

# PRODIAGNOSIS

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

**Año I. Número 11. Noviembre 2018**

**Ano I. Número 11. Novembro 2018**

## EDITORIAL

### **Uncertainty, Incertidumbre o Incerteza**

La obtención del diagnóstico es la principal acción para tomar decisiones con el paciente. Cuando esta acción no puede realizarse de inmediato durante el proceso de diagnóstico, puede abrirse un período de tiempo que en la literatura anglosajona se conoce como "uncertainty" y que en castellano hemos traducido como "incertidumbre", palabra que, en mi opinión, introduce un estado de duda o incluso de preocupación, por lo que propondría la palabra "incerteza" que describe mejor un período de búsqueda para obtener más claridad sobre el problema que presenta el paciente. Este proceso, que requiere una compresión por parte del paciente y en el que el seguimiento tiene un papel fundamental, puede ser una estrategia básica para afrontar un complicado proceso de diagnóstico.

### **Uncertainty, Incertidumbre ou Incerteza**

A obtenção do diagnóstico é a principal ação para tomar decisões com o paciente. Quando essa ação não pode ser realizada imediatamente durante o processo diagnóstico, pode-se abrir um período que na literatura anglo-saxônica é conhecido como "incerteza" e que em castelhano traduzimos como "incertidumbre", palavra que, na minha opinião, introduz um estado de dúvida ou mesmo preocupação, então eu proporia a palavra "incerteza" que melhor descreve um período de busca para obter mais clareza sobre o problema apresentado pelo paciente. Esse processo, que requer uma compressão por parte do paciente e no qual o acompanhamento desempenha um papel fundamental, pode ser uma estratégia básica para enfrentar um complicado processo diagnóstico.

*Ocurrió durante el primer año de carrera. El profesor de bioestadística hablaba de probabilidad. Limpió la pizarra, de varios metros de longitud, y desarrolló con la tiza el teorema de Bayes, ocupando casi todo el ancho disponible. Al acabar, se giró, y señalando el encerado con el dedo y mirándonos con solemnidad soltó una frase que nunca olvidé:*

*-La Medicina no es otra cosa que aplicar la fórmula que tengo a mi espalda.*

*En ese momento pensé que el tipo estaba loco y que no tenía ni idea de lo que hablaba. ¿La medicina era una fórmula matemática? ¿Una estadística? No. Yo quería ser médico, un médico de verdad con el conocimiento exacto de las enfermedades y sus tratamientos. Nada que ver con la estadística, esa asignatura que evidentemente sobraba en el temario.*

*Demasiado joven, inexperto e ignorante por aquella época. Con la arrogancia de pensar que ya sabía lo que era ser médico. Con la falta de madurez necesaria para entender lo que aquel hombre quería decir. Con la ceguera de no darme cuenta que estaba delante de la clase más importante de toda la carrera.*

No trataré de explicar aquí ni el Teorema de Bayes ni la probabilidad condicionada, porque no domino ninguna de las dos. Intentaré transmitir la idea de fondo que hay detrás, con el perdón anticipado de los matemáticos por la reducción simplista e inexacta que seguro haré.

A un nivel muy básico, se trata de estimar la probabilidad de un suceso si tenemos una serie de condicionantes establecidos, sabiendo de antemano qué probabilidad tenemos de que aparezcan esos condicionantes cuando se da el suceso. Pongamos un ejemplo sencillo: si sabemos que en invierno (suceso) es muy probable que haga frío (condicionante), ¿es posible calcular la probabilidad de que, haciendo frío, sea invierno?

Imaginemos que en una consulta un paciente nos dice que tiene tos, fiebre y dolor en la garganta al tragar, y que nos pregunta:

*-Doctor, ¿qué es lo que tengo?*

La única respuesta totalmente sincera sería: "No lo sé".

Aconteceu durante o primeiro ano da Universidade. O professor de bioestatística falou sobre probabilidade. Ele limpou a lousa, com vários metros de comprimento, e desenvolveu o teorema de Bayes com giz, ocupando quase toda a largura disponível. No final, ele virou-se e apontando a cera com o dedo e olhando para nós com solenidade, ele proferiu uma frase que eu nunca esqueci:

*-A Medicina não é outra coisa que aplicar a fórmula que tenho nas minhas costas.*

Naquele momento eu pensei que o professor era louco e que ele não tinha ideia do que ele estava falando. A medicina era uma fórmula matemática? Uma estatística? Não. Eu queria ser médico, um médico de verdade com o conhecimento exato das doenças e seus tratamentos. Nada a ver com estatísticas, aquele assunto que evidentemente permaneceu na agenda.

Muito jovem, inexperiente e ignorante na época. Com a arrogância de pensar, ele já sabia o que era ser um médico. Com a falta de maturidade necessária para entender o que aquele homem queria dizer. Com a cegueira de não perceber que eu estava na frente da classe mais importante de todos os estudos.

Não tentarei explicar aqui nem o Teorema de Bayes nem a probabilidade condicional, porque também não domino. Tentarei transmitir a idéia subjacente, com o perdão antecipado dos matemáticos pela redução simplista e imprecisa que certamente farei.

Em um nível muito básico, trata-se de estimar a probabilidade de um evento se tivermos uma série de condições estabelecidas, sabendo antecipadamente quanto provável é que essas condições apareçam quando o evento ocorrer. Vamos dar um exemplo simples: se sabemos que no inverno (evento) é muito provável que seja frio (condicionamento), é possível calcular a probabilidade de que, quando frio, é inverno? Imagine que em uma consulta um paciente nos diga que ele está com tosse, febre e dor na garganta ao engolir, e ele nos pergunta:

*-Doutor, o que eu tenho?*

A única resposta totalmente sincera seria: "Eu não sei".

-¿Cómo que no lo sabe, doctor? ¿Acaso no es usted médico y no ha estudiado las enfermedades?

Y esa es la clave. Efectivamente, los médicos estudiamos las enfermedades, o muchas de ellas. Por eso sabemos que un catarro común generalmente se manifiesta con tos, fiebre y dolor de garganta. Pero también que una neumonía puede dar los mismos síntomas. Y que la tos y la fiebre también pueden aparecer en la tuberculosis o en un tumor.

El trabajo básico del médico es determinar qué entidad, de todas las posibles, es la más probable dadas unas condiciones concretas. Esas condiciones son los síntomas (lo que cuenta el paciente), los signos (lo que objetivo durante la exploración física), la alteración o normalidad en los resultados del laboratorio, las enfermedades previas, los factores de riesgo, la edad, el sexo, la genética...

Suponiendo que conozca varias de esas condiciones, podría estimar qué entidad, con mayor o menor probabilidad, es la responsable de lo que se está manifestando, para así decidir qué acciones son las más adecuadas en cada caso. Es decir, debemos pensar *al revés* de cómo hemos estudiado: no de la enfermedad al síntoma, sino del síntoma a la enfermedad. Pero claro, los síntomas y los signos no son exclusivos de cada enfermedad sino que se comparten con varias, o muchas de ellas.

El razonamiento clínico se basa en establecer hipótesis diagnósticas según los datos objetivos y subjetivos que nos aporta el paciente. No entrará a hablar de la narrativa del paciente, un tema fascinante y del máximo interés que dejo para otro momento.

En nuestro caso, asumiendo que el paciente es una persona joven sin otras enfermedades asociadas y con hábitos de vida saludables, concluiremos que lo más probable es que padezca un catarro común. La respuesta correcta sería:

-Lo más probable, con muchísima diferencia entre el resto de posibilidades diagnósticas, es que usted tenga un catarro, que no es otra cosa que una infección por un virus que se curará en unos días.

*Todo es posible, pero no todo es probable*

Sin embargo, nuestro paciente puede no quedarse conforme, porque necesita seguridad.

Como você não sabe, doutor? Você não é médico e não estudou doenças?

E essa é a chave. De fato, os médicos estudam doenças, ou muitos deles. É por isso que sabemos que um resfriado comum geralmente se manifesta com tosse, febre e dor de garganta. Mas também que uma pneumonia pode dar os mesmos sintomas. E aquela tosse e febre também podem aparecer em tuberculose ou em um tumor. O trabalho básico do médico é determinar qual entidade, dentre todas as possíveis, é a mais provável, dadas algumas condições concretas. Estas condições são os sintomas (o que o paciente fala), os sinais (o que é objetivo durante o exame físico), a alteração ou normalidade nos resultados do laboratório, as doenças prévias, os fatores de risco, a idade, o sexo, a genética ...-

Supondo que você conhece várias dessas condições, você poderia estimar qual entidade, com maior ou menor probabilidade, é responsável pelo que está sendo manifestado, a fim de decidir quais ações são as mais apropriadas em cada caso. Ou seja, devemos pensar o contrário sobre o que estudamos: não da doença para o síntoma, mas do síntoma para a doença. Mas, é claro, os sintomas e sinais não são exclusivos de cada doença, mas são compartilhados com vários, ou muitos deles. O raciocínio clínico baseia-se no estabelecimento de hipóteses diagnósticas de acordo com os dados objetivos e subjetivos fornecidos pelo paciente. Não vou falar sobre a narrativa do paciente, um tópico fascinante e o máximo interesse que deixo para outra ocasião.

No nosso caso, assumindo que o paciente é um jovem sem outras doenças associadas e com hábitos de vida saudáveis, concluiremos que ele é mais propenso a sofrer de um resfriado comum. A resposta correta seria:

-O mais provável, com muita diferença entre o resto das possibilidades, é que você tem um resfriado, que não é nada além de uma infecção por um vírus que vai sarar em poucos dias.

*Tudo é possível, mas nem tudo é provável*

No entanto, nosso paciente pode não estar satisfeito, porque ele precisa de segurança.

-¿Y no puede ser un cáncer?

Claro que podría serlo. Pero si volvemos a nuestro escenario inicial, sería como suponer que estamos en invierno a treinta y cinco grados a la sombra. ¿Es posible? Claro que es posible, pero la probabilidad es tan remota, que no nos parecería sensato comprar una estufa o ponernos un abrigo *por si acaso*. Sería un gasto de recursos innecesario y no exenta de riesgos, porque recordemos que todas las exploraciones (las "pruebas"), tienen sus complicaciones, igual que todos los fármacos tienen sus efectos secundarios. En estos casos, la clave es la observación en el tiempo y comprobar la resolución del proceso por sí mismo. Obviamente, este supuesto es muy sencillo, pero la realidad es por lo general mucho más compleja.

*El médico es un gestor de la incertidumbre. Ha de construir, a veces en segundos, un escenario de probabilidad para así proceder de la manera más razonable y eficaz posible.*

Por ese motivo, hacer más pruebas o más análisis no es necesariamente lo mejor, aunque intuitivamente nos parezca lo contrario. No es mejor médico el que más pruebas hace, ni el que necesita comprobar absolutamente todos los diagnósticos.

En ocasiones oímos hablar del "ojo clínico". Para mí, en realidad es la capacidad de detectar patrones significativos en ese mar de probabilidad. Un paciente puede relatar múltiples síntomas, y no todos ellos serán relevantes. De igual manera, una simple analítica puede revelar valores fuera de los intervalos considerados normales (los famosos asteriscos que tanto nos inquietan). Por ello, determinar qué es significativo y qué no, asociando todo ello en un patrón con sentido, es lo que hace el ojo clínico, que se basa siempre en el conocimiento y la experiencia. Es como mirar el cielo estrellado. Una persona sin entrenamiento sólo verá puntos luminosos. Otra, que ha estudiado las constelaciones, poco a poco las irá reconociendo a medida que pase tiempo observando estrellas, pero no el primer día. Y una tercera, que llevará años estudiando y mirando al cielo, será capaz de identificarlas con mucha mayor rapidez y precisión. Esas constelaciones son los patrones significativos que buscamos y las que nos indican dónde nos encontramos.

-E não pode ser um câncer?

Claro que poderia ser. Mas se voltarmos ao nosso cenário inicial, seria como supor que estamos no inverno a trinta e cinco graus à sombra. É possível? Claro que é possível, mas a probabilidade é tão remota, que não parece sensato comprar um fogão ou colocar um casaco por precaução. Seria uma despesa desnecessária de recursos e não isenta de riscos, porque lembre-se que todas as explorações (os "testes") têm suas complicações, assim como todas as drogas têm seus efeitos colaterais. Nestes casos, a chave é a observação ao longo do tempo e verificar a resolução do processo por si só. Obviamente, esta suposição é muito simples, mas a realidade é geralmente muito mais complexa.

*O médico é um gerente de incerteza. Você tem que construir, às vezes em segundos, um cenário de probabilidade para proceder da forma mais razoável e eficiente possível.*

Por essa razão, fazer mais testes ou mais análises não é necessariamente o melhor, embora intuitivamente pareça o oposto. Não é um médico melhor que faz mais exames, nem aquele que precisa verificar absolutamente todos os diagnósticos.

Às vezes ouvimos sobre o "olho clínico". Para mim, é realmente a capacidade de detectar padrões significativos nesse mar de probabilidade. Um paciente pode relatar múltiplos sintomas e nem todos serão relevantes. Da mesma forma, uma simples analítica pode revelar valores fora das faixas consideradas normais (os famosos asteriscos que nos incomodam tanto). Portanto, determinar o que é significativo e o que não é, associando tudo isso em um padrão significativo, é o que o olho clínico faz, que é sempre baseado no conhecimento e na experiência. É como olhar para o céu estrelado. Uma pessoa sem treinamento só verá pontos luminosos. Outro, que estudou as constelações, irá gradualmente reconhecê-las enquanto elas passam tempo observando estrelas, mas não no primeiro dia. E um terceiro, que terá passado anos estudando e olhando para o céu, será capaz de identificá-los com muito mais rapidez e precisão. Essas constelações são os padrões significativos que buscamos e aqueles que indicam onde estamos.

Existen aproximaciones más científicas para explicar este fenómeno, pero valga la idea de que no se trata de un don o una capacidad innata sobrenatural que tienen algunos elegidos, sino de la expresión de un razonamiento basado en probabilidad condicionada más o menos inconsciente.

La probabilidad es nuestro pan de cada día. Una hipótesis diagnóstica o un pronóstico. Todo eso es probabilidad. Como suele decirse, en medicina dos y dos no siempre son cuatro.

*La estadística nos enseña humildad. Todos queremos certezas en la vida, resistiéndonos a aceptar que casi nunca existen, por la angustia que eso nos supone. Los pacientes no entienden de probabilidades condicionadas. Si no les enseñamos un mapa es como navegar a la deriva en una noche cerrada. Confían en nosotros creyendo que lo sabemos todo, aunque, en realidad, han de confiar en nuestra capacidad, basada en el conocimiento y la experiencia, de poder interpretar las señales del camino y decidir el rumbo más adecuado en cada momento. Una parte de ser médico es guiar, sin imponer ni adoctrinar, a través de esa oscuridad permanente en la que todos vivimos en realidad. La juventud del estudiante de medicina le hace confiar en que, una vez estudiado el temario, será capaz de enfrentarse con seguridad a cualquier reto diagnóstico o terapéutico.*

*Sin embargo, como ocurre siempre, el mapa nunca es el territorio.*

**AUTOR:** Francisco Javier Rascón. Médico Internista. Mallorca. España

@fjrascon

Blog: [jarabedeletras.com](http://jarabedeletras.com)

Existem abordagens mais científicas para explicar esse fenômeno, que não é um dom sobrenatural ou habilidade inata de alguns escolhidos, mas a expressão de um argumento baseado na probabilidade condicional mais ou menos inconsciente.

Probabilidade é o nosso pão de cada dia. Uma hipótese diagnóstica ou um prognóstico. Tudo isso é probabilidade. Como se costuma dizer, na medicina dois e dois nem sempre são quatro.

*Estatísticas nos ensina humildade. Todos queremos certezas na vida, resistindo a aceitar que quase nunca existem, por causa da angústia que isso implica. Os pacientes não compreendem as probabilidades condicionadas. Se não mostrarmos um mapa, é como navegar à deriva em uma noite fechada. Eles confiam-nos a crer que sabemos tudo, mas na verdade tem que confiar em nossa capacidade, com base no conhecimento e experiência, capaz de interpretar os sinais de trânsito e decidir o curso mais adequado em todos os momentos. Uma parte de ser um médico é orientar, sem impor ou doutrinar, através dessa escuridão permanente em que todos nós vivemos na realidade. A juventude do estudante de medicina o faz confiar que, uma vez estudada a agenda, ele poderá enfrentar com segurança qualquer desafio diagnóstico ou terapêutico.*

*No entanto, como sempre, o mapa nunca é o território*

**AUTOR:** Francisco Javier Rascón. Médico Internista. Mallorca. Espanha

@fjrascon

Blog: [jarabedeletras.com](http://jarabedeletras.com)

## APORTE DEL DOCTOR JOSÉ MARIA CERIANI, ARGENTINA

### New AHRQ-Funded Toolkit Helps Pediatric Primary Care Providers Avoid Potential Diagnostic Errors

A new AHRQ-funded [toolkit](#) to help pediatric primary care providers avoid potential diagnostic errors is now available. The *Reducing Diagnostic Errors in Primary Care Pediatrics* toolkit was developed as part of project that tracked diagnostic error rates and used best practices for diagnosing depression, elevated blood pressure, and actionable laboratory results in children and adolescents. These conditions are widely misdiagnosed in pediatric primary care, with elevated blood pressure and adolescent depression misdiagnosed in nearly three-fourths of cases. Throughout the project, more than 100 primary care physicians in 30 practices around the nation used a wide range of tools and resources to implement best practices for the measurement, screening, recognition, diagnosis, follow-up, and reduction of diagnostic errors in pediatric patients. The new toolkit contains tools and resources, including videos, to assist primary care practice teams with a systematic approach to reducing diagnostic errors and improving care for children.

---



RACIOCÍNIOCLÍNICO  
A CIÊNCIA E ARTE DO DIAGNÓSTICO

# Caso clínico 10: Uma peça que não encaixa (Especial: Diabetes)

LEANDRO DIEHL 15/11/2018 COMENTÁRIOS: 1 CASOS

<http://raciocinioclinico.com.br/blog/casos/caso-clinico-10-uma-peca-que-nao-encaixa/>

## 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

## LIBRO PARA DESCARGAR EN CASTELLANO. CORTESÍA DE LA EDITORIAL “MODUS LABORANDI”



**Jesús Villena López • 1er**

Experto en Factores Humanos, Organizativos y Culturales de la Seguridad - FHOCS

10 horas

...

He intercambiado muchos puntos de vista sobre Seguridad del Paciente a raíz de mi último comentario en esta red.

Para aquellos que no están familiarizados con esta problemática, recomiendo la descarga en formato PDF de este libro imprescindible de Charles Vincent y René Amalberti que publicó nuestra editorial Modus Laborandi con el patrocinio del Ministerio de Sanidad y la Fundación Española de Calidad Asistencial (FECA-SECA). Gracias a este patrocinio esta descarga es gratuita.

Puedes descargarlo en <https://lnkd.in/8mbQtb>



### Seguridad del Paciente

Estrategias para una asistencia sanitaria  
más segura

Charles Vincent y René Amalberti



**Algumas referências relacionadas a artigos de incerteza**

1) Heneghan C. et al. Diagnostic strategies used in primary care. BMJ 2009; 338:b946

2) Traber Davis Giardina Helen Haskell Shailaja Menon Learning From Patients' Experiences Related To Diagnostic Errors Is Essential For Progress In Patient Safety.

Health Affairs VOL. 37, NO. 11:

3) **Original Investigation.** November 25, 2013 JAMA Internal Medicine.

**Physicians' Diagnostic Accuracy, Confidence, and Resource RequestsA Vignette Study**

4) Olga Kostopoulou, PhD, Jurriaan Oudhoff, PhD, Radhika Nath, PhD,

Brendan C. Delaney, MD, Craig W. Munro, MBChB, Clare Harries, PhD, Roger Holder, Predictors of Diagnostic Accuracy and Safe Management in Difficult Diagnostic Problems in Family Medicine

First Published June 30, 2008

5) Managing Uncertainty in General Practice. GPSA(General Practice Supervisors Australia)

6) Kirsti Matelrud. Embracing uncertainty to advance diagnosis in general practice. British Journal of General Practice, June 2017: 244

7) Margaret O'Riordan . Dealing with uncertainty in general

practice: an essential skill for the general practitioner. Quality in Primary Care 2011;19:175–81

8) Susanna Almond, David Mant and

Matthew Thompson. Diagnostic safety netting. British Journal of General Practice, November 2009: 872