



MEDIDA DX:

Um recurso para identificar, analisar e aprender com eventos de segurança diagnóstica



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Publicado em 2022 pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), com o título

Measure Dx: A Resource To Identify, Analyze, and Learn From Diagnostic Safety Events

Este texto foi originalmente escrito em inglês. O Programa Institucional para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz, é o único responsável pelo conteúdo e precisão da versão em português. No caso de qualquer inconsistência entre as versões em inglês e português, a versão original em inglês será a versão obrigatória e autêntica.

Medida Dx

Um recurso para identificar, analisar e aprender com eventos de segurança

© Proqualis, ENSP/Fiocruz, 2024.

Proqualis | Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fiocruz, 2024.

Coordenação executiva: Victor Grabois

Gerência de comunicação: Urânia Agência de Conteúdo

Tradução: Scriba Traduções e Assessoria Linguística Ltda.

Revisão técnica: Carla Gouvêa

Revisão gramatical: Priscilla Morandi

Diagramação e capa: Ampersand Comunicação Gráfica

Alguns direitos reservados. Este trabalho está disponível sob a licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO

Medida Dx

Um recurso para identificar, analisar e aprender com eventos de segurança diagnóstica

Preparado para:

Agency for Healthcare Research and Quality
U.S. Department of Health and Human Services 5600 Fishers Lane
Rockville, MD 20857 www.ahrq.gov

Contrato nº HHSP2332015000221/75P00119F37006

Ordem de Serviço 5

Preparado por:

Center for Innovations in Quality, Effectiveness, and Safety (IQuES), Michael E. DeBakey Veterans Affairs Medical Center e Baylor College of Medicine, Houston, TX
Andrea Bradford, Ph.D. Hardeep Singh, M.D., M.P.H.

Apoio:

MedStar Institute for Quality and Safety, MedStar Health, Columbia, MD Christine Goeschel, Sc.D., R.N.

Apoio Logístico:

Alexis Offner, M.P.H., Michael E. DeBakey Veterans Affairs Medical Center e Baylor College of Medicine

Este projeto foi financiado nos termos do contrato nº HHSP2332015000221/75P00119F37006 para o MedStar Health Institute for Quality and Safety (MIQS) da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), U.S. Department of Health and Human Services. Os autores são consultores do MIQS e são os únicos responsáveis pelo conteúdo deste documento, seus resultados e conclusões, que não representam necessariamente as opiniões da AHRQ. Os leitores não devem interpretar nenhuma declaração incluída neste produto como uma posição oficial da AHRQ ou do U.S. Department of Health and Human Services.

Agradecimentos

Este material foi desenvolvido em colaboração com uma equipe de especialistas que contribuíram com o conteúdo, exemplos de casos e recomendações. Agradecemos às seguintes pessoas por suas contribuições substanciais e valiosas para este trabalho.

Especialistas

Komal Bajaj, M.D., MS-HPed, NYC Health + Hospitals
Robert El-Kareh, M.D., M.S., University of California San Diego School of Medicine
Traber Giardina, Ph.D., Baylor College of Medicine e Michael E. DeBakey, VA Medical Center
Mark Graber, M.D., FACP, Society to Improve Diagnosis
Eva Hochberger, M.B.A., MedStar Health Research Institute
Jeanne Huddleston, M.D., M.S., Mayo Clinic
Trisha Marshall, M.D., Cincinnati Children's Hospital Medical Center
Daniel Murphy, M.D., M.B.A., Baylor College of Medicine
Ursula Nawab, M.D., Children's Hospital of Philadelphia
Doug Salvador, M.D., M.P.H., Baystate Health
Dean Sittig, Ph.D., UTHealth School of Biomedical Informatics
Kelly Smith, Ph.D., University of Toronto
Dennis Torretti, M.D., Geisinger

Revisores Externos

Helen Haskell, Mothers Against Medical Error
Randal Moseley, M.D., FACP, FHM, Confluence Health
Jeff Salvon-Harman, M.D., Presbyterian Healthcare Services
Kathy Shaw, M.D., MSCE, Children's Hospital of Philadelphia Research Institute
Tom White, M.D., M.S., M.A., CHIE, MedStar Health

Introdução

Os erros de diagnóstico frequentemente envolvem oportunidades perdidas relacionadas a vários aspectos do processo diagnóstico, incluindo o reconhecimento de sinais, sintomas e resultados de exames importantes. Infelizmente, como observado no relatório de 2015 da NASEM (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine), *Improving Diagnosis in Health Care*,¹ os resultados trágicos não são raros. O caso de Rory Staunton (no quadro ao lado) é um exemplo. Os erros diagnósticos contribuem significativamente para a ocorrência de danos aos pacientes, mas a sua complexidade e suas origens entrelaçadas, tanto cognitivas quanto sistêmicas, tornam difíceis a sua identificação e medição. A medição começa com uma definição. A NASEM definiu o erro diagnóstico como “a incapacidade (a) de estabelecer uma explicação precisa e oportuna para os problemas de saúde do paciente ou (b) de comunicar essa explicação ao paciente”. Singh e colegas propuseram o conceito de “oportunidades perdidas” no diagnóstico.² A Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) adaptou e aplicou conceitos de ambas as definições, definindo um evento de segurança diagnóstica³ como a ocorrência de um ou ambos dos seguintes (não importando se o paciente sofreu danos ou não):

- Diagnóstico atrasado, incorreto ou perdido: Houve uma ou mais oportunidades perdidas de buscar ou identificar um diagnóstico preciso e oportuno (ou outra explicação) para os problemas de saúde do paciente com base nas informações disponíveis no momento.
- Diagnóstico não comunicado ao paciente: Um diagnóstico preciso (ou outra explicação) para os problemas de saúde do paciente estava disponível, mas não foi comunicado ao paciente (incluindo o seu representante ou um parente, conforme adequado).

Exemplo de caso

Sepse em um menino de 12 anos

Um menino saudável de 12 anos de idade, chamado Rory Staunton, cortou o braço durante um jogo de basquete na escola. No dia seguinte, acordou com vômitos e dor nas pernas. Os pais o levaram ao pediatra, que atribuiu os sintomas (dor nas pernas, vômito, febre) a uma possível gastroenterite.

Rory foi encaminhado ao pronto-socorro (PS), onde também recebeu o diagnóstico de gastroenterite e foi mandado para casa. Rory apresentou manchas na pele, que não foram notadas ou tratadas. Os exames laboratoriais mostraram leucocitose (contagem de 14.7, 54% bastonetes), mas os resultados dos exames só chegaram após Rory ser liberado do PS.

Não foi documentada nenhuma ação ou plano com base nos achados anormais, e nenhuma informação foi comunicada aos pais de Rory ou ao seu pediatra. Rory continuou a piorar e, no dia seguinte, voltou ao PS, de onde foi encaminhado à unidade de terapia intensiva. Alguns dias depois, ele morreu de sepse estreptocócica, provavelmente relacionada ao corte inicial no braço.

Adaptado de Dwyer J. An infection, unnoticed, turns unstoppable. *New York Times*, 11 de julho de 2012.

Até o momento, ainda estão sendo desenvolvidas medidas confiáveis, válidas e práticas para a segurança diagnóstica. Ainda assim, a mera identificação e análise de eventos de segurança diagnóstica é útil, porque o processo de medição em si pode fortalecer o aprendizado e a melhoria. A NASEM recomendou às instituições de acreditação que exijam que as organizações de saúde “monitorem o processo diagnóstico e identifiquem, aprendam e reduzam a ocorrência de erros de diagnóstico e near misses com rapidez”.¹

A Medida Dx foi desenvolvida para ajudar as organizações de saúde a detectar eventos de segurança diagnóstica e aprender com eles, a fim de fundamentar as ações de melhoria. A longo prazo, as estratégias descritas neste trabalho podem ser usadas para “promover uma cultura não punitiva que valorize a discussão aberta e o feedback sobre o desempenho diagnóstico” e fomentar o estabelecimento de organizações que valorizem o Aprendizado e a Busca pela Excelência Diagnóstica (Learning and Exploration of Diagnostic Excellence, LEDE).⁴ Estas organizações utilizam métodos de vigilância da segurança para criar um ciclo contínuo de aprendizado e feedback, e seus líderes atuam com base nos dados para prevenir a ocorrência de danos diagnósticos (Figura 1). Poucas organizações aplicam atualmente essa abordagem sistemática para melhorar a segurança diagnóstica.

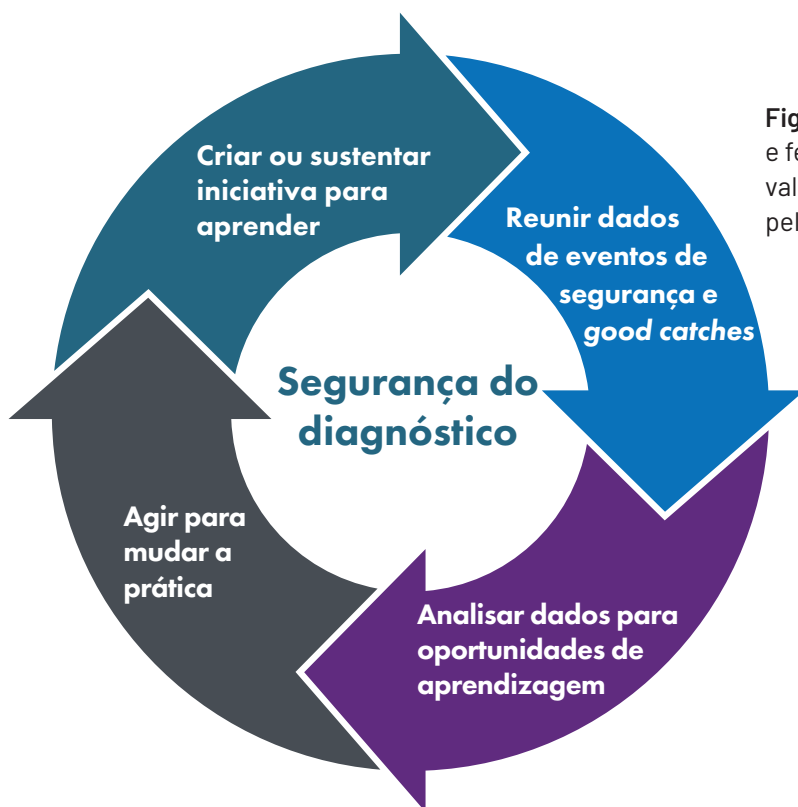


Figura 1. Sistema de aprendizado e feedback para organizações que valorizam o aprendizado e a busca pela excelência diagnóstica

O que é a Medida Dx?

A Medida Dx é um recurso para ajudar profissionais e organizações de saúde a detectar, analisar e aprender com eventos de segurança diagnóstica em suas organizações. A Medida Dx inclui:

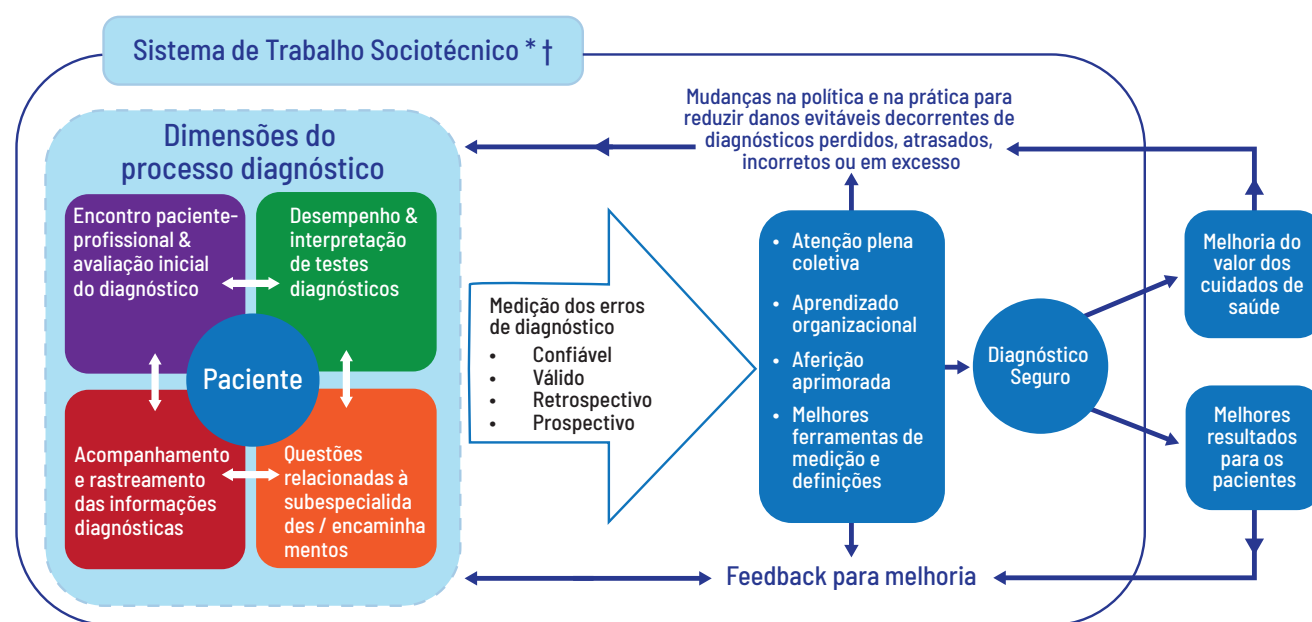
- um **Guia** (este documento) que apresenta o contexto e instruções passo a passo para desenvolver, implementar e sustentar estratégias de medição da segurança diagnóstica;
- **anexos** com recursos adicionais, ferramentas e instruções para várias atividades descritas no guia;
- um **Infográfico** que pode ser usado para orientar rapidamente os grupos interessados sobre a importância e o propósito dessas atividades.

A Medida Dx pode ser usada em qualquer organização interessada em promover a excelência diagnóstica e reduzir a ocorrência de eventos de segurança diagnóstica que possam resultar em danos. O público para este recurso inclui qualquer pessoa interessada em melhorar a segurança diagnóstica. Os usuários podem incluir, entre outros, profissionais clínicos, profissionais da qualidade e segurança, profissionais responsáveis pela gestão de riscos, líderes de sistemas de saúde, administradores clínicos e quaisquer organizações ou entidades envolvidas na melhoria da qualidade e segurança.

Em 2020, um relatório da AHRQ delineou o estado da ciência da medição operacional da segurança diagnóstica, com base em publicações científicas submetidas à revisão por pares, inovações em ambientes de saúde reais e iniciativas para promover o desenvolvimento da medição da segurança diagnóstica.⁵

A Medida Dx traduz recomendações desse relatório⁵ para fornecer orientações práticas sobre a implementação dessas inovações. O objetivo dessas atividades é fomentar o aprendizado e identificar alvos para a melhoria. As estratégias descritas neste recurso não prescrevem indicadores específicos; em vez disso, servem como uma base para que as organizações de saúde implementem processos rotineiros de identificação, aprendizado e feedback em suas operações diárias.

Figura 2. O referencial Safer Dx



* Inclui 8 dimensões tecnológicas e não tecnológicas

† Inclui fatores externos que afetam a medição e o desempenho diagnóstico, tais como, o sistema de pagamento, fatores legais, iniciativas nacionais de medição da qualidade, acreditação e outras políticas e requerimentos regulatórios

O Safer Dx[®] (Figura 2) fornece um referencial conceitual que aborda a medição das oportunidades perdidas no diagnóstico, envolvendo cinco componentes-chave do processo diagnóstico:

1. o encontro paciente-profissional (história clínica, exame físico, pedido de exames/encaminhamentos com base na avaliação);
2. o desempenho e a interpretação de testes diagnósticos;
3. o acompanhamento e o rastreamento das informações diagnósticas ao longo do tempo;
4. questões específicas relacionadas a subespecialidades e encaminhamentos;
5. fatores relacionados ao paciente.

Como usar o Guia Medida Dx

Este guia está organizado em quatro seções que refletem a sequência geral de atividades necessárias para iniciar e sustentar a medição da segurança diagnóstica. No entanto, essas etapas não são fixas nem servem para todo tipo de situação. Devem ser consideradas como iterativas: à medida que forem aprendidas novas lições, provavelmente será útil rever e refinar a estratégia.

- A Parte I propõe estratégias para envolver as pessoas na sua organização, a fim de garantir os recursos adequados para implementar as atividades de medição e aprendizagem e obter o apoio de líderes e outros grupos de interesse. Um exemplo de caso ilustra o processo de envolver outras partes interessadas ao longo do tempo. Esta seção também aborda a importância da segurança psicológica e a necessidade de assegurar que as atividades sejam realizadas em conformidade com a lei HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) e outras leis relevantes relacionadas à proteção da privacidade, confidencialidade e privilégios.
- A Parte II traz uma autoavaliação para medir a preparação organizacional geral e orientações para a escolha de uma ou mais das quatro estratégias que você pode considerar para medir a segurança diagnóstica na sua organização de saúde.
- A Parte III apresenta orientações para a implementação de estratégias de medição da segurança diagnóstica, incluindo recomendações passo a passo e exemplos de casos. Do ponto de vista deste trabalho, uma estratégia de medição é um processo que inclui a identificação de casos e a sua análise sistemática para buscar oportunidades de aprendizado. As estratégias podem ser usadas de forma combinada para garantir um aprendizado mais robusto, sendo aplicadas tanto às oportunidades perdidas quanto aos casos que correram bem. A escolha da estratégia de medição depende dos objetivos, conhecimentos, capacidades técnicas, dados e recursos humanos disponíveis na equipe de segurança diagnóstica.
- A Parte IV apresenta recomendações para a revisão e análise sistemática dos dados coletados, a fim de traduzir os resultados em ideias úteis para o aprendizado e a melhoria local. Também inclui orientações para o treinamento dos revisores e o uso de ferramentas estruturadas de revisão de casos.
- Quando relevante, são feitas referências aos Anexos e ao Infográfico, como materiais adicionais para facilitar as atividades de medição.

Síntese deste recurso



Referências

- ¹Balogh E, Miller B, Ball J. Improving Diagnosis in Health Care. Washington, DC: Committee on Diagnostic Error in Health Care; Board of Health Care Services; Institute of Medicine; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; December 2015. doi:10.17226/21794. <https://nap.nationalacademies.org/catalog/21794/improving-diagnosis-in-health-care>. Accessed April 26, 2022.
- ²Singh H. Editorial: Helping health care organizations to define diagnostic errors as missed opportunities in diagnosis. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2014 Mar;40(3):99-101. doi: 10.1016/s1553-7250(14)40012-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24730204>. Accessed April 27, 2022.
- ³Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Guide for Common Formats for Event Reporting Diagnostic Safety Version 0.1. June 2021.
- ⁴Singh H, Upadhyay DK, Torretti D. Developing health care organizations that pursue learning and exploration of diagnostic excellence: an action plan. *Acad Med.* 2020 Aug;95(8):1172-78. doi: 10.1097/ACM.0000000000003062. PMID: 31688035; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7402609>. Accessed April 27, 2022.
- ⁵Singh H, Bradford A, Goeschel C. Issue Brief 1. Operational Measurement of Diagnostic Safety: State of the Science. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; April 2020. AHRQ Publication No. 20-0040-1-EF. <https://www.ahrq.gov/patient-safety/reports/issue-briefs/state-of-science.html>. Accessed April 27, 2022.
- ⁶Singh H, Sittig DF. Advancing the science of measurement of diagnostic errors in healthcare: the Safer Dx framework. *BMJ Qual Saf.* 2015 Feb;24(2):103-10. doi: 10.1136/bmjqs-2014-003675. Epub 2015 Jan 14. PMID: 25589094; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4316850>. Accessed April 27, 2022.