PRODIAGNOSIS

Revista del Grupo Iberoamericano de Mejora de Diagnóstico/Revista do Grupo Ibero-americano de Melhoria de Diagnostico

Año I. Número 2. Enero 2018

Ano I. Número 2. Janeiro 2018

EDITORIAL

Revista de noticias y publicaciones de los miembros del Grupo científico "Prodiagnosis" / Revista de noticias e publicacoes dos membros do Grupo científico "Prodiagnosis"

Cuando un ser humano tiene un problema sanitario lo primero que desea conocer es cuál es la causa del mismo. Es a lo que en Medicina y Enfermería denominamos "Diagnóstico", palabra que viene del griego "conocer", y que permite comenzar las acciones que pueden mejorar el problema de una persona. La obtención del diagnóstico no es fácil muchas veces porque los síntomas que presenta el paciente suelen ser comunes a muchas enfermedades y requiere un esfuerzo de integración de la información obtenida y un contraste con la experiencia alcanzada con el estudio y la práctica. El gran acúmulo de tecnología actual facilita el proceso de diagnóstico, pero no elimina el proceso de razonamiento clínico que está en la base de la clínica. Pero hay un factor que no podemos dejar de lado, la repercusión emocional de un diagnóstico, sobre todo cuando se relaciona con procesos graves o tratamientos agresivos. El médico, el sanitario en general, debe ponerse en el lugar de un paciente cuando llega el momento de comunicarle un diagnóstico que puede tener gran repercusión emocional.

El Diagnóstico no es sólo un momento, es todo un proceso que requiere de sentido común, conocimiento, apoyo a la familia y al paciente y una comunicación adecuada. La antigua imagen del médico comunicando su parecer diagnóstico sin más discusión es algo que ha pasado a la historia de la Medicina.

Lorenzo Alonso

Quando um ser humano tem um problema de saúde, a primeira coisa que ele quer saber é a causa disso. É o que nós, em Medicina e Enfermagem, chamamos "Diagnóstico", uma palavra que vem do grego "para saber", e isso nos permite iniciar ações que podem melhorar o problema de uma pessoa. A obtenção do diagnóstico não é fácil muitas vezes porque os sintomas apresentados pelo paciente geralmente são comuns a muitas doenças e requer um esforço para integrar a informação obtida e um contraste com a experiência adquirida com o estudo e a prática. A grande acumulação de tecnologia atual facilita o processo de diagnóstico, mas não elimina o processo de raciocínio clínico que está na base da clínica. Mas há um fator que não podemos ignorar, a repercussão emocional de um diagnóstico, especialmente quando está relacionado a processos sérios ou tratamentos agressivos. O médico, o profissional de saúde em geral, deve ser colocado no lugar do paciente quando chegar a hora de comunicar um diagnóstico que possa ter um grande impacto emocional.

O Diagnóstico não é apenas um momento, é todo um processo que requer senso comum, conhecimento, apoio à família e ao paciente e comunicação adequada. A imagem antiga do médico que comunica sua opinião diagnóstica sem mais discussão é algo que passou na história da medicina.

Lorenzo Alonso

ART (Assesment of Reasoning Tool) para evaluar el Razonamiento Clínico, herramienta de la Society to Improve Diagnosis in Medicine, traducida por la Dra. Ximena Páez, de la Universidad de Los Andes, Venezuela

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE RAZONAMIENTO (ART)
Society to Improve Diagnosis in Medicine

APRENDIZ_____ EVALUADOR_____

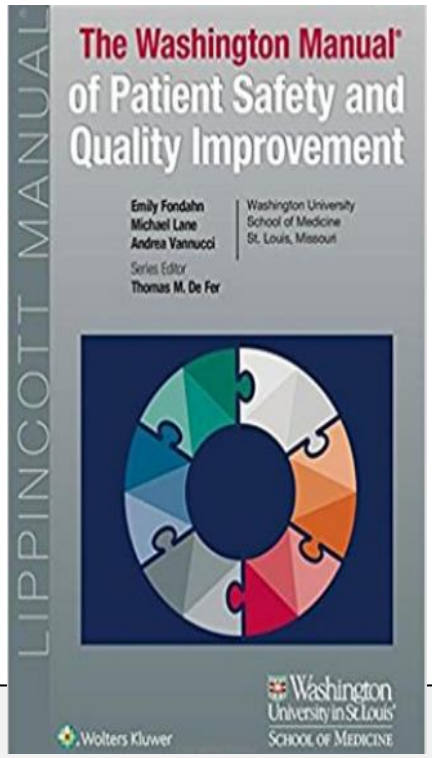
El APRENDÍZ	EVALUACIÓN		
	Mínima	Parcial	Completa
¿Recoge y reporta los datos de historia y examen de una forma dirigida a la hipótesis?	.Preguntas y examen no dirigidosa hipótesis. .Hizo preguntas sin enfocar claramente sobre diagnósticos potenciales.	.En general, preguntas y examen reflejan diagnósticos potenciales, pero algunas preguntas son menos relevantes o tangenciales	.Siguió línea clara de investigación, dirigiendo preguntas y examen a hallazgos específicos probablemente para aumentar o disminuir la probabilidad de diagnósticos específicos
¿Expresa una representación completa del problema usando terminología médica descriptiva?	.Incluyó información extraña. .No detecta datos claves .No tradujo los hallazgos a la terminología médica.	.En general, incluyó hallazgos clínicos claves (positivos y negativos) pero perdió algunos hallazgos claves o alguna terminología médica importante.	.Dió sinopsis clara del problema clínico. .Enfatizó importantes hallazgos positivos y negativos usando terminología médica descriptiva.
¿Expresa diagnósticos diferenciales priorizados de lo más probable o menos probable, improbable y diagnósticos que "no se puede olvidar"basados en la representación del problema?	.Perdió elementos claves del diagnóstico diferencial incluyendo diagnósticos probables o que "no se pueden olvidar".	.Dio diagnósticos diferenciales probables y que "no se pueden olvidar" pero perdió diagnósticos claves o los categorizó inapropiadamente.	.Dió diagnósticos diferenciales categorizados apropiadamente incluyendo diagnósticos probables y diagnósticos que "no se pueden olvidar".
¿Dirige evaluación/ tratamiento hacia diagnósticos de alta prioridad?	.Dirigió evaluación/ tratamiento hacia diagnósticos no importantes/improbables. .No evaluó o trató diagnósticos más probables/ que "no se pueden olvidar"	.Principal foco de evaluación y tratamiento fue diagnósticos probables y que "no se pueden olvidar" pero incluyó exámenes no esenciales.	.Evaluación y tratamiento dirigidos eficientemente hacia diagnósticos más probables y que "no se pueden olvidar". .Pruebas diferidad dirigidas a diagnósticos menos probables o menos importantes.
¿Demuestra habilidad para pensar sobre su propio pensamiento (metacognición)? Considere preguntar: *¿Hay algo acerca del modo en que está pensando o sintiendo acerca de este caso que puede llevar a error?*	.No es capaz de describir la influencia de tendencias cognitivas o factores situacionales/emocionales que pueden haber influido en la toma de decisiones.	.Puede nombrar una tendencia cognitiva o factor situacional/emocional que puede haber influido en la toma de decisiones.	.Puede nombrar una tendencia cognitiva o factor situacional/emocional que puede haber influido en la toma de decisiones
EVALUACIÓN GLOBAL	NECESITA MEJORAR ☐	MUESTRA COMPETENCIA ☐	EXCELENCIA ☐

Comentarios:

Traducido de: www.improvediagnosis.org/info@improvediagnosis.org/@improveDx **X. Páez/2017**

ALGUNOS LIBROS Y FUENTES NOVEDOSAS.

ALGUNS LIVROS E NOVAS FONTES



Manual claro y resumido como todos los de esta Editorial.

Manual claro e resumido como toda esta Editorial

CASO CLÍNICO 1. ***Lo esencial es invisible a los ojos***

Una paciente de 75 años acudió a urgencias tras sufrir una caída en su domicilio. La paciente había sido diagnosticada de cáncer de mama dos años antes y actualmente estaba recibiendo tratamiento hormonal por presencia de metástasis óseas. No tomaba otros fármacos salvo analgésicos de primer escalón.

La paciente refería que en días previos se encontraba más cansada, con edemas maleolares y le costaba más trabajo caminar. Tenía dolor en espalda que presentaba "desde siempre". En la Exploración en la camilla la paciente estaba consciente y orientada. No había ictericia aunque las mucosas estaban algo pálidas. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: globuloso. Edemas maleolares con fóvea moderada. La paciente podía mover las piernas e incluso elevarlas a 30 grados en la cama. En las pruebas complementarias se detectó un valor de Hemoglobina de 8,9 gramos, con un hematocrito de 31.

EVOLUCION La paciente fue ingresada con el diagnóstico presuntivo de síncope en relación a síndrome anémico a estudio. Dos días después la paciente refería que tenía dificultades para hacer deposición y que no podía orinar. Se procedió a una nueva exploración detectándose un nivel sensitivo a nivel dorsal medio. Se objetivó que la paciente no podía valerse por sí misma y no tenía fuerzas para apoyar las piernas.

DIAGNÓSTICO FINAL: Compresión medular por metástasis óseas

TIPO de ERROR de DIAGNÓSTICO: Diagnóstico equivocado

CASO CLÍNICO 1. ***O essencial é invisível para os olhos***

Um paciente de 75 anos foi para a sala de emergência depois de sofrer uma queda em casa. O paciente tinha sido diagnosticado com câncer de mama dois anos antes e atualmente estava recebendo tratamento hormonal para a presença de metástases ósseas. Não tomei outras drogas, exceto analgésicos de primeiro nível.

O paciente relatou que nos dias anteriores ela estava mais cansada com edema maligno e era mais difícil para ela caminhar. Ele tinha dor nas costas que ele tinha "sempre".

No exame na maca, o paciente estava consciente e orientado. Não houve icterícia, embora as mucosas tenham um pouco de pálido. ACP normal. Abdomen: globulous. Edema Malleolar com fóvea moderada. O paciente poderia mover as pernas e até elevá-las até 30 graus na cama. Nos testes complementares, foi detectado um valor de Hemoglobina de 8,9 gramas, com um hematócrito de 31.

EVOLUÇÃO O paciente foi admitido com o diagnóstico presuntivo de síncope em relação à síndrome anêmica em estudo. Dois dias depois, o paciente relatou ter dificuldades em fazer uma evacuação intestinal e não poder urinar. Uma nova exploração foi realizada com a detecção de um nível sensorial no nível dorsal médio. Verificou-se que o paciente não podia suportar sozinho e não tinha força para suportar as pernas.

DIAGNÓSTICO FINAL: compressão da medula espinhal devido a metástase óssea

TIPO DE ERROR DE DIAGNÓSTICO: diagnóstico errado

ANÁLISIS del CASO: En este Error de Diagnóstico intervienen como casi siempre, factores cognitivos o mentales y factores del sistema. a) Factores cognitivos:

- Sesgo de representación: por algún motivo lo habitual ante una caída coincidente con un síndrome anémico es pensar en síncope por anemia. Sin embargo había más claves en la información del paciente(dificultad para caminar, dolor en espalda) que colocaban esta “representación” en un escalón más inferior del proceso de diagnóstico diferencial.

- Cierre precoz: no se barajaron de forma lógica, las causas de una caída en una paciente (centrales, cardíacas, neurológicas o metabólicas) y se asumió la representaión del síncope y anemia.

b) Factores del sistema:

- La evaluación de una paciente en un servicio de urgencias no es la misma que en una planta. Sin embargo, el hecho de trabajar en un ambiente bajo presión no es óbice para plantear un listado de diferenciales básicos y realizar una exploración para evaluar la presencia o no de un nivel sensitivo, procedimiento que conlleva UN MINUTO de tiempo.

MEDIDAS para MEJORAR: aunque lo vea evidente, piense en más posibilidades que puedan explicar el cuadro del paciente. Aunque trabaje en urgencias, ***haga lo que tenga que hacer***, expresiones como “no hay tiempo” o “ya lo harán en planta” pueden retrasar un diagnóstico que requiera atención urgente.

Autor: Lorenzo Alonso

ANÁLISE DE CASO: Neste erro de diagnóstico, fatores cognitivos ou mentais e fatores do sistema intervêm como quase sempre. a) Fatores cognitivos:- Preconceo de representação: por algum motivo, a coisa usual antes de uma queda coincidente com uma síndrome anêmica é pensar em síncope devido à anemia. No entanto, havia mais pistas na informação do paciente (dificuldade em andar, dor nas costas) que colocava essa "representação" em um passo inferior do processo de diagnóstico diferencial.

- Fechamento precoce: as causas de uma queda no paciente (central, cardíaca, neurológica ou metabólica) não foram consideradas de forma lógica e a representação da síncope e da anemia foi assumida.

b) Fatores do sistema:

- A avaliação de um paciente em um serviço de emergência não é a mesma que em uma planta. No entanto, o fato de trabalhar em um ambiente sob pressão não é um obstáculo para propor uma lista de diferenciais básicos e realizar uma exploração para avaliar a presença ou não de um nível sensível, um procedimento que envolve UM MINUTO de tempo.

MEDIDAS PARA MELHORAR: embora seja evidente, pense duas ou três possibilidades que possam explicar a imagem. Mesmo que você trabalhe na sala de emergência, tudo o que você precisa fazer, expressões como "sem tempo" ou "elas vão fazê-lo na planta" podem atrasar o diagnóstico que requer atenção urgente

Autor: Lorenzo Alonso

BLOGS recomendados

. www.improvediagnosis.org

. www.raciocinioclinico.com.br

. http://primunnonnocere-edita.blogspot.com/

ENVÍA TUS COMENTARIOS o ARTÍCULOS a: xaalcarr@gmail.com

ENVIE SEUS COMENTARIOS O ARTICULOS A: xaalcarr@gmail.com

PRODIAGNOSIS:

Listado actual de miembros/ Lista de membros atuais

ARGENTINA

. Dr. FABIAN VITOLO. Gerente de Relaciones Institucionales y Servicios Médicos. Noble Seguros. ARGENTINA . Fabian.Vitolo@nobleseguros.com

. Dr. EZEQUIEL GARCÍA ELORRIO. Director. Calidad de Atención Médica y Seguridad del Paciente. Director de Administración. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.ARGENTINA. egarciaelorrio@iecs.org.ar

.Dr. JOSE MARIA CERIANI CERNADAS. Servicio de Neonatología y Comité de Seguridad del Paciente. Pediatría. Hospital Italiano de Buenos Aires. ARGENTINA. Jose.ceriani@hiba.org.ar..

. Prof. EDUARDO SCHNITZLER. Pediatra e intensivista pediátrico. Especialista en Gestión y Economía de la Salud. ITAES. SACAS. ARGENTINA. eduardoschnitzler@gmail.com

.LIC. FIDENCIA ESPÍNOLA ROLÓN. Comité de Seguridad del Paciente.Hospital Italiano de Buenos Aires. ARGENTINA. Fidencia.espinola@hospitalitaliano.org.ar

.LIC. PATRICIA NAVARRO. Comité de Seguridad del Paciente. Hospital Italiano de Buenos Aires. ARGENTINA. patricia.navarro@hospitalitaliano.org.ar

.Dr. PABLO LEMOS. Hospital Clínico Privado de Córdoba. Argentina. pabloalelemos@gmail.com

BRASIL

.Dr. RAFAEL CAPARICA. Instituto do Cancer do Estado de Sao Paulo. BRASIL. rcaparica@hotmail.com

.Dr. LEANDRO DIEHL. Nefrologista. Universidad de Londrina. Blog: raciocinioclinico. BRAZIL. leandro@raciocinioclinico.com.br

ECUADOR

.Dra. Gaby Zambrano. Directora de simulación médica. Semiología. Medicina Interna. Ecuador. gmosquera899@yahoo.com

ESPAÑA

. Dr. LORENZO ALONSO. Hospital Clínico Málaga. ESPAÑA. ljalonso@uma.es

.Dr. Fernando Salgado. Medicina Interna. Hospital Regional Universitario. Málaga. fersalord@gmail.com

ESPAÑA y EL SALVADOR

. Dr. ANTONIO MEDINA. Médico internista, intensivista y especialista en Medicina de urgencias, actualmente trabajando en Suecia. EL SALVADOR/ESPAÑA. medinadoctor@icloud.com

MÉXICO

. Dr. LUIS MEAVE. Subdirección de Calidad del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto de San Luis Potosí". MÉJICO. MÉXICO. luis.meave@uaslp.mx

. Dra. MAHUINA CAMPOS. Facultad de Medicina, UNAM. MÉXICO. emahuina@gmail.com

. Dra. EVANGELINA VÁZQUEZ CURIEL. OMS. MÉXICO. pacienteporpaciente@hotmail.com

Dr. LUIS ALBERTO VILLANUEVA EGAN. Ginecología y Obstetricia. MÉJICO. lvillanueva@conamed.gob.mx

PARAGUAY

. Dra. PERLA CARMEN LOVERA RIVAS. Jefe Dpto. de Fiscalizacion Medica.Direccion Medica Administrativa. Programa de Calidad y Seguridad del Instituto de Seguridad Social. PARAGUAY. plovera@ips.gov.py

. **Dr. Jesús Falcón**. Medicina Interna. rjmfalcon7953@gmail.com

.**Dra. Alicia Alcaraz** . Pediatra neumóloga. aliciaalcaraz13@gmail.com

.Dr. Gustavo Caballero. Medico cirujano . gustavocaballero1345@gmail.com

PERÚ

. Dra. Diana Rodríguez Hurtado. Facultad de Medicina Universidad Peruana Cayetano Heredia. Chapter Coordinator IHI (Institute for Healthcare Improvement) OS (Open School) Universidad Peruana Cayetano Heredia. PERÚ. diana.rodriguez@upch.pe

URUGUAY

. Dra. Edita Falcó. Cirujana.CESPA. URUGUAY. edita.falco@gmail.com

VENEZUELA

. Dra. XIMENA PÁEZ. Profesora Medicina. Universidad de Los Andes. VENEZUELA.
pacaps@gmail.com / pacaps@gmail.com

País por País

VENEZUELA

Población total	Puesto 42.°
• Estimación	31 519 000 hab. (2016)
• Densidad (est.)	36.5 hab./km²
PIB (PPA)	Puesto 30.°
• Total (2016)	US$ 427 326 millones[5]
• Per cápita	US$ 13 602,301[5]
PIB (nominal)	Puesto 30.°
• Total (2016)	US$ 347 186 millones[5]
• Per cápita	US$ 11 051,348[5]
IDH (2017)	▼ 0.767[1] (71.°) – Alto
Moneda	Bolívar (Bs.F., VEF)[6]
Huso horario	VST (UTC-4)[8]

Hace unos meses mandamos una encuesta sencilla a los miembros de Prodiagnosis sobre aspectos de cada país. En esta entrega exponemos un resumen de los datos de VENEZUELA, remitidos por la Dra. Ximena Páez, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes.

.Tipo de protección sanitaria: Seguro Social y seguros privados y otros.

.Asistencia primaria: SI.

.¿Via de reclamación nacional de Errores de Diagnóstico?: No. ¿Via de reclamación en hospitales? No. Vias de reclamación: Penal.

.¿Enseñanza sobre Error de Diagnóstico?: No en general.

. DIAGNÓSTICOS A CONSIDERAR: Los relacionados con los recursos.