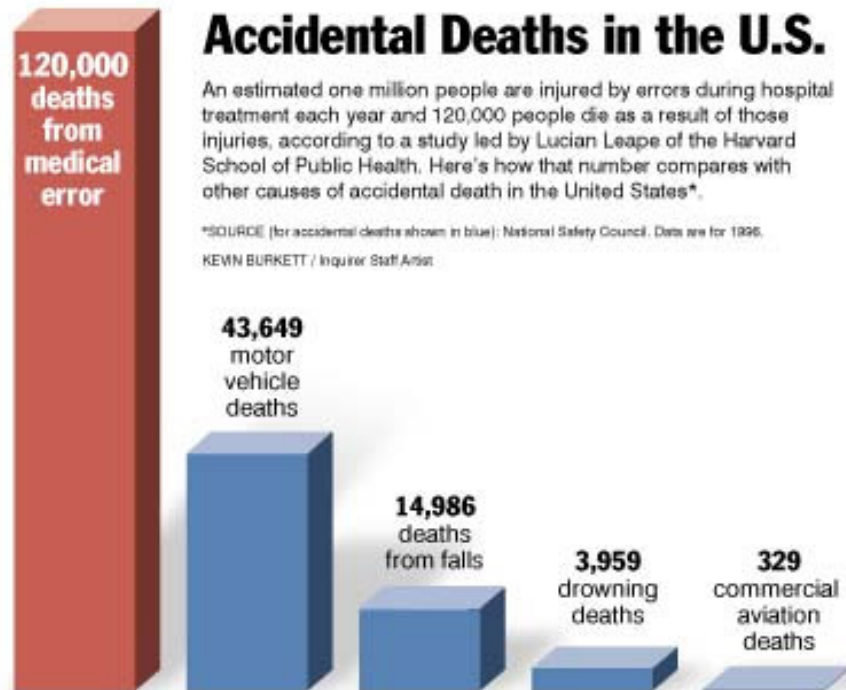


- Estima 44,000 a 98,000 mortes/ano devido a erro médico
- Documento chave na investigação do erro médico



TOLES©1999 The Buffalo News. Reprinted with permission of UNIVERSAL PRESS SYNDICATE. All rights reserved.

EPIDEMIOLOGIA DO ERRO - IV



EPIDEMIOLOGIA DO ERRO - V

- Em Portugal...um deserto...mas...

“ Inspeção sobre monitorização do erro médico e acções judiciais com pedido de indemnização por deficiente assistência” – relatório IGAS nº 248/2008

Universo: 68 hospitais

- **Especialidades mais visadas:** Obst. / Ortop./ Cir. Geral/ Ginec. / Oftalm. / Medicina Interna
- **Seguros de responsabilidade profissional do estabelecimento:** 7,8%;
- **Sistemas de gestão de risco e segurança do doente sem protocolos assinados:** 53,13 %;
- **Sistemas informatizados de alerta e prevenção de riscos:** 26,56 %



Sebastião Salgado

CAUSAS E MECANISMOS DE ERRO

1. Definição de conceitos

ERRO: “ qualquer situação em que uma sequência planeada de actividades mentais ou físicas não atinge o fim proposto e quando essa falha não pode ser atribuída ao acaso e implica a existência, não de um gesto automático, mas de um plano” Reason (1990)

VIOLAÇÃO: implica uma escolha deliberada de um comportamento que não é o standard e que viola as regras normais de actuação; pode ser cometida de forma intencional ou não; não implica necessariamente dolo

NEGLIGÊNCIA – é qualquer atitude que assente na violação de regras estabelecidas como aceitáveis e desejáveis

CAUSAS E MECANISMOS DE ERRO

2. Classificação do erro

CLASSIFICAÇÃO DO ERRO:

- LAPSOS OU ERROS DE DESTREZA
- ERROS POR MÁ APLICAÇÃO DE REGRAS
- ENGANOS POR MÁ UTILIZAÇÃO DO CONHECIMENTO OU POR MÁ DELIBERAÇÃO

OUTRAS CLASSIFICAÇÕES:

Quanto à preventabilidade;

- PREVENÍVEIS
- POTENCIALMENTE PREVENÍVEIS
- NÃO PREVENÍVEIS

Quanto à fase do processo clínico:

- ERROS DE DIAGNÓSTICO
- ERROS DE TRATAMENTO
- ERROS PREVENTIVOS

CAUSAS E MECANISMOS DE ERRO

2. Classificação do erro

LAPSOS OU ERROS DE DESTREZA

- Resultam de distrações momentâneas que fazem com que a acção planeada não seja realizada, ou seja, uma acção diferente da pretendida e isto por falhas de atenção;
- Mais frequentes em pessoas mais experientes por défice de observância de regras

LAPSOS

FALHAS DE ATENÇÃO

Repetição de actos habituais
Omissões após uma interrupção
Interferências
Confusão da percepção
Quebras na intenção

EXCESSO DE ATENÇÃO

Omissões
Repetição

CAUSAS E MECANISMOS DE ERRO

2. Classificação do erro

ERROS POR MÁ APLICAÇÃO DE REGRAS

MÁ APLICAÇÃO DE REGRAS BOAS

Excesso de informação
Força da regra
Generalidade e adequação
Rigidez na aplicação

MÁ APLICAÇÃO DE REGRAS MÁS

**Regra mal concebida desadequada
ao caso**
Regra mal aplicada

CAUSAS E MECANISMOS DE ERRO

2. Classificação do erro

**ENGANOS POR MÁ UTILIZAÇÃO DO CONHECIMENTO
OU POR MÁ DELIBERAÇÃO**

CAUSAS E MECANISMOS DE ERRO

2. Classificação do erro

Outras formas de classificação do erro

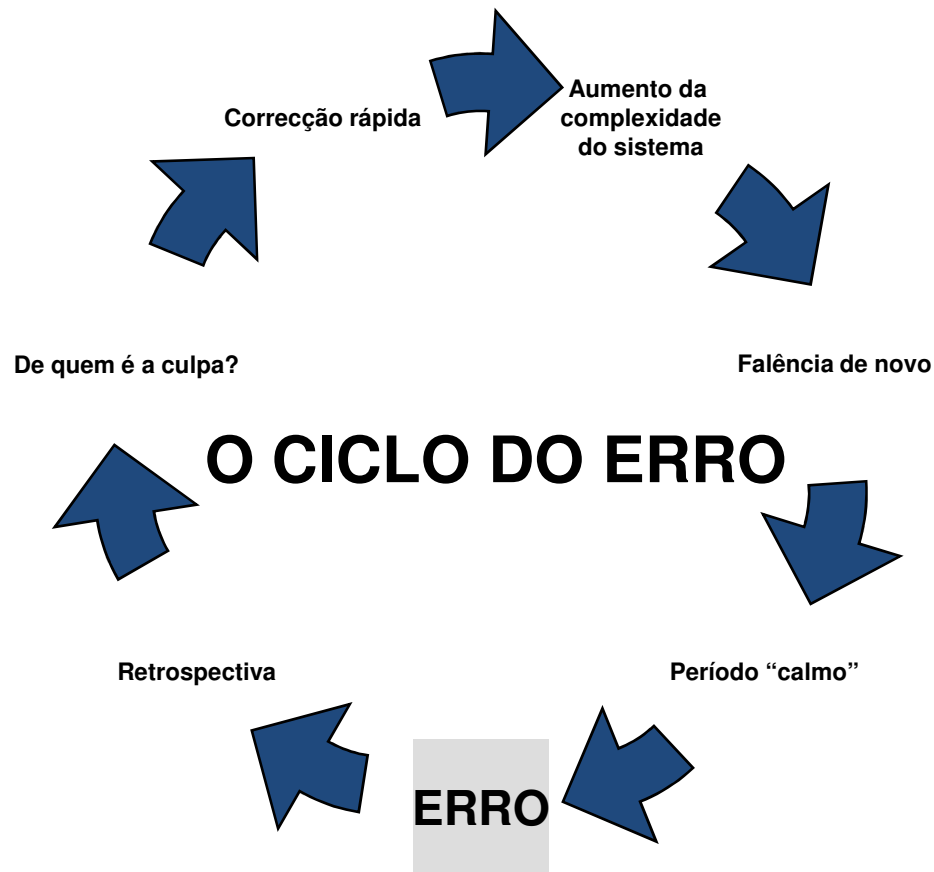
PREVENÍVEIS: 70%
POTENCIALMENTE PREVENÍVEIS: 6%
NÃO PREVENÍVEIS: 24%

DE DIAGNÓSTICO : 14%
DE TRATAMENTO: 54%
DE PREVENÇÃO: 11 %

Fonte: Leape, 1994

CAUSAS E MECANISMOS DE ERRO

3. O ciclo do erro



"When critical incidents do occur...human error will almost always be indicted as a major cause of any bad outcome."

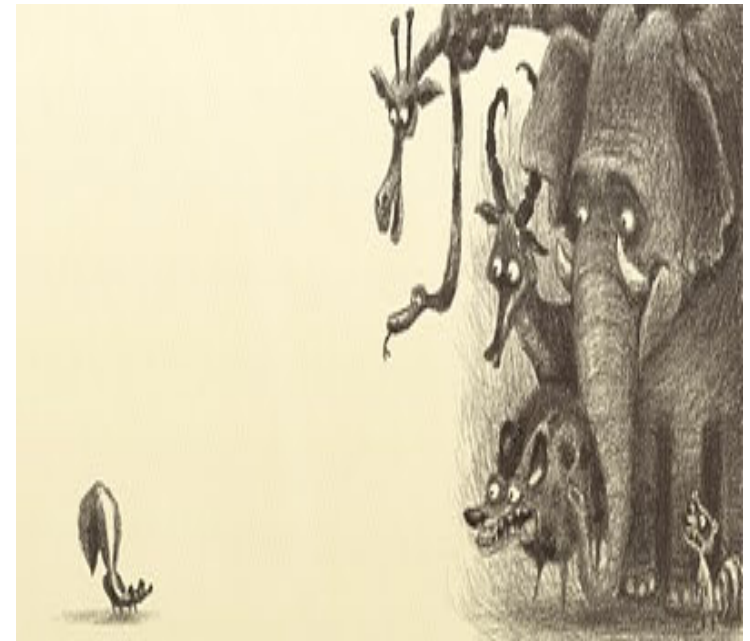
Cook and Woods, 1994

CAUSAS E MECANISMOS DE ERRO

EXEMPLO: internos

Causas de erro apontadas:

- 1) Distracções (múltiplas chamadas)
- 2) Prescrições orais e escritas
- 3) Processos dos doentes incompletos
(“computerized sign-out system” do Brigham and Women’s Hospital)
- 4) Privação de sono / jornadas de trabalho contínuo
- 5) Medo de reportar erros – No, No, No.../
Reuniões M&M
- 6) Pouco treino e supervisão nos procedimentos invasivos



TIPOS DE PRÁTICA MÉDICA

Medicina Positiva

Medicina Defensiva

Medicina Preventiva

Medicina Negativa

Morrison, 1994

MEDICINA POSITIVA



"Off hand, I'd say you're suffering from an arrow through your head, but just to play it safe, I'm ordering a bunch of tests."

- **Investigação diagnóstica exaustiva**
- **Medo de errar**
- **Falta de tempo**
- **Doente/ familiar apelativo**
- **O médico sente-se obrigado a intervir**

MEDICINA DEFENSIVA

- Quando o médico quer proteger-se do doente.
- Medo do litígio.
- Crença de que a vida não deveria ter riscos (limiar inferior para intervenção diagnóstica ou terapêutica). Culpabilização do médico quando o desfecho não é o desejado.
- ‘Evitação’ da parte do médico em realizar procedimentos de maior risco (ex: parto eutócico vs cesariana).

MEDICINA PREVENTIVA



- A prevenção é melhor que a cura.
- Pretende proteger, promover e manter a saúde, mas não anula o risco de ter doença.

MEDICINA NEGATIVA

- Protege o doente e o médico do excesso de zelo.
- Prejudicada pelo elevado *ratio* de publicações científicas com resultados positivos em relação às que tiveram resultados negativos.
- Requer maior disponibilidade e boa comunicação.
- O médico assegura a possibilidade de reavaliar se surgirem alterações de novo.
- Associada a maior satisfação e menor custo.

REDUZ IATROGENIAS !!!

IATROGENIA

- Risco consciente
- Complicações inesperadas
- Erro médico
- Excesso de zelo
- Iatrogenia electrónica (“e-iatrogenesis”)
 - Erros e omissões
 - Erros “tradicionais” e erros não verificados em contexto não electrónico
(ex.: programa electrónico que pretende ajudar no diagnóstico pode induzir erro de tipo 1 – o diagnóstico não está presente – ou de tipo 2 – a doença não foi diagnosticada)

DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA ELECTRÓNICA

- **Sistemas Básicos**

- Dados demográficos, resultados laboratoriais e imagiológicos;
- Notas clínicas, prescrição médica;
- Alertas para interacções medicamentosas, reacções alérgicas e erros.

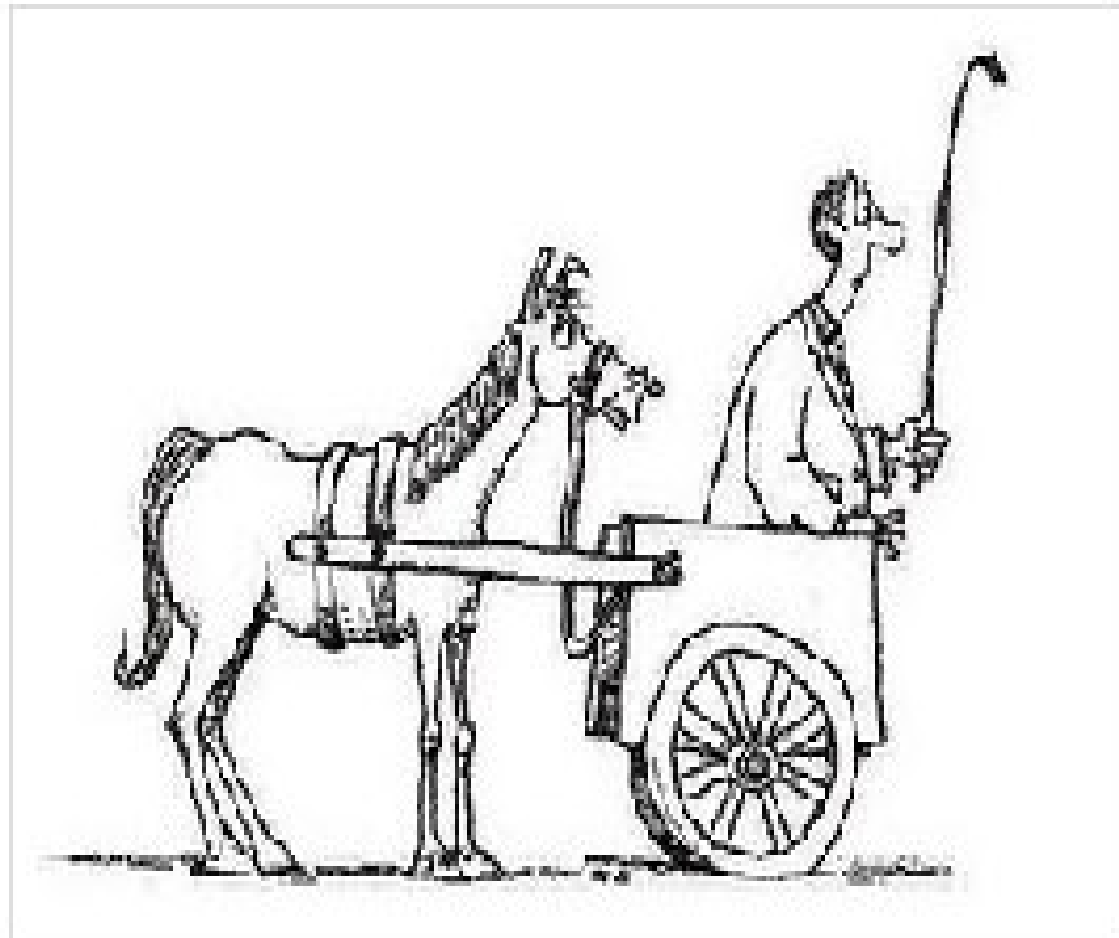
- **Sistemas Abrangentes**

- Acrescentam requisição de exames laboratoriais e actos de enfermagem;
- Auxiliam na decisão clínica.

PRESCRIÇÃO ELECTRÓNICA

- ***“Computerized physician order entry systems” (CPOE)***
 - Pretendem evitar erros relacionados com a prescrição e administração de fármacos
 - Diminuem o risco relativo de efeitos adversos e interacções medicamentosas
 - Mas podem originar novos tipos de erro
(ex.: descontinuidade entre sistemas de informação pode fazer a medicação prescrita ser automaticamente cancelada; os médicos ficam tentados a confiar em prescrições anteriores)

RISCOS DA DOCUMENTAÇÃO ELECTRÓNICA



Something's very wrong here...

RISCOS DA DOCUMENTAÇÃO ELECTRÓNICA

- Durante a implementação inicial:
 - Treino inadequado dos utilizadores pode originar erros.
 - “Bugs” e falhas do sistema podem impedir o acesso a informação essencial.
 - Transição do papel para registo electrónico pode criar falhas na documentação.

RISCOS DA DOCUMENTAÇÃO ELECTRÓNICA

- Após implementada:
 - Tentação de fazer “copy and paste” – perpetuação do erro, dificuldade em detectar informação nova
 - Excesso de informação pode levar à perda de informação importante
 - Apoio na decisão clínica pode conduzir a diagnóstico ou decisão de tratamento erróneos
 - Pegada electrónica

RISCOS DA DOCUMENTAÇÃO ELECTRÓNICA

- À medida que os sistemas de documentação electrónica se disseminam:
 - Melhor acesso à informação clínica pode criar dever legal em actuar.
 - Uso disseminado de auxiliares da decisão clínica pode solidificar práticas que deveriam ser debatidas.
 - Uma decisão oposta à recomendada pelo sistema electrónico pode constituir evidência de negligência.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

“Good Medical Practice requires a high level of professional knowledge, personal dedication, the ability to communicate, and – most of all – the ability to make time. It also demands a difficult balance between self-confidence and self-questioning. Too much of the former leads to arrogance, too much of the latter to indecision...”



(David Black, Oxford Press)

PREVENÇÃO DO ERRO EM MEDICINA



PREVENÇÃO PRIMÁRIA

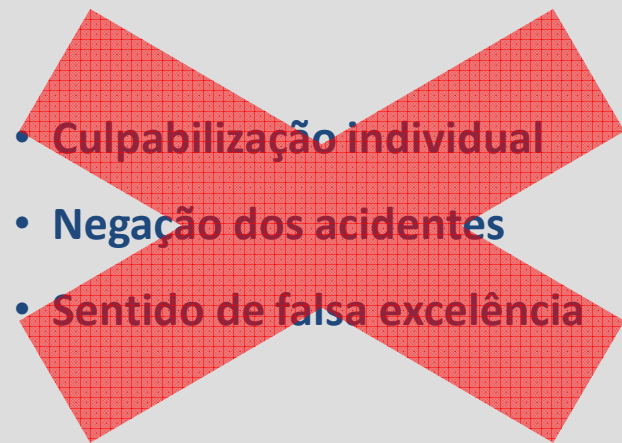
- **Desenho de circuitos de e sistemas seguros de operação**
 - Simples
 - Claros
 - Alarmes: detecção de “near misses”
 - Defesas
- **Cultura de declaração voluntária de eventos adversos**
- **Sistema de eventos de declaração obrigatória**
- **Realização de auditorias clínicas**



PREVENÇÃO PRIMÁRIA

Organizações seguras

- Flexibilidade para identificar trajectórais de risco e actuar proactivamente
- Motivação para gestão do risco
- Competência técnica
- Consciência do risco

- 
- Culpabilização individual
 - Negação dos acidentes
 - Sentido de falsa excelência

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

Declaração de eventos adversos

- Ênfase no sistema e não no indivíduo
- Responsabilização vs culpabilização
- Autoparticipação
- Simplificação do sistema de relato

签证申请表

1. 中文姓名 Nome em Chinês		2. 曾用名 Nome anterior		照片 Fotografia
3. 外文姓名 Nome Sobrenome		3. 性别 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> Sexo M F		
5. 出生日期 年 月 日 Data de nascimento Ano Mês Dia		6. 出生地 Local de nascimento		
7. 国籍 Nacionalidade		8. 曾有过国籍 Nacionalidade anterior (se tiver)		
9. 职业及工作单位 Profissão e local de trabalho				
10. 家庭住址及电话 Endereço residencial e Nº de telefone				
11. 护照种类 外交 <input type="checkbox"/> 公务(官员) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/> Tipo de passaporte: Diplomático De serviço(Oficial) Comum Outros 号码 有效期至 发照机关 Número Válido até Emitido por				
12. 申请赴中国事由及前往地点 Objectivo de viagem e locais previstos para visitar na China				
13. 邀请单位名称或邀请人姓名、地址、电话				

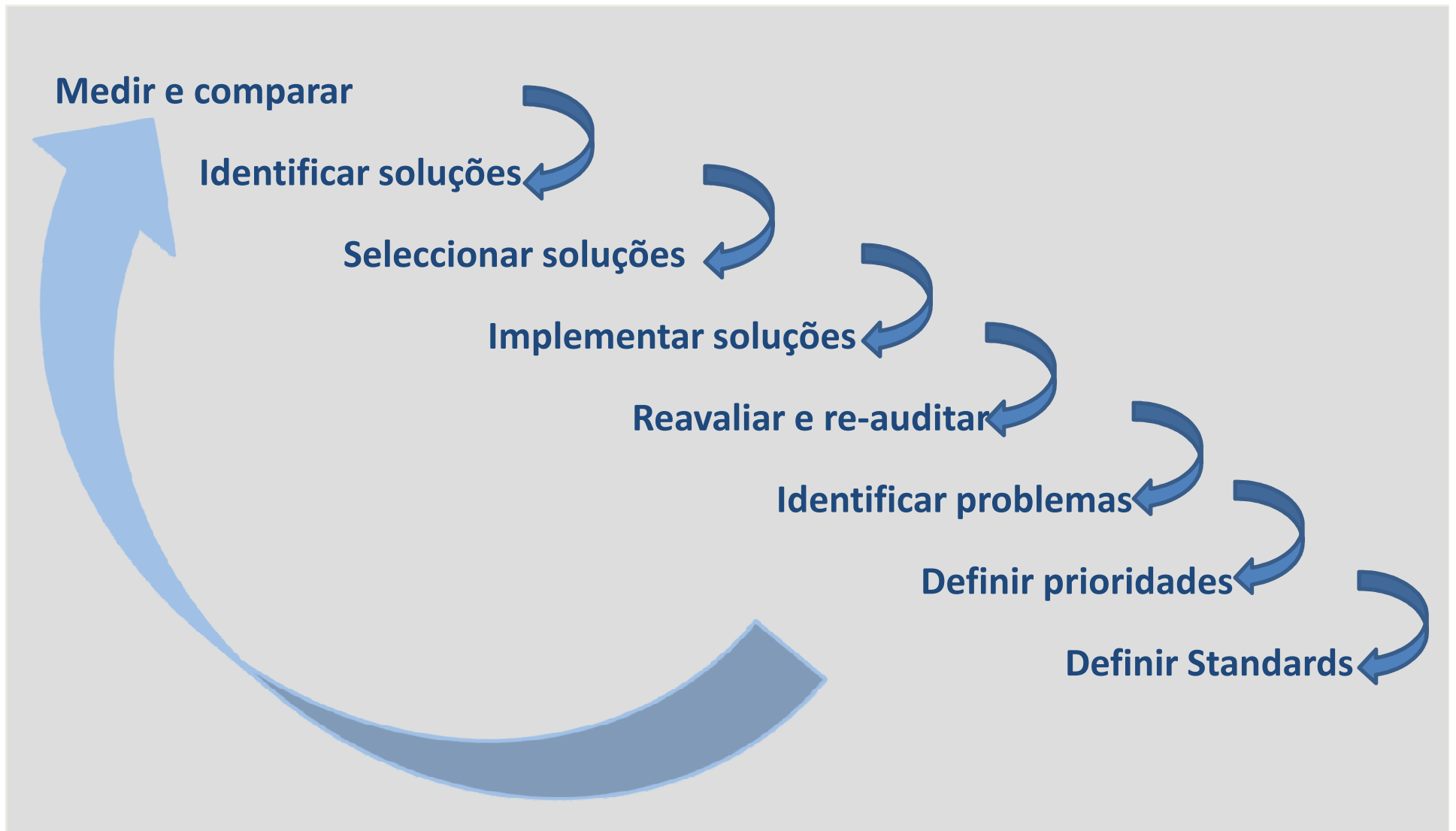
AUDITORIA CLÍNICA

“ Método usado pelos profissionais de saúde para avaliar e melhorar, de forma sistemática, os cuidados ministrados aos doentes de forma a melhorar a sua saúde e a sua qualidade de vida”

(Irvine, 1991)



CICLO DA AUDITORIA



AUDITORIA CLÍNICA

- **Previsão do risco e melhoria da qualidade**
- **Identificação de desvios da prática desejada**
- **Apontar soluções para os problemas detectados**
- **Adaptação administrativa**
- **Alteração de condutas técnicas individuais , re-treino profissional**
- **Serve propósitos educacionais**

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

- Avaliação da performance clínica individual
- Revisão periódica de protocolos, normas de segurança e programas de treino



OBRIGADO !!!

BIBLIOGRAFIA

Antiel RM, Thompson SM, Reed DA, et al. ACGME duty-hour recommendations — a national survey of residency program directors. *N Engl J Med* 2010;363(8):e12.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press, 2000.

Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324:370-6.

Leape LL. Error in medicine. *JAMA* 1994;272:1851-7. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N Engl J Med* 2002;347: 1933-40.

Leape LL. Patient safety: reporting of adverse events. *N Engl J Med* 2002;347:1633-8.

Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991;324:377-84.

Gaba DM, Howard SK. Fatigue among clinicians and the safety of patients. *N Engl J Med* 2002;347:1249-55.

Volpp KGM, Grande D. Residents' suggestions for reducing errors in teaching hospitals. *N Engl J Med* 2003;348:851-5.

Mangalmurti SS, Murtagh L, Mello MM. Medical malpractice liability in the age of electronic health records. *N Engl J Med*. 2010; 363:2060-2067.

Morrison MCT. Negative medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1994; 87:127-128.

Weiner JP, Kfuri T, Chan K, Fowles JB. "e-Iatrogenesis": The most critical unintended consequence of CPOE and other HIT. *J Am Med Inform Assoc*. 2007; 14:387-388.