



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

AÑO II. Número 7. Julio 2019

ANO II. Número 7. Julho 2019

COMITÉ EDITORIAL

Edita Falco, Uruguay

Mahuina Campos, Mexico

Ximena Paez, Venezuela

Diana Rodriguez Hurtado, Peru

Perla Carmen Lovera, Paraguay

Lorenzo Alonso, España

Marta Castelo, España

Normas y Temas de Publicacion

Se dará prioridad a los temas relacionados con el proceso de diagnostico y su mejora.Los autores enviaran sus trabajos al siguiente mail: xaalcarr@gmail.comLos articulos no deben sobrepasar un folio y medio tipo A3, aproximadamente 800 palabras.

Los apartados a los que puede enviarse la publicacion son: **Opinion y comentario, Seguridad del paciente u sobre todo Mejora del proceso de diagnostico, Casos clinicos y anuncios de eventos profesionales.**

No deben aportarse imágenes ni datos que permitan identificar a una persona.

La Confidencialidad es objetivo básico de la Revista. En caso de aportar imágenes deben tener el consentimiento de el o la paciente.

Normas e Publicação Tópicos

Será dada prioridade às questões relacionadas ao processo de diagnóstico e sua melhoria. Os autores enviarão seus trabalhos para o seguinte email: xaalcarr@gmail.com Os artigos não devem exceder um fólio e um tipo médio A3, aproximadamente 800 palavras.

As seções para as quais a publicação pode ser enviada são: **Opinião e comentário, Segurança do paciente e acima de tudo Melhoria do processo de diagnóstico, casos clínicos e anúncios de eventos profissionais.**

Nenhuma imagem ou dados devem ser fornecidos para identificar uma pessoa.

O Confidencialidade é o objetivo básico da revista. Se você fornecer imagens, você deve ter o consentimento do paciente.

DIAGNÓSTICO: ¿Internistas o Medicina General?

Cuando uno hace una pregunta como ésta, lo primero que puede esperar es extrañeza o incluso incomprendimiento por parte de algunos compañeros. No nos engañemos, los médicos tenemos un ego muy grande y cada especialidad quiere ser importante y no dejar de lado ninguna posible dedicación que considere como suya. Pero la pregunta es pertinente en el sentido de que reconocemos que Medicina Interna es la especialidad del Diagnóstico, pero la realidad es que la primera frontera en la mayor parte de los casos es el médico general, médico de familia o médico de atención primaria.

Cada situación tiene sus ventajas e inconvenientes. Así el médico internista tiene una visión más global y se ha preparado para el diagnóstico, pero su accesibilidad está limitada en los sistemas públicos al tratarse de una especialidad intrahospitalaria. Por otro lado el médico de familia es más accesible, pero su trabajo no está limitado hoy en día al diagnóstico, sino que debe realizar múltiples tareas que van desde el control del embarazo, control de varios programas de salud, interpretación de imágenes retinianas y un amplio abanico que "diluye" e imposibilita en la práctica un auténtico espacio para el diagnóstico, con la consiguiente repetición de visitas, retrasos diagnósticos, sin contar la escasez de pruebas diagnósticas a las que tiene acceso.

¿Será posible que alguien cambie la situación? En principio en los sistemas de salud más desarrollados parece difícil porque el concepto de "Salud" es un mantra que repiten los gestores sin valorar los resultados de los Centros que dirigen, sin saber la repercusión real sobre los individuos. Está claro que hace falta un espacio para el "diagnóstico" en el ámbito de la Medicina General, destacando la importancia primordial de esta función para el médico y el paciente. Por otra parte los médicos de Medicina Interna deben participar de alguna forma, quizás a través de medios telemáticos, con los médicos de atención primaria, para que su experiencia repercuta de forma directa en el trabajo inicial del médico general y en definitiva en un beneficio claro para el paciente en cuanto a rapidez, precisión y adecuación del proceso de diagnóstico.

Lorenzo Alonso. Foro Osler

DIAGNÓSTICO: Internistas ou Medicina Geral?

Quando você faz uma pergunta como esta, a primeira coisa que você pode esperar é a estranheza ou mesmo o mal-entendido de alguns colegas. Não nos enganemos, os médicos têm um ego muito grande e toda especialidade quer ser importante e não deixar de lado nenhuma dedicação possível. Mas a questão é pertinente no sentido de que reconhecemos que a Medicina Interna é a especialidade do Diagnóstico, mas a realidade é que a primeira fronteira na maioria dos casos é o clínico geral, o médico de família ou o médico da atenção primária.

Cada situação tem suas vantagens e desvantagens. Assim, o internista tem uma visão mais global e se preparou para o diagnóstico, mas sua acessibilidade é limitada em sistemas públicos, pois é uma especialidade hospitalar. Por outro lado, o médico de família é mais acessível, mas seu trabalho não é limitado hoje ao diagnóstico, mas deve executar várias tarefas que vão desde o controle da gravidez, controle de vários programas de saúde, interpretação de imagens da retina e tudo "dilui" e impossibilita na prática um espaço real para o diagnóstico, com a subsequente repetição de visitas, atrasos no diagnóstico, sem contar com a falta de exames diagnósticos aos quais você tem acesso.

É possível que alguém mude a situação? Em princípio, nos sistemas de saúde mais desenvolvidos parece difícil porque o conceito de "Saúde" é um mantra repetido pelos gestores sem avaliar os resultados dos Centros que administram, sem conhecer o real impacto sobre os indivíduos. É claro que existe a necessidade de um "diagnóstico" no campo da Medicina Geral, destacando a importância primordial dessa função para o médico e para o paciente. Por outro lado, os médicos da Medicina Interna devem participar de alguma forma, talvez por meios telemáticos, com os médicos da atenção primária, de modo que sua experiência tenha um impacto direto no trabalho inicial do clínico geral e, em última instância, em um benefício claro para o paciente em termos de velocidade, precisão e adequação do processo de diagnóstico.

Lorenzo Alonso. Foro Osler



Raciocínio Clínico

2 h ·

Na próxima quinta, não perca: as 7 maiores armadilhas no diagnóstico da síndrome coronariana aguda!

El próximo jueves, no te pierdas: LAS 7 mayores trampas en el diagnóstico del síndrome coronaria agudo!

Ocultar original · Calificar esta traducción



Edita Falco

26 de julio a las 17:39 ·

La paciente, de 28 años fue enviada desde un centro de recuperación de adictos a la emergencia del hospital

Refirió dolor precordial y ansiedad, tenía temor de sufrir un infarto, El ECG que se hace en la emergencia no muestra ninguna alteración. El médico que la atiende es conocido por su posición frente a los adictos que inundan al hospital buscando drogas o llegan con heridas autoinflingidas.

Cuando llama a la paciente por su nombre le dicen que salió a fumar un cigarrillo, lo que le molesta bastante y hace participar de su irritación a la enfermera,

Mira su ECG que es normal y cuando la paciente vuelve le reprocha su hábito de fumar y después de un rápido examen le dice que no tiene nada en su corazón y recomienda que suspenda el cigarrillo.

.La paciente vuelve al centro de recuperación y horas más tarde hace un paro cardíaco del que no puede ser recuperada.

La autopsia mostró que tenía múltiples pequeños trombos en ambos campos pulmonares y un gran embolus bilateral y masivo. El médico no había leído en la historia que estaba tomando anticonceptivos. Es un ejemplo de un error de atribución donde el médico fija su atención en la disposición del paciente, errores más frecuentes en los pacientes psiquiátricos, drogadictos, alcoholicos

Tomado de Croskerry Errores de atribución



CAJÓN DE ERRORES Propuesta para exponer problemas de diagnóstico a lo largo de nuestra carrera.

GABARITO DE ERRO Proposta para expor problemas de diagnóstico ocorreu em nossa carreira

Envio a: xaalcarr@gmail.com

CONTANDO A HISTÓRIA VERDADEIRA, CENA A CENA

26 JULHO, 2019 FORO OSLER DEIXE UM COMENTÁRIO

Contando a história verdadeira, cena a cena



Como chegamos a isso?

Objetivo

Mostrar a importância da comunicação entre médicos em um caso clínico particular, juntamente com a contribuição de alguns fatores sistêmicos em um caso de erro de diagnóstico.

O primeiro registro médico

Estamos considerando uma mulher de 68 anos com uma deformidade à perna esquerda após a poliomielite, com diagnóstico de câncer de mama metastático um ano antes. Ela ficou no hospital com uma forte dor na espinha. No registro médico foi escrito: “a dor nas costas irradia para a perna direita”. A paciente foi tratada com radioterapia na coluna, com melhora clara, mas ainda sentia dor na coxa direita, embora pudesse sentar-se em uma cadeira e ir ao banheiro.

O cenário sistêmico

O paciente foi atendido por vários médicos. Alguns deles mantêm a mesma atitude em relação aos sintomas “Dor nas vértebras irradiando para a perna direita”. Um médico decidiu perguntar ao paciente sobre a localização da dor e, após uma anamnese detalhada, pediu uma radiografia do fêmur e do quadril direito. O médico que solicitou a radiografia não viu fratura óssea.

Todas as imagens têm o consentimento do paciente

Primeira imagem do paciente



O andame cognitivo

O medico atendente que visitava o paciente diariamente visualizava o raio X e não conseguia ver uma fratura, mas ao mesmo tempo ficou muito chateado porque o quadril não estava incluído. Embora o paciente estivesse melhorando e até mesmo ela pudesse ir ao banheiro, o médico considerou esperar para ver a evolução, e seus pensamentos confirmaram a primeira impressão de que o paciente não tinha uma fratura.

Evolução clínica

A paciente estava melhorando dia a dia após o tratamento com radioterapia, mas ainda sentia dor na perna direita. A equipe revisou os exames de sangue e radiológicos e viu mais projeções da perna direita. O que aconteceu? O medico esqueceu de olhar para o raio-x? Ou eles foram incluídos um dia depois? Nós realmente não sabemos. A verdade é que o médico ficou muito surpreso.

Nós mostramos aqui as novas imagens



Diagnóstico Final:

Fratura óssea em relação a metástases

Análise do Caso

Existem vários aspectos a considerar com uma influência direta no atraso do diagnóstico deste caso:

. Cada médico assumiu a avaliação do primeiro médico, porque havia uma maneira lógica de pensar: as metástases na coluna são dolorosas e a dor pode irradiar para as pernas.

. Quando você pede um raio-X, não sabe quantas imagens você receberá. Seria mais seguro saber o número, porque se você não pode perder alguns deles.

. O radiologista, não apenas o técnico, deve supervisionar a captação das imagens, pois é ele capaz de detectar um achado patológico.

.Volte sempre ao paciente e repita a anamnese e o exame físico. Essa atitude pode lhe dar a pista dos sintomas. Após um exame físico mais detalhado , descobriu-se que o pé direito estava externamente desviado, sinal claro de fratura no fêmur ou no quadril.

. A transmissão da informação de um paciente- médico para médico – é um momento muito importante . Não é recomendado um “círculo fechado” para transmitir a informação, é melhor e mais seguro descrever os sintomas para o próximo colega em uma maneira aberta.

Si quiere ver el artículo en Español vaya a la página de Prodiagnosis/Foro Osler

<https://prodiagnosis.org/es/contando-la-verdadera-historia-paso-a-paso/#more-6989>

CASO CLÍNICO

AUTORES: Ana Sánchez Sempere, Marta Castelo Jurado, Irene García Ortiz, Raquel Blanco Corral

Área de Medicina de Atención Primaria. Madrid

TITULO: RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO: MAS ALLA DE LAS ETIQUETAS

Rosa es una mujer de 56 años que acude a consulta de Atención Primaria (AP) por sensación de cuerpo extraño faríngeo, con opresión y dificultad para tragar de 20 minutos de evolución.

Asegura haber sufrido antes estos episodios. En el Hospital y en AP, le han dicho que son crisis de ansiedad, y siempre mejora “con la pastilla de debajo de la lengua”. Niega otros síntomas.

Como antecedentes personales destacan: Rinoconjuntivitis alérgica y asma leve intermitente, que trata con rupatdina y salbutamol a demanda. Ansiedad generalizada y ataques de pánico, actualmente en remisión. Solo toma lorazepam 1mg a demanda para el insomnio.

Durante la exploración física en consulta la paciente está eupneica en reposo, con una SatAO2 97% medida con pulsioxímetro. No presenta agitación. La auscultación cardiopulmonar es normal y solo destaca a nivel faríngeo una úvula discretamente elongada y edematosa.

Ante los hallazgos y la actitud, que no sugieren crisis de angustia, se reconduce la entrevista. La paciente no refiere factores estresantes. Al preguntarle si ha comido, bebido o tomado algún fármaco fuera de lo habitual, refiere haber comido un albaricoque. Tras insistir, recuerda que en una ocasión previa le ocurrió tras ingesta de piña, y en varias ocasiones tras ingerir manzana.

Se remite para estudio por sospecha de alergia alimentaria, confirmándose Sensibilización a Proteínas Transportadoras de Lípidos presentes en frutas (albaricoque, manzana, piña...), hortalizas, frutos secos y algunos pólenes.

Al revisar la historia clínica de Rosa, se comprueba la existencia de episodios similares en los últimos 2 años, valorados en Urgencias hospitalarias y/o de AP y etiquetados, invariablemente, como crisis de ansiedad.

Estamos ante un ERROR DIAGNOSTICO, que dio lugar a un retraso diagnóstico de 2 años en esta paciente. Merece la pena realizar un análisis, mediante diagrama de Ishikawa, de los posibles factores que llevaron al mismo:

Por parte de la PACIENTE:

Desvela el diagnóstico desde el inicio, lo que induce a parar la búsqueda. Acude a urgencias y no a su médico habitual.

Por parte de los PROFESIONALES:

La “etiqueta” de “paciente ansiosa” puede predisponer a aferrarse a una idea preconcebida. Sucesivos profesionales asumen el diagnóstico previo de otros compañeros sin plantear otras opciones, aunque haya datos en contra (úvula elongada): ANCLAJE. La atención por distintos profesionales y en el ámbito de Urgencias subestima el “contexto” social y personal de la CASpaciente. El médico de AP que conoce dicho contexto, pone en duda el diagnóstico y continúa la búsqueda

.Respecto a la ENFERMEDAD: Clínica ambigua, lo que dificulta el reconocimiento del cuadro.

Análisis: Diagrama de Ishikawa:

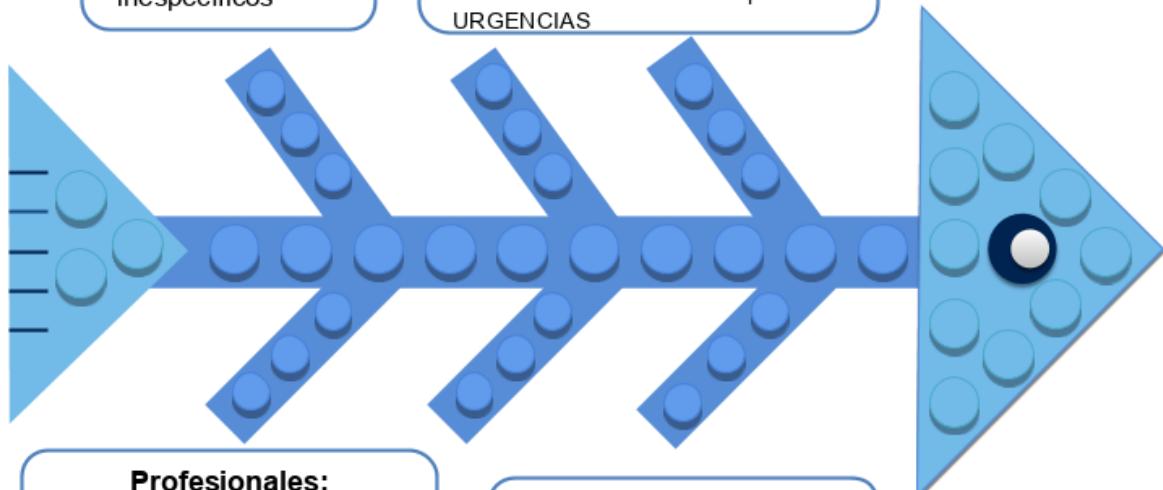
Factores que favorecieron los sesgos

Enfermedad:

- Signos y Síntomas inespecíficos

Paciente:

- Desvela diagnóstico / Parar búsqueda
- No acude a su médico: siempre URGENCIAS



#SegPacAP

El peso de las etiquetas



#SegPacAP

APORTACIÓN AL CASO CLÍNICO DEL MES PASADO: TAMBOR E INSUFICIENCIA RENAL

Dr. Jesus Alberto Castillo Sivira ironjess22@gmail.com

Medico Internista/ Ex Docente UCLA Semiología Médica/Clinica Médica Venezuela

Se han publicado numerosos casos relacionados con actividades físicas en miembros inferiores, y solo 3 casos en miembros superiores: en 1974 se produjo en EE. UU. el caso de un hombre joven que presentó pigmenturia positiva para mioglobina y hemoglobina tras sesión de percusión; en 2006, en Uruguay, se describió el caso de 26 individuos tras tocar tambores en una fiesta nacional; y en 2011, un hombre caucásico presentó hemoglobinuria tras tocar tambores, lo que introdujo el término hemoglobinuria de la percusión. Tomando en cuenta el antecedente de nuestro paciente parece que nos encontramos ante un caso similar. El análisis de la fisiopatología sería el siguiente que cito textualmente de revisión bibliográfica:

La hemoglobinuria secundaria a ejercicio extremo fue observada en 1881 como consecuencia de microtraumas, en marchas extenuantes de soldados, y se conoció como «hemoglobinuria de la marcha». En 1964, Davidson demostró que se trataba de hemólisis intravascular extracorpulsular transitoria, por microtraumas al paso eritrocitario por los capilares con paso de hemoglobina al intravascular tras lisis eritrocitaria; esta saturá la haptoglobina, lo que provoca que la hemoglobina libre sea filtrada por los glomérulos, con posterior hemoglobinuria; los dímeros de hemoglobina filtrados son absorbidos por las células tubulares y degradadas; el hierro es almacenado como hemosiderina y en formas crónicas es excretada, presentando hemosideruria. Esta clínica ocurre, en la mayoría de los casos, sin expresión de anemia. La hemólisis intravascular está asociada con una reducción de haptoglobina en suero, alguna vez a niveles indetectables. Sin embargo, no es un indicador específico de hemólisis intravascular, ya que puede estar baja o ausente con hemólisis extravascular de instauración rápida; además, es un reactante de fase aguda. En consecuencia, puede ser normal en presencia de inflamación o infección. La hemoglobina que se degrada en los túbulos libera pigmentos hemo. Estos pueden causar daño renal por obstrucción tubular, lesión directa o vasoconstricción a nivel medular, con factores predisponentes

Debemos considerar usar una tira reactiva para uroanálisis que mida la concentración del pigmento hemo, que se encuentra en los eritrocitos, la mioglobina y la hemoglobina por su actividad pseudoperoxidasa para catalizar una reacción entre peróxido de hidrógeno y el cromógeno tetrametilbencidina, produciendo un producto oxidado de color azul oscuro. La combinación de tránsito prolongado a través de la nefrona y un pH ácido de la orina resulta en formación de metahemoglobina, de un rojo-chocolate o «color Coca-Cola» que pudiese ser el color de la orina de nuestro paciente y debe ser interrogado en la anamnesis. Su dolor en miembros ha de relacionarse a rabdomiolisis.

La visualización de orina de aspecto hematúrico no siempre implica una relación directa con hematíes; un sedimento sin hematíes con tira reactiva positiva para sangre orienta hacia otra posibilidad diagnóstica, relacionada con pigmentos hemo. En la práctica clínica diaria, no se nos debería pasar por alto la posibilidad diagnóstica de insuficiencia renal aguda por intoxicación de pigmentos hemo y orina de aspecto hematúrico tras el ejercicio en miembros superiores.

Referencias de Análisis y Revisión para el Caso:

Nefrología (Madr.) vol.33 no.4 Cantabria 2013

<http://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2012.Dec.11844>