

PRODIAGNOSIS

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

Año I. Número 10. Octubre 2018

Ano I. Número 10. Outubro 2018

EDITORIAL

¿Es útil el Diagnóstico Diferencial en nuestros días?

La Medicina está convirtiéndose en una actividad cada vez más práctica, sobre todo en situaciones como Urgencias o cualquier servicio con un número elevado de pacientes. Las decisiones deben ser rápidas, diferenciando lo grave de lo banal, lo urgente de lo que permite un tiempo para actuar. El juicio clínico suele ir a lo concreto, neumonía, infarto, infección, es decir síndromes que permiten decidir de forma rápida. En este contexto el plantearse varias posibilidades, es decir un diagnóstico diferencial, se considera como una pérdida de tiempo o un ejercicio académico. Los médicos jóvenes necesitan decisiones claras, tienen sus patrones mentales "lineales" y tienen cierta resistencia a ampliar las posibilidades diagnósticas. Puede que la nueva Medicina no tenga que realizar los diagnósticos diferenciales de los grandes médicos del siglo XIX, una época en la que era obligatorio por la escasez de pruebas diagnósticas, pero hoy en día el diagnóstico diferencial priorizado, es decir basado en las probabilidades de aparición de un proceso o en su gravedad, es una red de seguridad para el paciente y el médico. Ampliar las posibilidades es llevar a cabo un método de trabajo que nos obliga a planificar la atención del paciente y aumenta la probabilidad de un diagnóstico preciso. Los sistemas electrónicos de apoyo al diagnóstico pueden y son muy útiles en este contexto. Por lo tanto, Diagnóstico Diferencial SI.

O diagnóstico diferencial é útil em nossos dias?

A medicina está se tornando uma atividade cada vez mais prática, especialmente em situações como emergências ou qualquer serviço com um grande número de pacientes. As decisões devem ser rápidas, diferenciando o sério do banal, o urgente do que permite um tempo para agir. O julgamento clínico costuma ir ao concreto, pneumonia, infarto, infecção, isto é, síndromes que permitem decidir rapidamente. Nesse contexto, considerar várias possibilidades, ou seja, um diagnóstico diferencial, é considerado um desperdício de tempo ou um exercício acadêmico. Os jovens médicos precisam de decisões claras, têm seus padrões mentais "lineares" e têm alguma resistência em expandir as possibilidades de diagnóstico. A nova Medicina pode não ter que realizar os diagnósticos diferenciais dos grandes doutores do século XIX, época em que era obrigatória devido à escassez de exames diagnósticos, mas hoje em dia o diagnóstico diferencial é prioritário, ou seja, baseado nas probabilidades de a aparência de um processo ou a sua gravidade, é uma rede de segurança para o paciente e para o médico. Expandir as possibilidades é realizar um método de trabalho que nos obriga a planejar o atendimento ao paciente e aumenta a probabilidade de um diagnóstico preciso. Sistemas de suporte de diagnóstico eletrônico podem e são muito úteis neste contexto. Portanto, Diagnóstico Diferencial SI.

Imunoterapia e cancer

A imunoterapia, como uma nova linha de tratamento contra o câncer, é agora uma realidade. Os cientistas Honjo e Allison merecem o prêmio pelo seu permanente e constante trabalho experimental há mais de vinte anos, lutando contra a percepção dos oncologistas clínicos de que na base desse desenvolvimento havia uma lógica interessante, mas uma probabilidade baixa de alcançar um resultado prático. A ideia básica para o desenvolvimento da imunoterapia centrou-se na chamada "teoria do escape imunológico", segundo a qual as células neoplásicas conseguiram escapar do ataque do sistema imunológico, defendendo-se dele.

Alguém tentou anteriormente

Houve experiências anteriores de uso de imunoterapia no tratamento do câncer. Assim, a vacina BCG tem sido usada no tratamento adjuvante do melanoma e em alguns tipos de câncer de bexiga, intravesicalmente, e todos nos lembramos dos artigos do Dr. Rosenberg⁽¹⁾ usando a interleucina como um estimulante imunológico no tratamento do melanoma.

Encontrando o "Yang" da imunoterapia

A pesquisa em laboratório nos últimos vinte anos tem sido fundamental para o desenvolvimento de um novo tratamento do câncer, mas antes disso, houve um momento definido em que pacientes com doenças relacionadas à superexpressão do sistema imunológico, com autoimunidade, foram detectados. O conhecimento desse desequilíbrio foi um passo básico em nossa história. Essa desregulação tem duas expressões diferentes, sendo a primeira uma imunodeficiência, com o surgimento de infecções incomuns, como ocorreu com a pneumonia por Pneumocystis, que possibilitou detectar a epidemia do vírus da imunodeficiência agrupando vários casos em um espaço geográfico. O outro lado, superexpressão ou autoimunidade, dá origem a sinais e sintomas que formam uma patologia multiorgânica que afeta as glândulas endócrinas, colôn, pele e fígado, entre outros órgãos, resposta condicionada por uma população de células linfoides específicas. Embora não seja fácil encontrar os casos clínicos iniciais na literatura médica, o que é certo é que o conhecimento dos fatores que modulam essa superexpressão têm estado na base do desenvolvimento dos novos tratamentos. Essa luta entre a falta de imunidade e o que poderíamos chamar de "Yang" ou autoimunidade tornou possível detectar os pontos de controle dessa resposta excessiva com o consequente desenvolvimento de novas drogas.

Agora temos um tratamento novo e diferente para o câncer. O desenvolvimento da imunoterapia como uma nova ferramenta para tratar o câncer é um exemplo claro da aplicação do conhecimento laboratorial à prática clínica. Mas, devemos lembrar que, em algum momento dessa história, a descrição do quadro clínico de um grupo de pacientes afetados pela autoimunidade abriu as portas para o trabalho de laboratório, continuado por ensaios clínicos.

(1) [Rosenberg SA¹, Packard BS, Aebersold PM, Solomon D, Topalian SL, Toy ST, Simon P, Lotze MT, Yang JC, Seipp CA, et al. N Engl J Med.](#) 1988 Dec 22;319(25):1676-80.

Inmunoterapia y cáncer

La inmunoterapia, como una nueva línea de tratamiento contra el cáncer, es ahora una realidad. Los científicos Honjo y Allison merecen el premio por su permanente y constante trabajo experimental desde hace más de veinte años, luchando contra la percepción de los oncólogos clínicos de que en la base de ese desarrollo había una lógica interesante, pero una probabilidad baja de alcanzar un resultado práctico. La idea básica para el desarrollo de la inmunoterapia se centró en la llamada "teoría del escape inmunológico", según la cual las células neoplásicas pueden escapar del ataque del sistema inmunitario, defendiéndose de él.

Alguien lo intentó previamente

Ha habido experiencias previas de utilizar la inmunoterapia en el tratamiento del cáncer. Así la vacuna de BCG se ha utilizado en el tratamiento adyuvante del melanoma y en algunos tipos de cáncer vesical, de forma intravesical, y todos recordamos los artículos del Dr. Rosenberg⁽¹⁾ utilizando la interleuquina como un estimulante inmunitario en el tratamiento del melanoma.

Encontrando el “Yang” de la inmunoterapia

La investigación en el laboratorio durante los últimos veinte años ha sido fundamental para el desarrollo de un nuevo tratamiento del cáncer, pero antes de esto, hubo un momento definitivo cuando se detectaron pacientes con enfermedades relacionadas con una sobre expresión del sistema inmune, con autoinmunidad, y el conocimiento de este desbalance fue un paso básico en nuestra historia. Esta desregulación definitiva tiene dos expresiones diferentes, la primera una imunodeficiencia, con la aparición de infecciones no habituales, como ocurrió con la neumonía por Pneumocystis que permitió detectar la epidemia del Virus de la Inmunodeficiencia al agruparse varios casos en un espacio geográfico. La otra cara, la sobreexpresión o autoinmunidad, da lugar a signos y síntomas que configuran una patología multiorgánica que afecta a las glándulas endocrinas, al colon, piel e hígado, entre otros órganos, una respuesta condicionada por una población de células linfoides específicas. Aunque no es fácil encontrar en la literatura médica los casos clínicos iniciales, lo que es cierto es que el conocimiento de los factores que modulan esta sobre expresión han estado en la base del desarrollo de los nuevos tratamientos.

Esta lucha entre el déficit de inmunidad y lo que podíamos llamar su “Yang” o autoinmunidad ha permitido detectar los puntos de control de esta respuesta excesiva con el consiguiente desarrollo de nuevos fármacos. **Tenemos ahora un tratamiento Nuevo y diferente para el cáncer**

El desarrollo de la inmunoterapia como una nueva herramienta para tratar el cáncer es un claro ejemplo de la aplicación de los conocimientos del laboratorio a la práctica clínica. Pero, hay que recordar, que en algún momento de esta historia, la descripción del cuadro clínico de un grupo de pacientes afectados por autoinmunidad, abrió la puerta al trabajo de laboratorio, continuado por los ensayos en clínica.(1) [Rosenberg SA¹, Packard BS, Aebersold PM, Solomon D, Topalian SL, Toy ST, Simon P, Lotze MT, Yang JC, Seipp CA, et al. N Engl J Med.](#) 1988 Dec 22;319(25):1676-80.

CLINICAL PROBLEM SOLVING

Uno de los cursos más concretos sobre cómo enfocar el razonamiento clínico es uno que se ofrecía de forma gratuita en la plataforma "Coursera", expuesto y dirigido por la Dra. Catherine Lucey, de la Universidad de California Los Angeles. Los videos son accesibles en Youtube pero si alguien tiene interés se puede enviar poco a poco. Básicamente es una aplicación a la práctica de muchos conceptos teóricos desde el mundo del razonamiento clínico y la mejora del diagnóstico.

Um dos cursos mais concretos sobre como abordar o raciocínio clínico é aquele que foi oferecido gratuitamente na plataforma "Coursera", exposta e dirigida pela doutora Catherine Lucey, da Universidade da Califórnia em Los Angeles. Os vídeos são acessíveis no Youtube, mas se alguém tiver interesse, ele pode ser enviado pouco a pouco. Basicamente, é uma aplicação para a prática de muitos conceitos teóricos do mundo do raciocínio clínico e melhoria do diagnóstico.

Diagnóstico diferencial priorizado

- **Nivel I:** Alta probabilidad clínica
- La enfermedad explica todos los principales hallazgos
- El paciente tiene todos los principales componentes de la enfermedad
- No hay datos de rechazo y puede haber KEY signo
- **Nivel Ie:** peor / gravedad
- **Nivel II:** probabilidad moderada
- Faltan datos de la enfermedad pero no hay datos de rechazo
- **Nivel III:** poco probable. Hay datos para rechazar

Diagnóstico Diferencial Priorizado

- Nível I: alta probabilidade clínica
- A doença explica todas as principais descobertas
- O paciente tem todos os principais componentes da doença
- Não há dados de rejeição e pode haver sinal de KEY
- Nível Ie: pior / grave
- Nível II: probabilidade moderada
- Dados de doença estão faltando, mas não há dados de rejeição
- Nível III: improvável Há dados a rejeitar



Otra forma de pensar es posible



SESgos COGNITIVOS: Son situaciones en las que el razonamiento clínico se desvía de lo correcto, generalmente por repercusión de factores emocionales relacionadas con experiencias previas o costumbre, y en ocasiones por cansancio mental o deseo de alcanzar una solución rápida.

El "pensar" y analizar estos sesgos ayudan a su corrección, como un ordenador que se autocorrige, es lo que se llama metacognición.

En el siguiente artículo se exponen siete estrategias para su corrección, en artículo publicado en el Blog "raciocinioclinico" de Brasil.

VIESSES COGNITIVE : São situações em que o raciocínio clínico se desvia do correto, geralmente pela repercussão de fatores emocionais relacionados a experiências prévias ou personalizadas, e às vezes devido à fadiga mental ou desejo de chegar a uma solução rápida.

A "pensar" e analisar esses vieses ajudam a sua correção, como um computador autocorretivo, é o que é chamado de metacognição.

No artigo seguinte, são expostas sete estratégias para sua correção, em artigo publicado no Blog "raciocinioclinico" do Brasil.

1

“Vacinação”

Os jovens médicos podem aprender que um viés chamado “*search satisficing*” (parar de procurar por anormalidades assim que você encontra a primeira) é uma causa comum de erros:

- Em **Ortopedia** (dificultando a detecção de uma segunda fratura);
- Em **Toxicologia** (fazendo um segundo agente tóxico passar despercebido), e
- Em **Pediatria** (levando à perda de um segundo corpo estranho no ouvido da criança).

A dica aqui é utilizar e ver múltiplos exemplos clínicos em diferentes contextos até os profissionais ficarem “vacinados”, ou seja, adquirirem o hábito mental de serem cuidadosos e sistemáticos para procurar uma segunda ou terceira anormalidade, mesmo após já ter encontrado uma.

2

Coleta de dados completa

O **Sistema 1** é ótimo para dar respostas simples e rápidas para situações complexas com dados incompletos – especialmente se eles sugerem uma boa história – e ignorar aquilo que não sabemos.

Daniel Kahneman, prêmio Nobel e autor do livro **Rápido e devagar: Duas formas de pensar** chama esta situação de “**o que você vê é tudo o que há**” (“what you see is all there is”, WYSIATI).

Uma boa estratégia é garantir que todas as **informações relevantes** foram consideradas e tentar **coletar mais dados**, especialmente **antes** de tomar alguma decisão importante.

3

Coleta de dados estruturada

Uma coleta de dados rápida e superficial – a famosa “*olhadinha*” ou “*consulta de corredor*” – aumenta o risco do médico se fixar demais em alguns pontos mais “salientes” da história. Isso automaticamente ativa o Sistema 1 com grande risco de **fechamento prematuro**.

Toda avaliação clínica deve ser feita num ambiente adequado, seguindo uma rotina estruturada, para garantir que dados e hipóteses menos óbvias não sejam ignorados.

4

Reconhecer a incerteza

Medicina é uma caixinha de incertezas! Por isso, temos que nos acostumar a manter sempre uma razoável margem de **dúvida** em relação aos dados e diagnósticos à nossa frente, para não acreditarmos cegamente na nossa primeira impressão.

5

Reconhecer vieses afetivos

Não somos tão frios e imparciais como gostamos de acreditar. Quase toda tomada de decisão envolve algum grau de envolvimento emocional.

Um paciente que desperta uma forte reação emocional no médico é uma situação de alto risco de erro, pois essa emoção pode desviar o raciocínio.

Temos que aprender a reconhecer nossas próprias reações afetivas e contrabalançar seu efeito com uma simulação bem simples: “*e se eu gostasse muito deste paciente, eu faria algo diferente?*”

6

Desacelerar o raciocínio

Erramos mais quando queremos respostas rápidas. Por isso, desacelerar o processo de raciocínio pode aumentar nossa acurácia diagnóstica.

Metacognição é o processo de usar o Sistema 2 para checar o que o Sistema 1 está dizendo (ou seja, “pensar sobre o pensar”). **Atenção plena** (*mindfulness*) é a consciência do momento presente, livre de julgamentos de valores.

Além destas, a **prática reflexiva** e o uso deliberado de um “**pit-stop**” **diagnóstico** (um intervalo para pensar melhor no problema) também podem ajudar a reduzir erros.

7

Forçar o Sistema 2

Estas são as ferramentas **mais importantes** para redução de erros por vieses. As estratégias para “forçar” a ativação do **Sistema 2** podem ser incluídas na sequência da avaliação dos pacientes, de forma explícita ou não.

QUIENES SOMOS / QUEM SOMOS

FORO OSLER

PRODIAGNOSIS

Somos un grupo de profesionales sanitarios interesados en la Mejora del Proceso de Diagnóstico. Pensamos que el diagnóstico es clave en Medicina y todo lo que repercute sobre el mismo influye en una atención médica segura y apropiada para el paciente. FORO OSLER es una asociación sin ánimo de lucro de ámbito local en Andalucía. PRODIAGNOSIS es un Grupo constituido por profesionales de Iberoamérica con la intención también de contribuir al análisis y mejora del proceso de diagnóstico, de la práctica clínica y de la seguridad del paciente.

Nuestra visión es que el proceso de diagnóstico se realice con profesionalidad, seguridad y con los criterios de compasión y respeto hacia las personas.

Nuestra misión es la divulgación de la problemática del diagnóstico y el desarrollo de técnicas de análisis basadas en los componentes cognitivos, de decisión médica y de razonamiento clínico. Queremos destacar también la importancia del componente del “sistema” sobre este proceso. Aspiramos a la implantación de un nuevo currículum dentro de las profesiones sanitarias que contemplen estos aspectos.

Prodiagnosis / Foro Osler

Improving Diagnosis and Clinical Practice

 Español

 English

 Português

Somos um grupo de profissionais de saúde interessados na Melhoria do Processo de Diagnóstico. Pensamos que o diagnóstico é fundamental na Medicina e tudo o que afeta isso influencia um atendimento médico seguro e apropriado para o paciente. FORO OSLER é uma associação sem fins lucrativos de âmbito local na Andaluzia. PRODIAGNOSIS é um grupo formado por profissionais da América Latina com a intenção de contribuir também para a análise e melhoria do processo de diagnóstico, prática clínica e segurança do paciente.

Nossa visão é que o processo de diagnóstico é realizado com profissionalismo, segurança e com os critérios de compaixão e respeito pelas pessoas.

Nossa missão é a disseminação do problema do diagnóstico e o desenvolvimento de técnicas de análise baseadas em componentes cognitivos, de decisão médica e de raciocínio clínico. Também queremos destacar a importância do componente “sistema” deste processo. Nós aspiramos à implementação de um novo currículo nas profissões da saúde que contemplam esses aspectos.

Prodiagnosis / Foro Osler

Improving Diagnosis and Clinical Practice

 Español

 English

 Português



DESDE EL PACIENTE: INFORME DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN ALC

Tabla 3.2. Percepciones y confianza en el sistema de salud de Brasil.

| CARACTERÍSTICAS | PÚBLICO (%) | PRIVADO (%) | TOTAL (%) |
|---|-------------------|-------------|-----------|
| Percepción | | | |
| El sistema funciona bastante bien y solo hacen falta cambios menores para hacerlo funcionar mejor | 2,8 | 4,7 | 3,1 |
| Nuestro sistema de salud posee algunos aspectos positivos, pero hacen falta cambios fundamentales para que funcione mejor | 38,3 | 46,9 | 40,1 |
| Hay tantos problemas en nuestro sistema de salud que debemos reconstruirlo completamente | 56,6 | 46,2 | 54,0 |
| Confianza | | | |
| Confianza en recibir el tratamiento más efectivo, incluyendo medicamentos y exámenes de diagnóstico | 27,4 ^a | 54,1 | 32,1 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

Figura 1.1. Distribución de las causas de muerte en ALC (% del total de muertes por grupos de causas en 1990, 2005 y 2015).

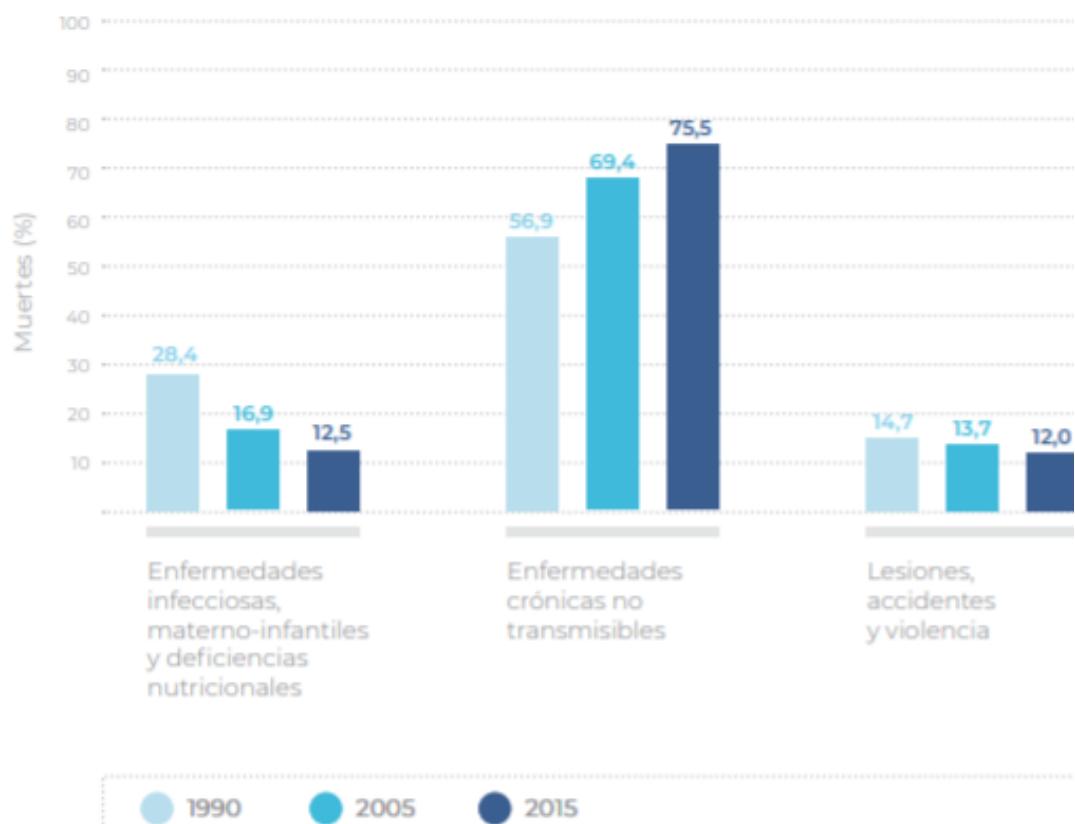


Tabla 7.2. Percepciones y confianza en el sistema de salud en México.

| CARACTERÍSTICAS | SIN SEGURO (%) | PÚBLICO (%) | SEGURO SOCIAL (%) | PRIVADO (%) | TOTA (%) |
|---|----------------|-------------|-------------------|-------------|----------|
| Percepciones | | | | | |
| El sistema funciona bastante bien y solo hacen falta cambios menores para hacerlo funcionar mejor | 12,5 | 22,3 | 15,2 | 16,5 | 16,5 |
| Nuestro sistema de salud posee algunos aspectos positivos, pero hacen falta cambios fundamentales para que funcione mejor | 47,1 | 48,7 | 59,2 | 55,2 | 54,4 |
| Hay tantos problemas en nuestro sistema de salud que debemos reconstruirlo completamente | 38,4 | 26,7 | 23,4 | 25,9 | 25,9 |
| Confianza | | | | | |
| Confianza en recibir el tratamiento más efectivo, incluyendo medicamentos y exámenes de diagnóstico | 74,4 | 63,7* | 78,7 | 71,7 | 73,4 |

Notas: Prevalencias ajustadas por sexo, edad, nivel de educación y estado de salud autoinformado.

GRACIAS

OBRIGADO

BUENA PRIMAVERA

BOA PRIMAVERA

**NO TENGAS MIEDO A CRECER
DESPACIO,**

TEN MIEDO A QUEDARTE QUIETO

Proverbio Chino

**NÃO TER MEDO CRESCER
LENTAMENTE,**

TER MEDO DE FICAR QUIETO

Proverbio Chinese