

## CASO CLÍNICO

Acta Med Port 2011; 24: 375-378

## IATROGENIA EM PEDIATRIA

## Repensar Atitudes

Ema LEAL, Maria João BRITO, Catarina GOUVEIA, Luís VARANDAS,  
Gonçalo Cordeiro FERREIRA

## RESUMO

A iatrogenia é uma alteração patológica provocada no doente que pode ocorrer nas várias fases do acto médico. Nos EUA é considerada a quarta causa de morte, mas em Portugal as referências na literatura são escassas e a sua incidência é desconhecida. Ainda que diferente de *erro médico*, continua tema *tabu* para os profissionais de saúde. Apresenta-se o caso clínico de iatrogenia relacional, diagnóstica e terapêutica, com consequências importantes para o doente. O médico tem um papel fundamental na redução da morbidade e mortalidade por iatrogenia, sendo seu dever questionar e repensar diagnósticos e terapêuticas e manter uma atitude vigilante e autocrítica, de modo a identificar eventuais riscos de iatrogenia ou a corrigi-la o mais precocemente possível.

## SUMMARY

## IATROGENY IN PAEDIATRICS

## Reconsider Attitudes

Iatrogeny is a pathologic condition caused in a patient in the different stages of a medical act. In the United States, it is the fourth cause of death but in Portugal, data are not yet available. Though different from medical error, it is still a taboo subject for health care providers. The authors report a case of relational, diagnostic and therapeutic iatrogeny with serious consequences for the patient. Doctors have a fundamental role in reducing morbidity and mortality due to iatrogenic causes; they have the duty to question and reconsider diagnosis and treatments, keeping an alert attitude and self-criticism in order to identify potential iatrogenic interventions or to correct it as soon as possible.

E.L., M.J.B., C.G., L.V., G.C.F.:  
Unidade de Infeciologia, Área  
de Pediatria Médica. Hospital  
de Dona Estefânia Lisboa

© 2011 CELOM

## INTRODUÇÃO

A palavra iatrogenia deriva do grego *iatros* – médico e *genein* – origem, causa. É uma alteração patológica provocada no doente durante as várias fases do acto médico (relação, diagnóstico e terapêutica) ou por uma organização de saúde. O potencial lesivo do médico é reconhecido desde Hipócrates e o princípio *primum non nocere* é, consequentemente, uma cláusula fundamental da ética médica.

As causas de iatrogenia incluem erro médico, negligência e efeitos secundários ou interações medicamentosas. Apesar de não ser sinónimo de erro médico, continua a ser um tema *tabu* para os profissionais de saúde, que evitam a sua discussão e por conseguinte, o confronto com insucessos mais ou menos evitáveis.

Nos EUA, estima-se que anualmente ocorram 225 000 mortes directamente resultantes de iatrogenia, ocupando actualmente o quarto lugar nas causas de morte neste país. Em Portugal não existem dados disponíveis na literatura e a sua incidência é desconhecida.

A iatrogenia é transversal a todas as áreas médicas e a Pediatria não é uma excepção. Pelas características inerentes a esta especialidade nomeadamente pelo grupo etário e contexto familiar a sua abordagem e reconhecimento pode ainda ser mais delicada.

O caso clínico descrito ilustra a importância do reconhecimento da iatrogenia em Pediatria.

## CASO CLÍNICO

Criança do sexo masculino, oito anos, natural e residente em Cabo Verde, evacuado para Portugal para um Serviço de Cardiologia Pediátrica, por *cardite reumática*. Pelo aparecimento de febre e hipótese de reactivação de febre reumática, iniciou penicilina, prednisolona e ácido acetilsalicílico vindo posteriormente a desenvolver uma hepatite tóxica. Pelo agravamento do quadro e por persistência da febre, foi transferido para a nossa unidade.

No decurso da investigação realizada isolou-se *Staphylococcus epidermidis* em duas hemoculturas colhidas em diferentes tempos e locais, com o mesmo perfil microbiológico. O ecocardiograma transtorácico revelou apenas insuficiência mitral sem outras alterações mas por suspeita clínica de endocardite infecciosa decidiu-se iniciar penicilina, vancomicina e gentamicina. Ficou apirético ao quinto dia de terapêutica. Posteriormente após estabilização do doente e já no 20º dia de internamento realizou ecocardiograma transesofágico que mostrava insuficiência mitral grave por rotura de corda tendinosa provavelmente secundária a endo-

cardite antiga, excluindo-se o diagnóstico inicial de cardite reumática.

Pelo contexto epidemiológico – coabitante com tosse arrastada e país de origem –, realizou prova tuberculínica, que foi negativa, e colheita do suco gástrico para Bacilo de Koch (BK). Numa das amostras o exame directo por *Ziel-Nielsen* foi positivo pelo que iniciou isoniazida, rifampicina e pirazinamida e foi colocado em isolamento. Nesta altura foi activado um programa de rastreio a todos os profissionais que tinham contactado com o doente.

Ao 18º dia de antimicrobianos e quinto dia de antibi- ciliares houve reaparecimento da febre com hiperemia conjuntival, enantema das mucosas e exantema, após o que surgiu insuficiência cardíaca e renal. Os testes de transformação linfoblástica foram reactivos para a isoniazida e vancomicina, sugerindo uma reacção de hipersensibilidade grave à terapêutica, com necessidade de suspensão dos fármacos em causa.

Adicionalmente, e na sequência das medidas de isolamento agravadas pela ausência total de familiares no nosso país e pela própria barreira linguística, a criança desenvolveu um quadro de humor depressivo com comportamentos agressivos, que motivaram a intervenção regular por Pedopsiquiatria e medicação com benzodiazepinas.

Após 45 dias de antibi- ciliares, e porque a *Polymerase Chain Reaction* (PCR) para complexo de micobacterias e as culturas em *Lowenstein* continuavam negativas e as segundas amostras de suco gástrico eram também todas negativas, foi pedida a revisão do exame directo da primeira amostra inicialmente positiva, concluindo-se ter havido um erro técnico de interpretação do primeiro resultado, excluindo-se também o diagnóstico de tuberculose.

Dos diagnósticos assumidos inicialmente – cardite reumática e tuberculose – nenhum se confirmou. Da investigação e terapêutica realizadas para estes problemas resultaram danos graves para o doente: hepatite tóxica, reacção de hipersensibilidade grave medicamentosa e síndrome depressivo. Os diagnósticos finais foram insuficiência mitral com rotura de corda tendinosa secundária a endocardite e iatrogenia. Dois meses depois foi realizada cirurgia de substituição valvular, com melhoria clínica e regresso ao país de origem.

## DISCUSSÃO

A iatrogenia é um fenómeno de grande importância e de risco elevado para o doente. Num estudo realizado nos EUA em 1981, mais de um terço das patologias identificadas num hospital universitário era iatrogénica, uma em cada dez foi considerada grave e em 2% a iatrogenia resultou

em morte. Neste país, actualmente ocorrem 225 000 mortes por ano resultantes de iatrogenia, 106 000 de efeitos adversos a medicamentos, 80 000 de infecções hospitalares, 7 000 de erros de medicação, 20 000 de outros erros e 12 000 de cirurgias desnecessárias. Estas estimativas apenas incluem os casos fatais, excluindo os efeitos negativos associados com a incapacidade e desconforto. Em Portugal os dados são escassos sugerindo um reconhecimento inadequado deste problema pelos profissionais de saúde e autoridades.

O caso clínico relatado é um exemplo de iatrogenia nas várias etapas do acto médico. Na realização do **diagnóstico** – a iatrogenia que decorreu dos diagnósticos incorrectos, na prescrição **terapêutica** – os efeitos secundários graves que surgiram com a medicação, e **relacional** – as alterações de comportamento provocadas pelo isolamento prolongado do doente e a dificuldade em comunicar pela incompreensão linguística mútua.

Os diagnósticos assumidos inicialmente, que motivaram terapêuticas com efeitos secundários graves, não foram mais do que iatrogenias. O diagnóstico inicial de cardite reumática e de *reactivação de febre reumática*, a cuja terapêutica se associou hepatite tóxica, não se veio a confirmar. Também o diagnóstico de tuberculose que motivou uma reacção de hipersensibilidade grave aos antibióticos e alterações psiquiátricas na criança e o rastreio aos profissionais de saúde, com todos os gastos e riscos que este rastreio acarreta, foi errado.

Um dos aspectos mais delicados deste caso relaciona-se com o facto de ter ocorrido iatrogenia por erro. O erro é uma falha, não intencional, na realização de uma acção planeada. Pode ser dividido em três tipos: erro individual, que é inerente ao ser humano e virtualmente irreduzível; erro sistemático, mais perigoso pela potencial incapacidade do indivíduo e/ou grupo de reconhecer a sua existência, mas detectável por sistemas de verificação de erro podendo ser virtualmente reduzido a zero; e erro organizacional, em que a própria instituição cria situações de sobrecarga que potenciam o erro individual (ex: excesso de doentes/ horas de trabalho) e de difícil resolução pela resistência da organização que o produziu. Neste caso, e no que respeita ao diagnóstico de tuberculose, pode dizer-se que houve um erro sistemático uma vez que não houve percepção por parte da equipa de um aspecto que poderia ter mudado a evolução clínica do doente. O diagnóstico foi assumido com um exame directo do suco gástrico positivo (sensibilidade e valor preditivo positivo: 45 a 80% e 50 a 80%, respectivamente embora possa ser inferior na criança) apesar de posteriormente a PCR (sensibilidade: 80 a 92,3%; valor preditivo positivo 84-100%) para

BK ser negativa assim como as culturas (sensibilidade 80, especificidade 98%). O resultado poderia ter sido questionado mais precocemente. Outro aspecto a referir é que na suspeita de endocardite em que o ecocardiograma transtorácico não é esclarecedor (sensibilidade 65 a 80%), deveria ter sido realizado ecocardiograma transesofágico (sensibilidade 95%) que poderia ter excluído mais precocemente o diagnóstico de cardite reumática.

Teria sido possível evitar alguns, todos ou nenhum destes incidentes?

## CONCLUSÃO

A tendência que as instituições têm para divulgar os seus êxitos médicos, diagnósticos correctos e terapêuticas eficazes com benefícios para o doente é inquestionável mas sem dúvida enviesada. Contudo, pensamos que é também muito importante uma reflexão sobre o insucesso e danos produzidos no doente. O amadurecimento profissional pode diminuir a reincidência de alguns erros.

O médico tem um papel importante na redução da morbilidade e mortalidade por iatrogenia, devendo questionar e repensar os diagnósticos e terapêutica dos seus doentes, manter uma atitude vigilante e autocrítica e identificar eventuais riscos de iatrogenia, de modo a corrigi-los com celeridade.

O pediátrico, como qualquer médico, ou talvez mais pela repercussão amplificada dos seus erros ou omissões num ser em crescimento não deve esquecer o princípio hipocrático *primum non nocere*, ou seja, primeiro não lesar.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

## BIBLIOGRAFIA

1. ALY AM, SIMPSON PM, HUMES RA: The role of transthoracic echocardiography in the diagnosis of infective endocarditis in children. Arch Pediatr Adolesc Med 1999;153:950-4
2. BRANDÃO P: Ética, erro e iatrogenia. Acta Radiol Port 2007; 19(75):65-67
3. FIGUEIREDO RM: O erro em medicina. J Inst Port Reumatol 2005;4(2):83-91
4. FRAGATA J, MARTINS L: O erro em Medicina. 1ª ed. Coimbra: Alameda 2004
5. LERBERGUE WV, RICHARD F, CARROLO M, FERRINHO P: Abordagem do erro médico e da iatrogenia: cultura profissional e resposta institucional; implicações de uma estratégia nacional portuguesa. Arq Med 2003;17(6):285-293

6. RATTAN A: PCR for diagnosis of tuberculosis: where are we now? *Ind. J Tub* 2000;47:79-82
7. SAMPAIO C, ANES AM: Iatrogenia medicamentosa e farmacovigilância. *Clin Saúde* 2004;1(4):16-24
8. SOARES AO. Iatrogenia: velhos e novos aspectos da face velada da medicina. *Med Int* 1995;2(2):122-133