

Perspectivas / Perspectives

Erro e Discrepância no Diagnóstico Radiológico

Error and Discrepancy in Radiological Diagnosis

Carlos Francisco Silva¹, Carlos Miguel Oliveira², Hugo Marques³, Jorge Brito⁴, Manuela Certo⁵, Margarida Isabel Ferreira⁶, Manuela França⁷, Marta Simões³, Paulo Vilares Morgado⁸, Rosana Santos³, Vasco Mendes³, Paulo Costa Carvalho⁹

¹Serviço de Imagiologia, Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal

²Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

³Serviço de Radiologia, Hospital da Luz, Lisboa, Portugal

⁴Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro, Portugal

⁵Serviço de Radiologia, Hospital de Braga, Braga, Portugal

⁶Serviço de Radiologia, Hospital de Aveiro, Aveiro, Portugal

⁷Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal

⁸Serviço de Radiologia, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal

⁹PaCC Sociedade de Advogados, Porto, Portugal

Resumo

Discrepâncias entre relatórios dos exames da Radiologia e seus subsequentes desfechos nos pacientes não são necessariamente considerados erro ou má prática. O Colégio de Radiologia Português tece algumas considerações pertinentes sobre estas sensíveis temáticas pretendendo enquadrar conceitos e visões quer europeias quer norte-americanas para a nossa realidade nacional.

Palavras-chave

Erro; Discrepância; Exames da radiologia; Medico-legal.

Abstract

Discrepancies between Radiology reports and their subsequent patient outcomes are not necessarily considered error or malpractice. The Portuguese College of Radiology makes some pertinent considerations on these sensitive themes, intending to frame both European and North American concepts and visions for our national reality.

Keywords

Error; Discrepancy; Radiology exams; Medico-legal.

Correspondência

Carlos Francisco Silva
Serviço de Imagiologia
Centro Hospitalar de Setúbal
Rua Camilo Castelo Branco
2910 - 446 Setúbal, Portugal
e-mail: carlos.f.silva@chs.min-saude.pt

Recebido: 09/02/2023

Aceite: 22/02/2023

Publicado: 27/09/2023



- Discrepâncias entre relatórios dos exames da Radiologia e seus subsequentes desfechos nos pacientes não são necessariamente considerados erro ou má prática.
- O desempenho, avaliado pelo relato e interpretação dos achados pelo especialista em Radiologia, pode não ser perfeito ou exímio, e algumas discrepâncias, ou mesmo erros, são inevitáveis.
- O erro ou discrepância, na interpretação e relato dos achados pelo especialista em Radiologia, não é equivalente ou igual só por si a negligência ou má prática.
- O erro ou discrepância, pode ocorrer por razões intrínsecas (humanas) ou extrínsecas (técnicas ou sistémicas).

Estes são, na atualidade e na generalidade, os 4 pontos-chave ou o entendimento, de uma forma resumida, tidos pela Sociedade Europeia de Radiologia (ESR) - e com os quais o Colégio de Radiologia está em consonância - publicados

num jornal oficial da respetiva sociedade europeia e habitual repositório das declarações ou posições oficiais (statements) da mesma.^{1,2}

Desenvolvemos de seguida alguns pontos, para que melhor se perceba, por um lado os aspetos únicos e vicissitudes inerentes à arte interpretativa na especialidade de Radiologia.

I)

Embora nem sempre bem entendido ou apreciado pelo público em geral, ou mesmo pelos médicos de outras especialidades que requisitam exames radiológicos, não se deve esperar que os relatórios dos radiologistas sejam sempre definitivos ou incontroversos.

Como nos diz Adrian P. Brady, atual 1º vice-presidente da Diretoria da ESR, e reconhecido *expert* proeminente nesta temática, os relatórios representam consultas médicas

específicas, resultando em opiniões que são conclusões a que se chega após ponderação de evidências; opinião podendo ser definida como uma visão mantida sobre um determinado assunto ou ponto; um julgamento formado; uma crença. Às vezes, é possível ser definitivo em diagnósticos radiológicos, mas na maioria dos casos, a interpretação radiológica é fortemente influenciada pelas circunstâncias clínicas, o paciente, a história pregressa relevante e exames imagiológicos anteriores, entre uma infinidade de outros fatores, incluindo vieses cognitivos dos quais poderemos não estar cientes.² Os estudos radiológicos não vêm com rótulos embutidos denotando as alterações mais significativas, e interpretá-las não é na generalidade dos casos um processo binário (normal vs. anormal, cancro vs. sem cancro).

Neste contexto, o erro radiológico pode assumir duas dimensões jurídico-conceptuais: a de que o radiologista relator deveria ser capaz de fazer o diagnóstico ou relatório correto, mas não o fez (obrigação de resultado); ou a de que ao radiologista apenas se impõe uma atuação diligente, independentemente da verificação do erro (obrigação de meios) quando confrontado com casos onde há espaço para opiniões diferentes, diagnósticos discrepantes ou percepções erráticas.

Consoante o caso concreto, a relevância do erro radiológico será tanto maior quanto mais simples e certas forem as condições de diagnóstico e percepção, e vice-versa.

II)

Quão frequente pode ser a discrepância ou o erro em Radiologia e na Medicina em geral?

Habitualmente, ao contrário do que se passa quer com os achados do exame físico dos pacientes, quer com os achados em cirurgia ou endoscopia, a evidência imagiológica de um exame radiológico permanece disponível para escrutínio futuro, podendo ser usada para estudo da variância das interpretações ou dos relatórios imagiológicos. Uma revisão da literatura científica de duas décadas em 2001 sugeriu que o nível de erro major ou clinicamente significativo em Radiologia estará na faixa de 2-20%, e varia dependendo da técnica ou modalidade.^{2,3}

Estudos comparativos de outras especialidades médicas encontraram uma prevalência semelhante de imprecisão, falha ou omissão na avaliação clínica ou exame físico. Um estudo de autópsias da Mayo Clinic publicado em 2000, que comparou diagnósticos clínicos com diagnósticos *postmortem*, descobriu que em 26% dos casos, um diagnóstico importante não foi feito *premortem*.⁴

A grande quantidade de dados disponíveis na literatura científica leva-nos assim à inevitável conclusão de que a discrepância ou erro (radiológico e/ou clínico) é inevitável. Desta forma, o conceito de falibilidade deve ser aceite. Igualmente, da mesma forma, um limiar de competência é exigido a todos os radiologistas.^{2,5}

III)

Vies cognitivo da Retrospectiva (Hindsight bias)

Uma grande influência na determinação ou assunção de que uma alteração inicialmente não diagnosticada ou relatada deveria ter sido anteriormente identificada surge na forma do vies cognitivo da retrospectiva, definido como a tendência para pessoas com conhecimento do resultado ou desfecho real de um evento em acreditarem, falsa ou falaciosamente,

que eles teriam previsto o resultado atempadamente. Este determinismo subjacente envolve a integração automática e imediata de informações sobre o resultado ou desfecho no seu conhecimento de eventos antecedendo o resultado.^{2,6}

Deste modo, pode-se entender que a análise retrospectiva de, por exemplo, uma assimetria subtil numa mamografia se possa considerar falaciosamente “fácil” de identificar, sabendo já agora de antemão que a doente está em seguimento por cancro da mama recentemente operado ou tratado.

IV)

Radiologia: uma obrigação de meios ou de resultado?

A obrigação de tratamento que impende sobre o médico é, fundamentalmente, uma obrigação de meios ou de diligência e, excecionalmente, uma obrigação de resultado. Aos médicos incumbirá desenvolver prudente e diligentemente, atento o estágio científico atual das *leges artis*, certa atividade para se obter um determinado efeito útil, que se traduza em empregar a sua ciência no tratamento do paciente, sem que se exija a obtenção vinculada de um certo resultado. Se se configura um exame a uma patologia complexa, sujeita a interpretação delicada, como sucederá numa exploração radiológica ou ecográfica cuidada, mais exigente, em que o pensamento médico admite, ainda que cientificamente, uma margem de erro, hipótese que apontará para a existência de uma obrigação de meios e não de resultado.⁷

V)

Outros aspetos peculiares no Radiodiagnóstico

Nem sempre é simples distinguir a conduta censurável dos resultados adversos ou infortúnios decorrentes de falhas diagnósticas inerentes mesmo ao “profissional médio, cuidadoso e diligente”. As vicissitudes nesta definição de média ou mediana devem ser tidas em conta (Fig. 1).

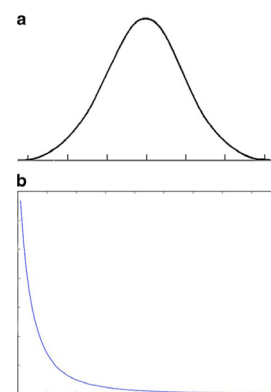


Figura 1 – Se assumirmos que a acuidade radiodiagnóstica tem uma distribuição gaussiana (a), então cerca de metade desse desempenho deve estar abaixo da média. O desempenho individual pode antes seguir uma distribuição paretiana (b), em que mais desempenho é agrupado no lado esquerdo da curva exponencial reversa, onde a maioria dos feitos foram alcançadas por um pequeno número de *super-performers*; neste modelo, a maioria dos executantes estão abaixo da média e, portanto, serão menos produtivos ou mais propensos a cometer erros do que os *super-performers*; a mediana desta distribuição também está desviada para o extremo alto do desempenho. Em Radiologia, é transversal a todas as práticas e modalidades, que a acuidade diagnóstica entre diferentes observadores muito raramente atinge os 100,0%, década após década, qualquer que seja a nacionalidade ou ambiente, académico ou não, quer em estudos publicados ou não em jornais científicos, e indexados ou não. [Figura retirada da referência 2 – Open Access: Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)]

Será importante realçar que mesmo em nações porventura tidas como mais litigantes nestas questões, tais como os E.U.A., há instruções dos juizes para os júris de que “há um ‘fator humano’ absolutamente inevitável em ação na interpretação de estudos radiológicos; algumas alterações podem passar despercebidas, mesmo as consideradas “óbvias”; o simples facto de a um radiologista passar despercebido uma alteração em uma radiografia não significa que ele ou ela cometeu negligência; e nem todas as falhas radiográficas são desculpáveis. Portanto, os focos de atenção deverão ser questões como prova de competência, hábitos de prática e uso de técnicas adequadas.”⁸

Nestas circunstâncias, uma análise técnica com matriz de risco tal como preconizada por Adrian P. Brady et al.,⁵ pode ser efetuada, resultando num *score* ou pontuação que poderá dar um pouco mais de objetividade à análise dos casos em apreço.

Relembrar ainda que os afamados *Practice Parameters and Technical Standards* do Colégio Americano de Radiologia não são regras ou requisitos inflexíveis da prática e não se destinam, nem devem ser usados, para estabelecer um padrão médico-legal de cuidado (*standard of care*). Por tudo isto se adverte contra o uso *tout court* destes mesmos em litígios jurídicos ou médico-legais em que as decisões clínicas de um profissional sejam questionadas.⁹

Deste modo, o erro, falha, omissão ou imprecisão em Radiologia enquadra-se, maioritariamente, numa atuação diligente do médico (obrigação de meios), diluindo-se o impacto do erro no âmbito da responsabilidade médica; ou,

a título excecional, o evento adverso ocorre num contexto clínico simples, sem margem de erro (obrigação de resultado), pressupondo uma violação do dever de cuidado e gerador daquela responsabilidade.

Segundo Schwalm, “o erro médico que não tenha sido fruto de violação de dever de cuidado, e não obstante toda a diligência possível do médico, tenha ocorrido, não pode ser penal ou civilmente relevante, por inexistência dos respetivos pressupostos de responsabilidade”.¹⁰

VI) Remédios

A realização regular de reuniões de Serviço sobre Prevenção do Erro e Falhas é considerada aspeto fundamental na prática radiológica moderna. Uma cultura positiva de desenvolvimento e aprendizagem contínua (*peer-learning*) é importante para prevenir novos eventos adversos, erros ou falhas detetadas em exames anteriores. Os casos deverão ser anonimizados e alvo de análise pelo corpo médico radiologista incluindo sempre, logicamente, o(s) radiologista(s) envolvido(s) no caso-alvo. A realização destas reuniões em modo virtual em vez de presencial pode assegurar uma melhor evicção de sentimentos de vergonha ou acusação entre pares.¹¹

“I would give great praise to the physician whose mistakes are small, for perfect accuracy is seldom to be seen.”

Hippocrates, On Ancient Medicine, IX

Divulgações Éticas / Ethical Disclosures

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Suporte financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Confidencialidade dos dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

Confidentiality of data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Proteção de pessoas e animais: Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Protection of human and animal subjects: The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki).

Referências

1. <https://www.myesr.org/publications/esr-statements-and-publications>
2. Brady AP. Error and discrepancy in Radiology: inevitable or avoidable? *Insights Imaging*. 2017;8:171-82.

3. Goddard P, Leslie A, Jones A, Wakeley C, Kabala J. Error in Radiology. *Br J Radiol*. 2001;74:949-51

4. Roosen J, Frans E, Wilmer A, Knockaert DC, Bobbers H. Comparison of premortem clinical diagnoses in critically ill patients and subsequent autopsy findings. *Mayo Clin Proc*. 2000;75:562-7.

5. Brady, Adrian et al. Discrepancy and error in radiology: concepts, causes and consequences. *The Ulster medical journal*. 2012;81:3-9.

6. Berlin L. Hindsight bias. *AJR Am J Roentgenol*. 2000;175:597-601.

7. Oliveira Nuno P. Responsabilidade civil em instituições privadas de saúde: problemas de ilicitude e de culpa. in *Responsabilidade Civil dos Médicos*. Coimbra Editora, 2005;p. 252.

8. Caldwell C, Seamone ER. Excusable neglect in malpractice suits against radiologists: a proposed jury instruction to recognize the human condition. *Ann Health Law*. 2007;16:43-77.

9. Practice Parameters and Technical Standards. American College of Radiology. (acedido em 04/02/2023: <https://www.acr.org/Clinical-Resources/Practice-Parameters-and-Technical-Standards>).

10. Schwalm G. Sobre o conceito e prova da negligência médica, FS Bockelmann, Munchen, 1978, p. 539, citado pelo Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, de 07/03/2017, Proc. 6669/11.3TBVNG, in www.dgsi.pt

11. The Royal College of Radiologists. Standards for radiology events and learning meetings. 2020. (acedido em 04/02/2023: <https://www.rcr.ac.uk/publication/standards-radiology-events-and-learning-meetings>)