

PRODIAGNOSIS

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

Año I. Número 4. Marzo 2018

Ano I. Número 4. Março 2018

EDITORIAL

Revista de noticias y publicaciones de los miembros del Grupo científico “Prodiagnosis” / Revista de noticias e publicações dos membros do Grupo científico “Prodiagnosis”

Práctica Deliberada

El Maestro muestra sus habilidades prácticas

Después de asistir a varias Conferencias de la Sociedad de Mejora del Diagnóstico (SIDM) en USA, la figura del Dr. Gurpreet Dhaliwal, especialista en Medicina Interna y Profesor en la Universidad de California San Francisco, destaca para mí cuando realiza su razonamiento ante un caso clínico expuesto de forma pública. Su exposición es siempre brillante y ágil, lo que ha sido reconocido recientemente por la revista The New England Journal of Medicine, al tener el honor de discutir uno de los famosos Case-Records⁽¹⁾. Pero uno puede preguntarse, además de cualidades personales y mucho estudio, ¿qué influye en una capacidad de juicio clínico brillante?

El vino mejora con el tiempo, la práctica clínica no siempre

En varias ocasiones el Dr. Dhaliwal ha manifestado que el aprendizaje en Medicina y el entrenamiento debe ser continuo, y para ello debemos utilizar el propio material clínico diario para avanzar. Un médico no mejora sólo con el tiempo si no hace su práctica comparando, diferenciando de forma activa, buscando imágenes similares o signos y síntomas diferenciadores o claves. Esto es a lo que él denomina “práctica deliberada”, un concepto que se ha extendido a todo el movimiento de mejora del diagnóstico pero que ha sido diseminado por sus conferencias y enseñanzas. Esta actitud es lo que ayuda a progresar para ser un experto en todos los campos, algo que la mayoría de los psicólogos y estudiosos del tema como K. Anders Ericsson han planteado en diferentes disciplinas incluida la Medicina⁽²⁾

Práctica Deliberada

O Mestre mostra suas habilidades prácticas

Depois de participar de várias Conferências da Sociedade de Melhoria do Diagnóstico (SIDM) nos EUA, a figura do Dr. Gurpreet Dhaliwal, especialista em Medicina Interna e Professor da Universidade da Califórnia em São Francisco, se destaca quando ele faz o seu raciocínio clínico exposto publicamente. Sua exposição é sempre brilhante e ágil, reconhecida pelo The New England Journal of Medicine, tendo a honra de discutir um dos famosos Case-Records⁽¹⁾. Mas pode-se imaginar, além de qualidades pessoais e muito estudo, o que influencia uma capacidade de julgamento clínico brilhante?

O vinho melhora com o tempo, a prática clínica nem sempre é

Em várias ocasiões, o Dr. Dhaliwal afirmou que treinamento em Medicina deve ser contínuo, e para isso devemos usar o material clínico diário para avançar. O médico não melhora apenas com o tempo se não praticar a comparação, a diferenciação, a busca de imagens semelhantes ou a diferenciação ou sinais e sintomas importantes. É o que ele chama de “prática deliberada”, um conceito que foi estendido a todo o movimento de melhoria diagnóstica. Esta atitude é o que ajuda a progredir para ser um especialista em todos os campos, algo que a maioria dos psicólogos e estudiosos do assunto como K. Anders Ericsson criaram em diferentes disciplinas incluindo Medicina⁽²⁾

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Dhaliwal G, et al. Case 36-2017- A 30-year-old-man with Fatigue, Rash, Anemia, and Thrombocytopenia. NEJM 2017; 377: 2074
- 2) Ericsson KA, et al. (The Role of Deliberate Practice in the Acquisition of Expert Performance, Psychological Review 1993; 100: 363-406

Resumen de Artículos/Resumo de Artigo

Fátima Rodrigues, Carlos Santos, João Pereira. Serviço de Medicina Interna e Serviço de Cardiologia Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

RESUMEN

Paciente masculino de 65 años, con antecedente de hipertensión, que refería varios episodios de lipotimia de 2 meses de evolución se asociaba a astenia a mediamos esfuerzos. Desde el inicio en febrero 2013 presentó 3 episodios de síncope al subir escaleras, acompañado de vómitos. Acudió a urgencias siendo los análisis normales y en ECG presentaba BRD. Se realizó Ecocardiograma que mostró masa de 68 por 48 mm, de bordes regulares, en el interior de la auricula derecha, con obstrucción parcial de la cámara de ventrículo derecho/válvula tricúspide. Había regurgitación tricúspide leve. Se hizo ecocardiograma transesofágico que confirmó la presencia de masa con las características descritas, pediculada, adherida al techo de la aurícula derecha sugestiva de mixoma. El síncope es un problema frecuente, siendo responsable de todas las admisiones hospitalarias (el 1 al 6%). Los tumores cardíacos pueden ser causa de síncope, y al ser una causa tratable y potencialmente grave es de extrema importancia que el ecocardiograma se haga cuanto antes. Otras manifestaciones clínicas que dependen del tamaño, localización y la movilidad del tumor son: disnea (80%), Insuficiencia cardíaca congestiva, dolor torácico atípico, astenia, pérdida de peso, palpitaciones, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, taquiarritmias, hemoptisis y muerte súbita. Los tumores cardíacos más frecuentes son metastásicos; los tumores primarios son raros y el 75% son benignos, de los cuales el 50% son mixomas y son más frecuentes en mujeres y se localizan por orden de frecuencia en la aurícula izquierda (75%) y en la aurícula derecha (20%).

RESUMO

Doente do sexo masculino, 65 anos, com antecedentes de Hipertensão Arterial que referia vários episódios de lipotímia com 2 meses de evolução e associados a astenia para pequenos esforços. No início de Fevereiro 2013 três episódios de síncope de esforço ao subir escadas, acompanhada de vómitos. Recorreu ao Serviço de Urgência e teve teve alta após realização de exames de rotina (Análises normais e ECG com bloqueio ramo direito). Posteriormente efetuou ecocardiograma transtorácico que evidenciou volumosa massa - 68x48 mm, de bordos regulares, no interior da aurícula direita, com proclividade/obstrução parcial da câmara entrada ventrículo direito/válvula tricúspide. Regurgitação tricúspide muito ligeira, sem outras alterações. Fez Ecocardiograma transesofágico que confirmou a presença da massa com as características descritas acima, pediculada, adherida ao teto da aurícula direita sugestiva de mixoma (Figura2). O doente foi submetido a exérese da massa em Fevereiro de 2013, cujo anatomo-patológico foi mixoma. A Síncope é um problema frequente, sendo responsável por aproximadamente 1 a 6% de todas as admissões hospitalares. Os tumores cardíacos podem ser causa de síncope, por ser uma causa tratável e potencialmente grave, é de extrema importância que o ecocardiograma seja realizado com a maior brevidade. Outras manifestações clínicas, que dependem do tamanho, localização e mobilidade do tumor são: dispneia (80%), insuficiência cardíaca congestiva, dor torácica atípica, astenia, perda ponderal, palpitações, embolia pulmonar, acidente vascular cerebral, taquiarritmias, hemoptise e morte súbita. Os tumores cardíacos mais frequentes são metastásicos; os tumores primários são raros (0.0017-0.19%) sendo que 75% são benignos, dos quais 50% são mixomas e são mais frequentes nas mulheres e localizam-se por ordem de frequência na aurícula esquerda (75%) e na aurícula direita (20%).

CASO1 : PROPUESTO POR PRODIAGNOSIS.

Paciente de 75 años de edad ingresada a emergencia por caída en su domicilio. App: cáncer de mama hace 2 años, con tratamiento hormonal por metástasis ósea. Refiere que en días previos se ha sentido más cansada y ha presentado edema maleolar en ambas extremidades que le impide caminar. Presenta dolor de espalda "desde siempre", puede elevar las piernas y flexionar las rodillas en 30º. Exámenes de laboratorio: Hb 8,9.

Diagnóstico presuntivo: síncope por síndrome anémico.

A los 2 días presenta dificultad en deposición y manifiesta no poder orinar. Examen neurológico: nivel sensitivo a nivel dorsal medio.

Diagnóstico final: compresión medular por metástasis ósea.

ANÁLISIS DEL CASO

Sesgo de cierre prematuro: aparentemente se llegó al diagnóstico presuntivo y no se hizo esfuerzo por verificar el diagnóstico, es posible que incluso se haya indicado tratamiento prematuramente.

Sesgo de confirmación: aparentemente se detuvo la búsqueda una vez se encontró una posible causa para el motivo de consulta, sin poner atención a otros detalles.

Exceso de confianza: en este caso se actuó con información incompleta y al parecer se confió demasiado en el primer diagnóstico se surgió.

Sesgo de anclaje: uno de los datos más importantes de este caso es la caída, intentando llegar rápido a un Dx se le prestó demasiada atención.

Sesgo de disponibilidad: se pensó apresuradamente en el síncope porque es uno de los diagnósticos en se vienen primero a la mente en el caso de caídas sin explicación.

Momentun diagnóstico: La etiqueta de un paciente oncológico (tendencia a presentar bajos conteos en la biometría hemática) fue un detalle importante que llevó a darle peso al diagnóstico de síncope.

Retirada de la cebra: es posible que la compresión medular se haya barajado entre las primeras hipótesis, sin embargo se tomó en cuenta más un diagnóstico menos "rebuscado" y más evidente, lo que retrasó el diagnóstico final.

CASO 1: PROPOSTA DE PRODIAGNOSE.

Uma paciente de 75 anos de idade admitida em uma emergência devido a uma queda em sua casa. Aplicação: câncer de mama há 2 anos, com tratamento hormonal para metástase óssea. Ela diz que nos dias anteriores ela se sentiu mais cansada e apresentou edema maléolar em ambas as extremidades que a impede de caminhar. Ele tem dor nas costas "desde sempre", ele pode elevar as pernas e dobrar os joelhos em 30º. Testes laboratoriais: Hb 8,9.

Diagnóstico presuntivo: síncope devido à síndrome anêmica.

Após 2 dias, apresentou dificuldade em fezes e manifestava não poder urinar. Exame neurológico: nível sensorial no nível dorsal médio.

Diagnóstico final: compressão da medula espinhal devido a metástase óssea

ANÁLISE DE CASO

Viés de fechamento prematuro: o diagnóstico presuntivo foi aparentemente alcançado e nenhum esforço foi feito para verificar o diagnóstico, é possível que o tratamento seja mesmo indicado prematuramente.

Viés de confirmação: a pesquisa foi aparentemente interrompida uma vez que uma possível causa pelo motivo da consulta foi encontrada, sem prestar atenção a outros detalhes.

Excesso de confiança: neste caso, agimos com informações incompletas e, aparentemente, dependemos demais do primeiro diagnóstico levantado.

Ancoragem: um dos dados mais importantes neste caso é a queda, tentando chegar a um Dx rapidamente, muita atenção foi paga, atingindo um que explicou isso, mas não levou em consideração os outros dados e os antecedentes

Viés de disponibilidade: pensamento apressado na síncope, porque é um dos diagnósticos em primeiro lugar para a mente no caso de quedas sem explicação.

Momentun diagnóstico: o rótulo de um paciente oncológico (tendência a apresentar contagens baixas na contagem sanguínea) foi um detalhe importante que levou a dar peso ao diagnóstico de síncope.

Retirada da zebra: é possível que a compressão da medula espinhal tenha sido arrastada entre as primeiras hipóteses, porém um diagnóstico mais "sofisticado" e mais evidente foi levado em consideração, o que atrasou o diagnóstico final.

Artículos claves de error de diagnóstico

Título original: Twelve tips for teaching avoidance of diagnostic errors

ROBERT L. TROWBRIDGE Maine Medical Center, Portland, Maine, USA. 2008; 30: 496–500. Medical Teacher

Resumen:

Se exponen doce reglas sencillas para mejorar el proceso de razonamiento clínico. Se resumen de la siguiente forma:

- 1) Describa explícitamente como la heurística afecta al razonamiento clínico.
- 2) Busque períodos de tiempo para el diagnóstico
- 3) Utilice la actitud del “peor escenario”.
- 4) Promocione el uso de un enfoque sistémico a los problemas.

- 5) Pregunte ¿Por qué?
- 6) Enseñe y destaque el valor de la exploración física
- 7) Enseñe los conceptos de Bayes

- 8) Integre la participación del paciente
- 9) Enseñe a replantearse el diagnóstico: ¿qué otra cosa puede ser?
- 10) No olvide las “cebras”
- 11) Enseñe a parar y reflexionar
- 12) Reconozca los propios errores

Artigos chaves de erro de diagnóstico

Título original: Twelve tips for teaching avoidance of diagnostic errors

ROBERT L. TROWBRIDGE Maine Medical Center, Portland, Maine, USA. 2008; 30: 496–500. Medical Teacher

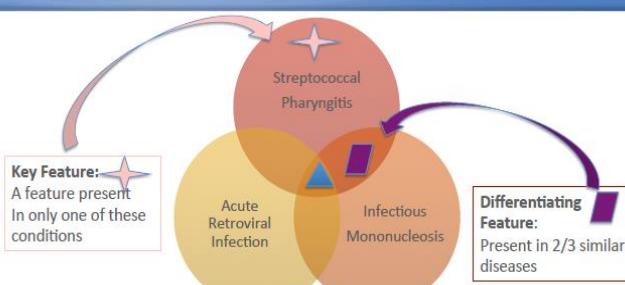
Resumo:

Doze regras simples são explicadas para melhorar o processo de raciocínio clínico. São resumidos da seguinte forma:

- 1) Descreva explicitamente como as heurísticas afetam o raciocínio clínico.
- 2) Procure períodos de tempo para o diagnóstico
- 3) Use a atitude "pior caso".
- 4) Promover o uso de uma abordagem sistemática de problemas.

- 5) Pergunte por quê?
- 6) Ensinar e destacar o valor do exame físico
- 7) Ensine os conceitos de Bayes
- 8) Integrar a participação do paciente
- 9) Ensine a repensar o diagnóstico: o que mais pode ser?
- 10) Não se esqueça das "zebras"
- 11) Ensine parar e refletir
- 12) Reconheça seus próprios erros

Compare and Contrast Thinking (CCT)



UCSF

Syndrome

PRODIAGNOSIS: Grupo Iberoamericano de Mejora de Diagnóstico

Grupo Ibero-americano do Melhoria de Diagnóstico

www.prodiagnosis.org

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

Instituciones de algunos de los componentes de Prodiagnosis
Instituições de alguns dos componentes do Prodiagnosis

Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. Argentina

Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina

Universidad de Londrina. Brazil

Facultad de Medicina. UNAM. México

OMS. México

Instituto de Seguridad Social. Paraguay

Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú

Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Venezuela

Universidad Tecnológica Equinoccial. Ecuador

EQUIPO O GRUPO: PARTICIPACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO

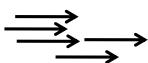
EQUIPE OU GRUPO: PARTICIPACAO NO DIAGNÓSTICO

Definiciones

- **Grupo:** dos o más personas que contribuyen a un producto común y realizan su propio trabajo relativamente independiente uno de otro



- **Equipo:** dos o más personas con habilidades complementarias que interaccionan dinámicamente, interdependientemente, y adaptativamente, para conseguir un objetivo común



Taplin SH, et al. JOP 2015: 231-238



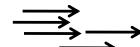
VII WORKSHOP del FORO OSLER
"El Viento del Cambio en Medicina"

Definições

- Grupo: duas ou mais pessoas que contribuem para um produto comum e realizam seu próprio trabalho relativamente independente um do outro



- Equipa: dos ou mais personas con habilidades complementarias que interaccionan dinámicamente, interdependientemente, y adaptativamente, para conseguir un objetivo común



Taplin SH, et al. JOP 2015: 231-238



VII WORKSHOP del FORO OSLER
"El Viento del Cambio en Medicina"

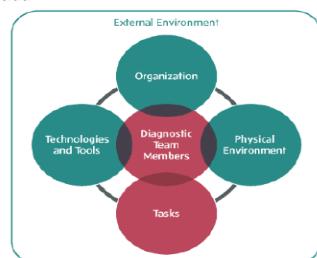
Teamwork: definición

Teamwork: el conocimiento, habilidades de comportamiento, y actitudes que los miembros del equipo emplean para navegar entre tareas interdependientes, comunicándose efectivamente, anticipándose a las necesidades de los otros, inspirando confianza, dando lugar a una acción colectiva coordinada



Teamwork

Teamwork: o conhecimento, as habilidades comportamentais e as atitudes que os membros da equipa usam para navegar entre tarefas interdependentes, comunicar efetivamente, antecipar as necessidades dos outros, inspirar confiança, levando a ação coletiva coordenada



Sesgos en las Decisiones en Grupo

- **Groupthink:** los miembros del grupo derivan a tomar una decisión simplemente porque es la de la mayoría de los miembros del grupo, en lugar de otras decisiones más realistas
- **Conformidad de grupo:** preferencia por la consistencia y esto puede llevar a los individuos a cambiar una decisión para evitar inconsistencia
- **Social loafing:** una persona hace menos esfuerzo para conseguir un objetivo cuando trabaja en un grupo que cuando lo hace sólo
- **Efecto Ringelman:** tendencia a disminuir el rendimiento en un grupo a medida que su tamaño aumenta
- **Racionalización colectiva:** buenos grupos pueden no reconocer sus debilidades en una decisión



VII WORKSHOP del FORO OSLER
"El Viento del Cambio en Medicina"

Viés em decisões grupais

- **Groupthink:** os membros do grupo derivam para tomar uma decisão simplesmente porque é a maioria dos membros do grupo, em vez de outras decisões mais realistas
- **Conformidade do grupo:** preferência por consistência e isso pode levar os indivíduos a mudar uma decisão para evitar inconsistência
- **Social loafing:** uma pessoa faz menos esforço para alcançar um objetivo ao trabalhar em um grupo do que quando ele ou ela faz isso apenas
- **Efeito Ringelman:** tendência para diminuir o desempenho em um grupo à medida que seu tamanho aumenta
- **Racionalização coletiva:** bons grupos podem não reconhecer suas fraquezas em uma decisão



VII WORKSHOP del FORO OSLER
"El Viento del Cambio en Medicina"