

# Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO  
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

14 e 15 de fevereiro de 2019

Fundação Bissaya Barreto  
Coimbra

ORGANIZAÇÃO

Associação dos Amigos  
de Urologia  
e Transplantação Renal

## Mesa 4 – “Armadilhas” urológicas

14:30-15:30h

### “ARMADILHAS” UROLÓGICAS

*Coordenadores:* Pedro Moreira e Almerinda Rodrigues

#### Os clássicos revisitados

Miguel Eliseu

O “erro” em Medicina – Oportunidade de aprendizagem

Francisco Rolo

### Apresentações:

- Casos clínicos (Dr. Pedro Moreira/Dr. Miguel Eliseu)
- O “erro” em Medicina – Oportunidade de aprendizagem (Dr. Francisco Rolo)

# Urologia ao CENTRO

*A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO  
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE*

14 e 15 de fevereiro de 2019

Fundação Bissaya Barreto

Coimbra

Pedro Moreira  
Assistente de Urologia  
CHUC


## CASO CLÍNICO 1

28/01/2019

- FLS, sexo masculino, 86 anos
- Quadro de lombalgia esq. com 3 dias de evolução
  - COC
  - Temp 34,5 °C
  - Dor: 5/10
  - Murphy + esq.
- EAD:
  - Eco: dilatação PC do rim esquerdo 15 mm + cálculo de 6 mm no ureter terminal
  - KUB: sem cálculos visíveis



28/01/2019

- MH: memantina, AAS, tecnofar plus, alipza, mirtazapina, olanzapina, pantoprazol, lasix, sertralina, beta-histina, nitroderm, carvedilol, alprazolam, dutasterida, tansulosina
  - AP: demência, cardiopatia isquêmica, HTA, dislipidemia
  - Pedida observação por Urologia:
    - Analgesia – melhoria clínica
    - Alta com TEM
- 

30/01/2019 – Área Médica


- 6: 07 – Regressa ao SU :
  - Depressão do estado de consciência
  - Recusa alimentar
  - Esboça dor no hipogastro
  - Temp 36,9° C
  - TA: 80/49
  - Sat: 92%
  - Dor costovertebral esquerda
  - Pedidas análises + ecografia

# 30/01/2019 – Área Médica

- 8:42 – Reavaliação
  - TA: 89/57
  - Sat: 90%
  - Cr: 5,62 mg/dl; PCR 37,9 mg/dl
  - GSA: pH 7,289; pO<sub>2</sub> 63,7; pCO<sub>2</sub> 38,4; Lact 2,26
  - ECO: dilatação pielocalicial esquerda com 3 cm
- Algaliado com saída de 70 ml de urina concentrada



# 30/01/2019

- Enviado para Urologia por:
    - Hipotensão
    - Dilatação pielocalicial importante
    - Elevação dos parâmetros inflamatórios
    - **Lesão renal aguda pré-renal**
    - Sem contacto telefónico
- 

# 30/01/2019 – Sala de Urologia

- 9:57 – altura em que o doente chegou à sala
  - Iniciada fluidoterapia + piperacilina/tazobactam
  - Administrado bicarbonato
  - Colocação de catéter de nefrostomia com saída de urina purulenta, enviada para cultura
  - Após ausência de resposta tensional, levado para a sala de emergência

# 30/01/2019 – Sala de Emergência

- 11:15 – Prostrado e bradipneico
- Medidas tomadas
  - VNI com FiO<sub>2</sub> a 100%
  - CVC subclávia direita
  - Aminas vasopressoras – NE e Dopa
  - *Fluid challenge*
- Resultado
  - Melhoria do estado de consciência
  - Corado e hidratado
  - Sat 99%
  - TA: 94/40

# 30/01/2019 – Sala de Emergência

- 14:20
  - Paragem respiratória em assistolia
  - Manobras de suporte avançado sem sucesso
  - *Exitus letalis*



# Discussão


1. É evidente o erro médico neste caso?
  - Se sim, onde e quando?





# Discussão

2. Foi correcta a conduta do colega que observou o doente a 28/01/2019?

- Havia algo na observação clínica que pudesse prever este desfecho?
  - Deveria ter sido solicitado algum EAM para além do KUB?
- 




# Discussão

3. Foi correcta a atitude da colega que observou o doente na área médica a 30/01/2019?
  - É correcto um internista enviar um doente instável, com pH de 7,289 sem fluidoterapia, antibioterapia, ou contacto telefónico?



# Discussão

4. Foi correcta a conduta dos urologistas que observaram o doente?
- O que poderia ter sido feito para evitar este desfecho?
- 

# Urologia ao CENTRO

*A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO  
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE*

14 e 15 de fevereiro de 2019

Fundação Bissaya Barreto

Coimbra

Miguel Eliseu

Interno de Formação Específica de Urologia

CHUC

## CASO CLÍNICO 2


- 
- Mulher de 56 anos

ITU's de repetição





# ITU's de repetição

- Mulher de 56 anos
  - Secretária clínica
  
  - ITU's de repetição
    - 3 - 4 por ano
    - Disúria + polaquiúria
    - Sem febre, sem hematúria, sem outras alterações
- 

# ITU's de repetição

- Mulher de 56 anos
  - Secretária clínica
  - ITU's de repetição
- 
- Recorria infrequentemente ao seu Médico de Família
    - Facilidade em consultar médicos no Hospital onde trabalhava, que renovavam medicação habitual
    - 3x na consulta aberta no Centro de Saúde entre 2015 e 2016, todas por sintomas de ITU

# ITU's de repetição

Fev/2015

- Mulher de 56 anos
- Secretária clínica
- ITU's de repetição
- Consulta aberta no Centro de Saúde
  - Fev/2015
    - Disúria
    - Eritrocitúria
    - Medicada com fosfomicina com melhoria

# ITU's de repetição

Fev/2015

- Mulher de 56 anos
- Secretária clínica
- ITU's de repetição

Dez/2015

- Consulta aberta no Centro de Saúde
  - Dez/2015
    - Disúria, polaquiúria
    - Eritrocitúria, leucocitúria
    - Faz UC; responde a ciprofloxacina

# ITU's de repetição

Fev/2015

- Mulher de 56 anos
- Secretária clínica
- ITU's de repetição

Dez/2015

Out/2016

- Consulta aberta no Centro de Saúde
  - Out/2016
    - Disúria, polaquiúria; Eritrocitúria
    - UC prévia - E. coli MS
    - Fez novamente UC - negativa; pedida ecografia R/V
    - Medicada com ciprofloxacina, à qual responde
    - Referenciada para consulta com o MF

# ITU's de repetição

Fev/2015

- Mulher de 56 anos
- Secretária clínica
- ITU's de repetição

Dez/2015

Out/2016

- Consultas no Centro de Saúde
  - Reavaliada em Janeiro/2017 pelo MF
    - Tinha ecografia sem alterações; bexiga vazia
    - Queixas de polaquiúria
    - Fita-teste sem alterações
    - Revisão de antecedentes...

# ITU's de repetição

- Mulher de 56 anos
- Secretária clínica
- ITU's de repetição

- Consultas no Centro de Saúde

- Reavaliada em Janeiro/2017 pelo MF

- Outros 3 episódios de ITU, tendo consultado médicos de Urologia no Hospital

Fev/2015

Set/2015

Dez/2015

Fev/2016

Abr/2016

Out/2016

# ITU's de repetição

- Mulher de 56 anos
- Secretária clínica
- ITU's de repetição

Fev/2015

Set/2015

Dez/2015

Fev/2016

Abr/2016

Out/2016

- Consultas no Centro de Saúde
  - Reavaliada em Janeiro/2017 pelo MF
    - Outros 3 episódios de ITU, tendo consultado médicos de Urologia no Hospital
    - Tinha feito UC em mais 2 episódios, uma negativa e outra contaminada

Plano: iniciou cloreto de tróspio; SU II e UC

# ITU's de repetição

- Mulher de 56 anos
- Secretária clínica
- ITU's de repetição
- Consultas no Centro de Saúde
  - Março/2017
    - UC negativa
    - SU II com eritrocitúria
    - Melhoria muito discreta com cloreto de tróspio
  - Referenciação a consulta de Urologia

Fev/2015

Set/2015

Dez/2015

Fev/2016

Abr/2016

Out/2016

(...)

# ITU's de repetição

- Mulher de 56 anos
- ITU's de repetição
- Consulta de Urologia
  - Setembro/2017
    - Queixas de ITU de repetição
    - 5 UCs realizadas, 1 positiva
    - Resposta satisfatória mas temporária a antibioterapia
  - Plano: repetir ecografia com bexiga cheia e avaliação de RPM

Fev/2015

Set/2015

Dez/2015

Fev/2016

Abr/2016

Out/2016

(...)

# ITU's de repetição

- Mulher de 56 anos
- ITU's de repetição
- Reavaliação em Urologia
  - Novembro/2017
    - Ecografia com bexiga distendida, parede fina
    - Sem RPM
  - Mantinha queixas
    - > Ponderou-se alterar anticolinérgico
    - > Cistoscopia

Fev/2015

Set/2015

Dez/2015

Fev/2016

Abr/2016

Out/2016

(...)

# ITU's de repetição

- Mulher de 56 anos
- ITU's de repetição
  - Cistoscopia
    - Dezembro/2017

- Áreas pequenas de aspecto inflamatório, inespecífico
- Estava com queixas compatíveis com nova ITU nessa altura
- Enviado lav



Fev/2015

Set/2015

Dez/2015

Fev/2016

Abr/2016

Out/2016

(...)

# ITU's de repetição?

- Mulher de 56 anos
- ITU's de repetição?
  - Citologia
    - Janeiro/2018
      - Células de carcinoma urotelial de alto grau

Fev/2015

Set/2015

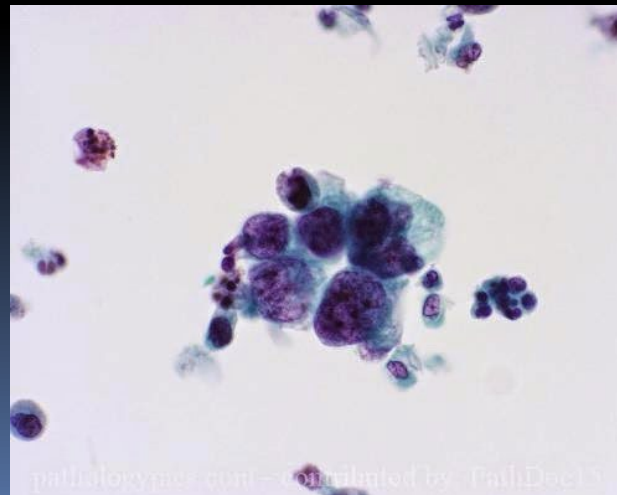
Dez/2015

Fev/2016

Abr/2016

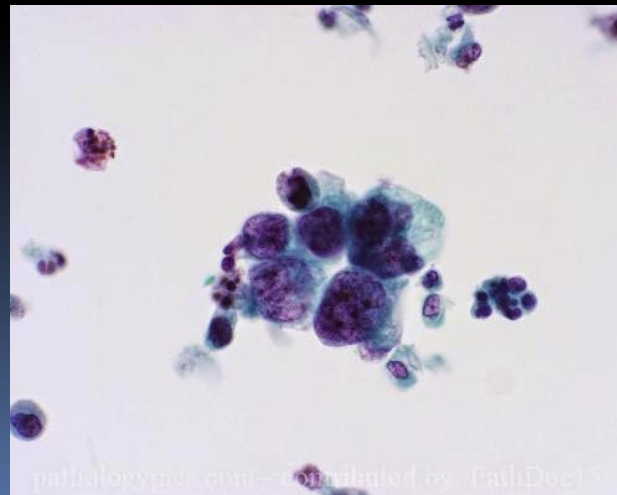
Out/2016



(...)





- Mulher de 56 anos

ITU's de repetição??



- 
- Citologia positiva para carcinoma urotelial alto grau
    - Uro-TC
    - Biópsias vesicais
- 

- 
- 
- Citologia positiva para carcinoma urotelial alto grau
    - Uro-TC
      - Sem alterações
    - Biópsias vesicais
      - 3 dos 6 fragmentos com *carcinoma in situ*

# CIS

- CIS vesical

## 4.5. Carcinoma in situ and its classification

Carcinoma *in situ* (CIS) is a flat, high-grade, non-invasive urothelial carcinoma. It can be missed or misinterpreted as an inflammatory lesion during cystoscopy if not biopsied.

T1 and CIS, as compared to Ta, have high malignant potential; the term non-muscle-invasive bladder cancer (NMIBC) is therefore a suboptimal description.

The diagnosis of CIS cannot be made with imaging methods (CT urography, IVU or US)

Without any treatment, approximately 54% of patients with CIS progress to muscle-invasive

# CIS

- CIS vesical

## 4.5. Carcinoma in situ and its classification

Carcinoma *in situ* (CIS) is a flat, high-grade, non-invasive urothelial carcinoma. It can be missed or misinterpreted as an inflammatory lesion during cystoscopy if not biopsied.

T1 and CIS, as compared to Ta, have high malignant potential; the term non-muscle-invasive bladder cancer (NMIBC) is therefore a suboptimal description.

The diagnosis of CIS cannot be made with imaging methods (CT urography, IVU or US)

Without any treatment, approximately 54% of patients with CIS progress to muscle-invasive

- Imunoterapia intravesical com BCG
- Seguimento apertado com cistoscopia e citologia
- Biópsias vesicais de controlo

# CIS

- CIS vesical

## 4.5. Carcinoma in situ and its classification

Carcinoma *in situ* (CIS) is a flat, high-grade, non-invasive urothelial carcinoma. It can be missed or misinterpreted as an inflammatory lesion during cystoscopy if not biopsied.

T1 and CIS, as compared to Ta, have high malignant potential; the term non-muscle-invasive bladder cancer (NMIBC) is therefore a suboptimal description.

The diagnosis of CIS cannot be made with imaging methods (CT urography, IVU or US)

Without any treatment, approximately 54% of patients with CIS progress to muscle-invasive

- Imunoterapia intravesical com BCG
- Seguimento apertado com cistoscopia e citologia

Approximately 10-20% of complete responders eventually progress to muscle-invasive disease, compared with 66% of non-responders [165,166] (LE: 2a).



# Discussão

Existe erro?

Da Doente...

Do Médico de Família...



Dos Urologistas...



# Discussão

Existe erro?

Lições a retirar?






# Discussão

Existe erro?

Lições a retirar?

## **Armadilhas:**

- “ITU’s de repetição” com UC’s negativas
  - TV em mulheres jovens não fumadoras
  - Ecografias sem alterações com bexiga vazia
  - “Consultas de corredor”
- 

# Urologia ao CENTRO

*A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO  
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE*

14 e 15 de fevereiro de 2019  
Fundação Bissaya Barreto  
Coimbra

Pedro Moreira  
Assistente de Urologia  
CHUC

## CASO CLÍNICO 3




05/01/2007

- IMFC, sexo F, 40 anos
- Ardor uretral ocasional
- AP:
- ITUs de repetição
  - Serratia marcescens
  - Escherichia coli, etc.
  - Urolitíase resolvida
  - Gesta 1 Para 1, CSA
- EAD:
  - Eco: rins e bexiga normais
- Pedida nova urocultura + sumária



26/1/2007

- Febre e ardor miccional 3 dias antes
  - Histeroscopia no S. Ginecologia – espessamento do endométrio
  - Urocultura negativa
  - Urina II normal
  - Pedida cistoscopia + citologia
- 




20/03/2007

- Cistoscopia:
  - Introdução fácil do aparelho
  - Meatos e mucosa sem alterações
  - MAS:
    - Retenção urinária (!)
    - Ensinado cateterismo intermitente
    - Pedido estudo urodinâmico



17/05/2007

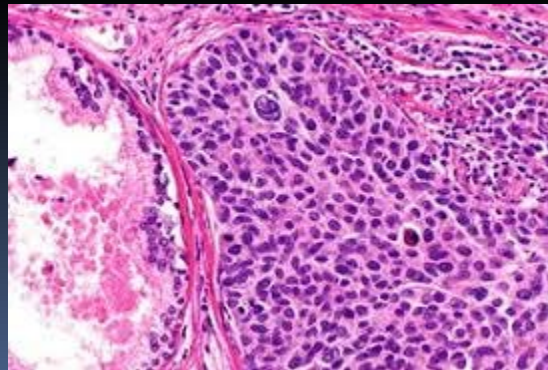
- Estudo urodinâmico
    - Bexiga de baixa capacidade
      - Urgência aos 250 ml
    - Esvaziamento difícil por dissinergia vésico-esfincteriana
    - Conclusão do relator: Síndrome de Fowler...
- 

# 12/07/2007 – C. Ginecologia

- Curetagem uterina revelou “adenocarcinoma do endométrio sem tipo histológico dominante (G2/G3)”
- Solicitada RMN
  - “Observa-se formação tumoral com provável origem na uretra, com extensão para a bexiga”
  - Não há sinais evidentes de carcinoma do endométrio...”

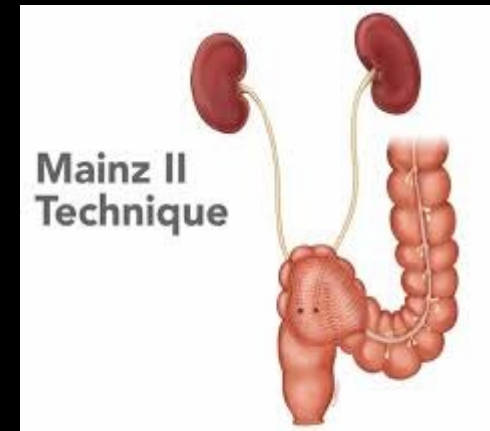
07/08/2007

- Uretrocistoscopia:
  - Identificação de massa uretral
  - Biópsias a frio
- AP: neoplasia urotelial de alto grau G<sub>3</sub>



29/8/2007

- Exenteração pélvica anterior + ureterectomia + uretero-sigmoidostomia



- AP: Carcinoma urotelial de alto grau da uretra com extensão para a bexiga e metastização ganglionar difusa pT<sub>3</sub>N<sub>2</sub>M<sub>0</sub>/G<sub>3</sub>



# Discussão


1. É evidente o erro médico neste caso?
  - Se sim, onde e quando?





# Discussão

2. Havia outros factores na história clínica que pudessem facilitar o aparecimento de erros?

- Acompanhamento concomitante por outra especialidade?
  - Erro na interpretação da histologia?
- 

# Discussão

## 3. Como poderia ter sido apressado o diagnóstico da neoplasia?

- Cistoscopia inicial?

### Bladder outlet dysfunction

#### -Anatomic

- Iatrogenic  
Stricture  
Anti-incontinence surgery
- Pelvic organ prolapse
- Extrinsic compression
- Gynaecologic tumours
- Meatal stenosis
- Caruncle
- Skene's gland abscess
- Urethral diverticulum
- Urethral carcinoma
- Ectopic ureterocele
- Retroverted impacted uterus (first trimester)

#### -Functional

- Primary bladder neck obstruction
- Dysfunctional voiding
- Detrusor external sphincter dyssynergia

*ICS, 2015*

# Conclusão

- 2007: Quimioterapia adjuvante
  - M-VAC
- 30/07/2008: Linfadenectomia inguinal bilateral
  - Metástases inguinais em 3 gânglios inguinais direitos e 1 gânglio profundo direito



# Conclusão

*14/2/2019: 52 anos, sem sinais de doença*



# Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO  
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

14 e 15 de fevereiro de 2019

Fundação Bissaya Barreto  
Coimbra



ORGANIZAÇÃO

Associação dos Amigos  
de Urologia  
e Transplantação Renal

## ERRO MÉDICO uma oportunidade de melhoria

Uma abordagem sintética à taxonomia e à dinâmica dos erros e  
acidentes em saúde

Francisco Rolo fevereiro 2019

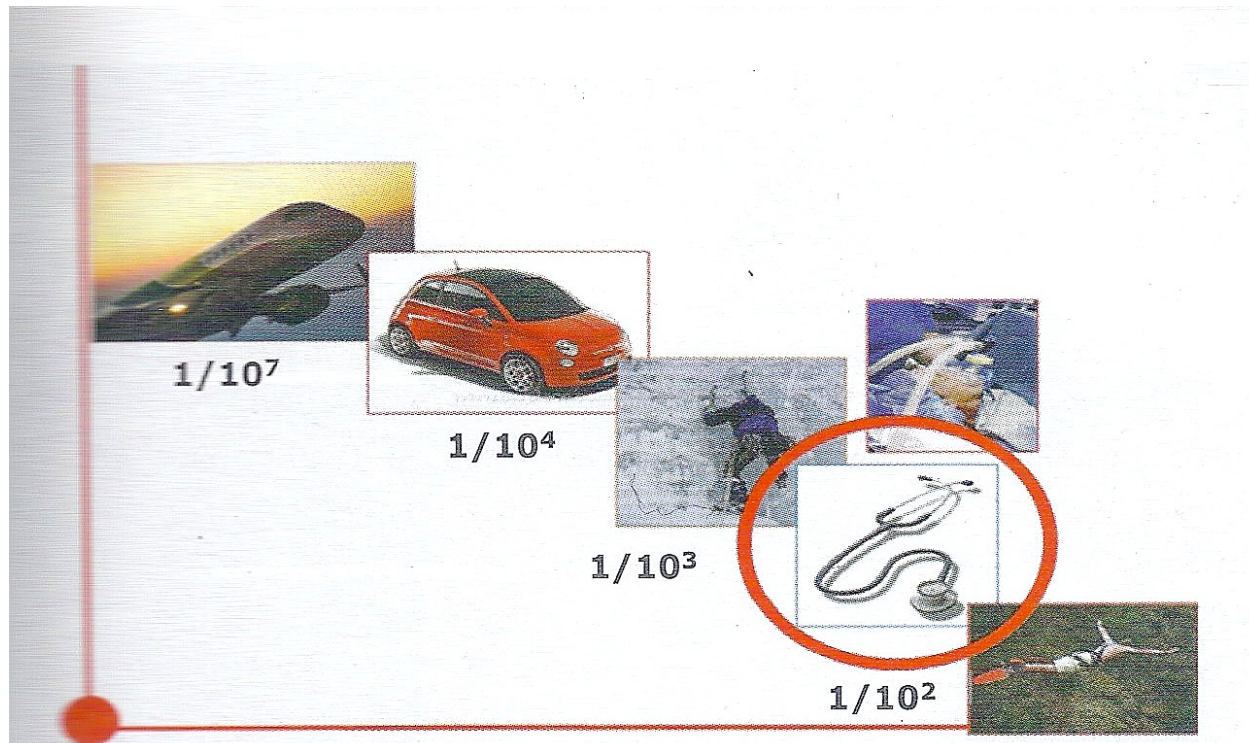
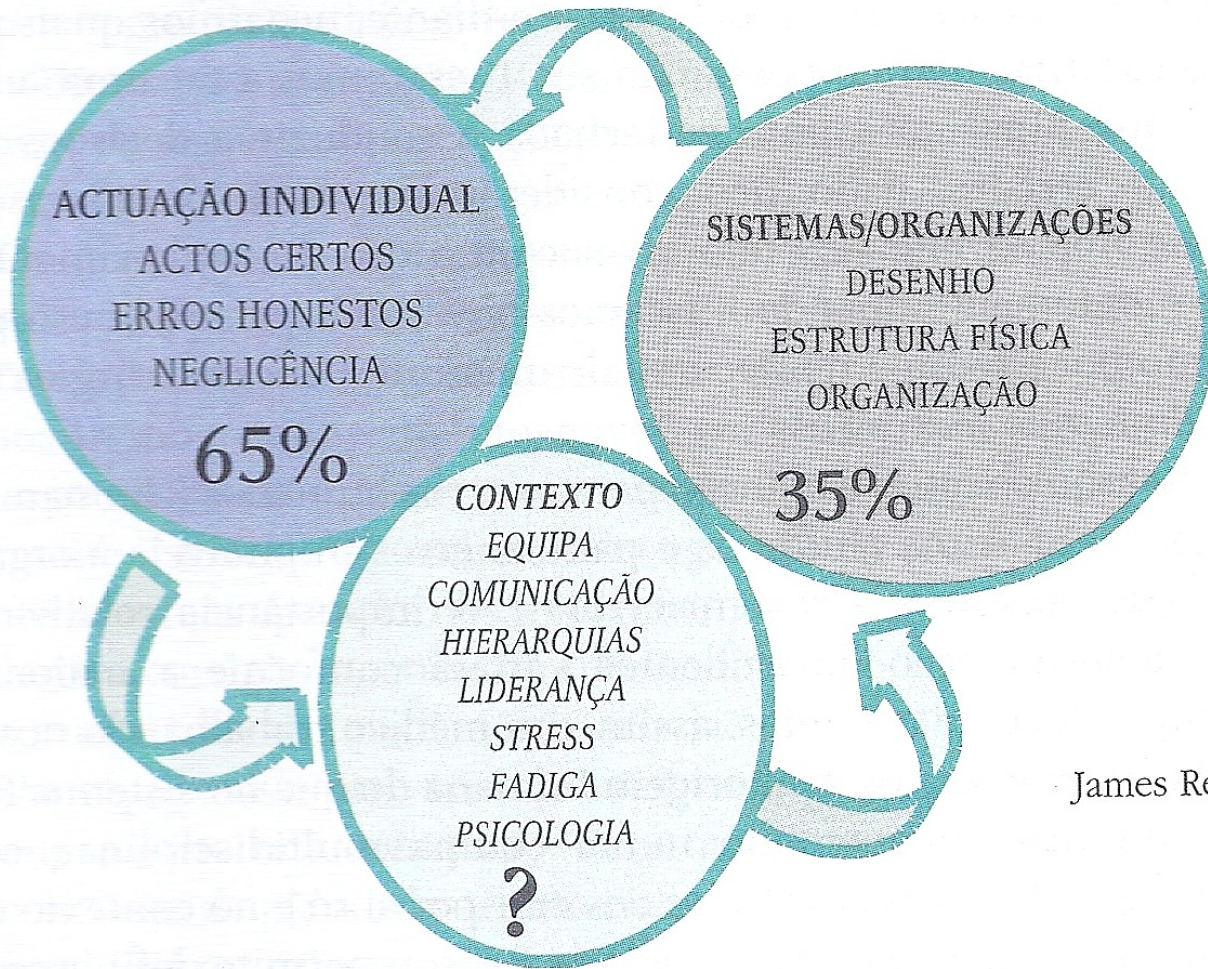


FIGURA 1.1 – A segurança das atividades humanas em unidades sigma.



James Reason 2000

# Como erramos – causas multifactoriais

- Lapsos ou falhas – erros automáticos de atenção
- Enganos – erros por planeamento defeituoso, por má aplicação de regras ou por mau raciocínio (decisões cognitivas erradas)
  
- Por omissão – passivamente
- Por comissão – ativamente

# Como erramos – causas multifactoriais

- Erros de destreza, erros de decisão e erros de percepção
- Por fatores humanos, fatores de equipa, e fatores de sistema
- Insuficiente treino de pessoas em equipa, quebras de comunicação

## Como Erramos e porque Erramos

- Nível 1 – Lapsos ou Falhas – falhas de atenção, cansaço, erros técnicos de destreza manual.
- Nível 2 e 3 – Escolhas erradas, enganos por uso incorreto de regras ou más decisões refletidas.

## Tipos de Erro

- **Erros honestos**, cometidos por pessoas cumpridoras das suas obrigações, zelosas, e que atuam de acordo com as boas práticas estabelecidas. Erram porque são humanas e por isso falíveis.

*Estes erros devem ser responsabilizados, mas serão sempre desculpabilizados*

# Tipos de Erro

- **Erros por Negligência** – *provocados por indivíduos, que não cumprem as regras, violam protocolos ou normas, atuando de forma insegura e violam a legis artis.*

*As violações podem ser situacionais por falta de condições de trabalho, e não há intenção de fazer mal; há facilitação, pouca consciência do risco.*

*Devem ser alvo de processo disciplinar e, indiscutivelmente, de culpabilização direta.*

## Tipos de erro

- **Eventos Sentinela (Never Events)** – *Eventos graves graves que causaram dano grave ou mesmo a morte, ocorrendo isoladamente e sempre de forma não esperada. Obrigam a reporte compulsivo impondo sempre uma investigação às suas causas remotas.*

## Tipos de Erro

- **“Near Miss”** - *É uma situação que só não provocou danos porque se verificou uma recuperação ativa, baseada na atenção humana e/ou no sistema de organização, que permitiram recuperar uma trajetória certa de acidente – são acidentes recuperados.*
- **Erros sem dano** – *são erros que poderiam ter causado dano, mas que, por sorte, porque a fisiologia humana é resistente, ou porque alguém corrigiu a tempo, não provocam dano.*

# Tipos de erro

- **Incidentes** – *ocorrências indesejáveis que afetam o decorrer de um processo mas que não comprometem o seu resultado planejado final, provocando transtornos de fluxo ou danos minor.*
- **Acidentes** – *ocorrências indesejáveis que afetam o decorrer do processo e que comprometem, em definitivo, o resultado planejado final, provocando transtornos ou danos major com consequências, normalmente, permanentes.*

# Tipos de erro

- **Eventos Adversos** – *Ocorrências indesejáveis que causaram danos, por atos cometidos ou por omissão, mas sendo sempre o resultado do tratamento e não da doença.*

- **Falhas Ativas e Falhas Latentes** – *falhas ativas são cometidas por pessoas normais atuando em sistemas de organização complexa e que podem ser facilitadas por falhas latentes as quais só por si não ocasionam acidentes mas que alinhadas com as outras como sucessivos buracos de segurança e na ausência de defesas propiciam janelas de oportunidade para a ocorrência de um acidente.*



Modelo de risco do "queijo suíço" de James Reason

# Incidência relativa dos erros

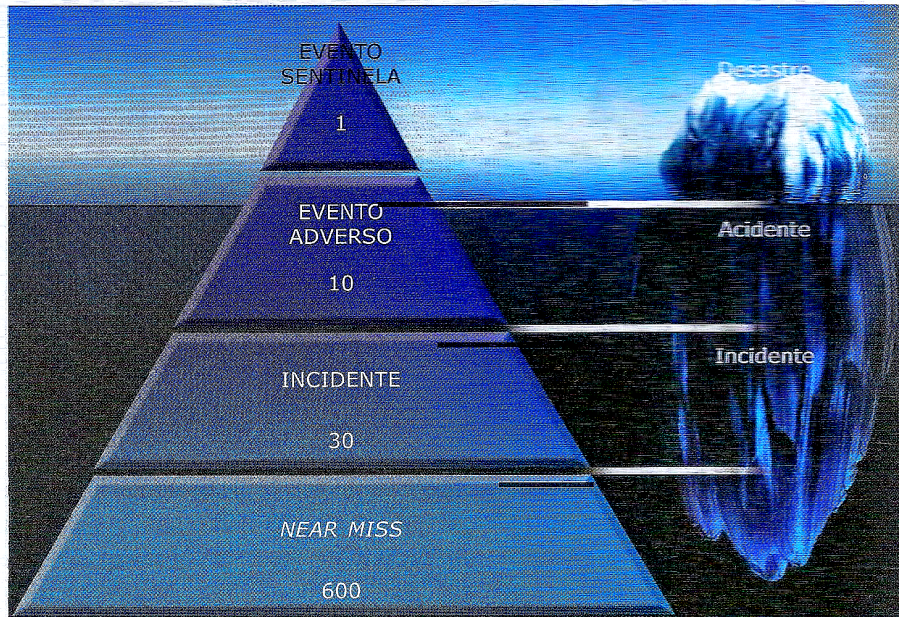


FIGURA 1.2 – A incidência relativa dos eventos em saúde.

Porque erramos?

- “A medicina passou de uma prática isolada, exercida à beira do leito, para uma atividade de grupo, exercida no seio de equipas multidisciplinares, numa enorme complexidade de interações humanas e sujeita, naturalmente, à ocorrência de erros humanos e erros de sistema.”
- J Fragata, in “segurança dos doentes”

## Erro Médico – um desvio do pretendido

- Erros com culpa – *Erros que resultem da violação de normas, num flagrante e negligente afastamento das leges artis.*
- Erros sem culpa - *Desvio involuntário de um plano estabelecido mas em que o autor não se afastou das normas de planeamento e de atuação esperadas e exigíveis.*
- Na perspectiva do doente - Quebras de expectativa, falhas de resultado, insucessos apesar de uma atuação com total correção de métodos e atitudes e que aconteceram por imponderáveis.

- Tratar é hoje visto como um contrato de serviços no qual é pedido exigente adequação de métodos e obtenção de resultados positivos e satisfatórios.
- As quebras de expectativa, as falhas de resultado, os insucessos passam a ser inquiridos pela óptica de culpa e podem passar facilmente para a litigância

*A medicina obriga-se, perante a sociedade, a um total dever de diligência, mas não a uma obrigação de resultados.*

# Consentimento informado para TVT-O

- **Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo**
- Consiste na colocação de uma fita entre uretra e vagina, de modo a apoiar a uretra, melhorando assim a continência.
- **Taxa de cura – 70-75%**
- **Benefícios:**
- Este procedimento tem como objetivo a resolução da incontinência urinária de esforço.
- **Complicações relacionadas com a cirurgia:**
- **Hemorragia, Lesão da bexiga (0-2,3%) ou uretra, necessidade de algaliação mais prolongada**
- **Retenção urinária**
- **Infeção da ferida operatória**
- **Complicações tardias mais frequentes**
- **Exteriorização da fita na vagina (0,5-8,1%)**

Como melhorar o nosso desempenho?

Cultura organizacional de segurança

# Erro = oportunidade de melhoria

- Notificar
- Monitorização de eventos adversos
- Análise retroativa

# Como evitar

- Cultura de segurança
- Despenalização dos erros humanos
- Punição da violação de normas
- Atuar no desenho organizacional – criar defesas e barreiras
- Recursos humanos

# “Human non-technical skills”

- Cultura de segurança - os fatores humanos contribuem com mais de 60%
- Capacidades da equipa, treino da equipa, hierarquias equilibradas
- Comunicação de forma estruturada e segura
- Briefings e debriefings nos blocos operatórios e transições com segurança

