PRODIAGNOSIS

DICIEMBRE 2019 DEZEMBRO 2019

CONTENIDO

Resúmenes:
IX WORKSHOP FORO OSLER

Proceso de Diagnóstico: "El Error de Diagnóstico"
Dra. Ximena Páez
Universidad de Los Andes. Venezuela

GRUPO IBEROAMERICANO DE MEJORA CLÍNICA/

GRUPO IBERO-AMERICANO DE MELHORAMIENTO CLÍNICO

WWW.PRODIAGNOSIS.ORG

COMITÉ EDITORIAL

Edita Falcó, Uruguay; Mahuina Campos, México; Diana Rodríguez Hurtado, Perú; Perla Carmen Lovera Rivas, Paraguay; Ximena Páez, Venezuela; Lorenzo Alonso, España; Ana Sánchez Sempere, España; Marta Castelo Jurado, España.

Normas y Temas de Publicacion

Se dará prioridad a los temas relacionados con el proceso de diagnostico y su mejora.
Los autores enviarán sus trabajos al siguiente mail: xaalcarr@gmail.com Los articulos no deben sobrepasar un folio y medio tipo A3, aproximadamente 800 palabras.
Los apartados a los que puede enviarse la publicación son: Opinion y comentario, Seguridad del paciente y sobre todo Mejora del proceso de diagnóstico, 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.

N**ormas 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

AVISO: **Los artículos serán originales en cada idioma/**
Os artigos serão originais em cada idioma

Caso clinico

UN PROBLEMA DE ABREVIATURAS

Dra. Marta Castelo Jurado
Centro de Salud Federica Montseny.
Dirección Asistencial Sureste de madrid

s

ABREVIATURAS MEDICAS

Presentamos el caso de un paciente de 71 años, analfabeto, alcohólico, fumador. Vive solo. Es hiperfrecuentador de las urgencias de los hospitales, sobre todo por caídas en la calle tras consumir alcohol. Suele acudir a las urgencias por voluntad propia o llevado por SAMUR tras encontrarle por la calle en estado de embriaguez.

En una de las ocasiones acude por: infección en primer dedo de pie izquierdo. Se diagnostica de osteomielitis crónica y finalmente es intervenido quirúrgicamente realizándose amputación del primer dedo del pie izquierdo.

En el informe de alta figura el siguiente diagnóstico

JC:

Amputación de 1 dedo por OSTEOMIELITIS CRÓNICA.

El paciente sigue acudiendo a urgencias por las caídas. En una de esas visitas al escribir su historia, entre los antecedentes personales (AP) se utiliza una abreviatura y en vez de poner amputación por osteomielitis crónica se escribe amputación por OM crónica.

En el siguiente informe se puede leer: amputación por DM crónica. (el médico cambia OM por DM).

A partir de ese momento el paciente se convierte en diabético y además se asume que está mal controlado porque ha sufrido amputación de un dedo.

A pesar de que en los numerosos análisis que se le hacen en urgencias nunca se observan cifras elevadas de glucosa. Y que en la historia de Atención Primaria, no figura ni el diagnóstico ni el tratamiento de la diabetes.

En una de las múltiples visitas a las urgencias del hospital se le deriva de manera preferente endocrino de zona para control de su DM crónica. El paciente acude. De ahí es derivado al oftalmólogo para exploración de fondo de ojo.
Ambos especialistas se sorprenden de que sea un diabético con mal control y sin tratamiento para su diabetes.

Una de las veces que acude a su médico de familia, se revisan todos los informes del paciente y se aprecia el error.A partir de ahí se intenta subsanar pero como se sigue haciendo
"corta y pega" de informes previos, al paciente se le sigue considerando diabético.

Se trata de un error diagnóstico: Diagnóstico erróneo que
no llegó a tener consecuencias graves para el paciente.

Los factores contribuyentes que se pueden identificar en
este caso son:
Factores dependientes del paciente. El paciente es analfabeto por lo que no lee los informes de alta. Muchas veces acude en estado de embriaguez por lo que no recuerda lo sucedido. No refiere a su médico de familia que acude de urgencias por caídas en vía pública, ni enseña los informes.

Factores de comunicación entre los profesionales:
Se utilizan abreviaturas médicas no estandarizadas, que no son igualmente interpretadas por los profesionales de
distintas especialidades. Y finalmente el hacer corta/pega de informes previos produjo el error.

Factores individuales de los profesionales:

Aunque algunos de los médicos que trataron al paciente se extrañan de su condición de diabético sin tratamiento, ninguno indaga a fondo en su historial de atención primaria.

Factores ligados a tareas/protocolos:

Quizás se debería haber informado al trabajador social para que éste se pusiera en comunicación con su médico/enfermero de Atención Primaria, dada la situación social del paciente.

CONCLUSION:

La historia clínica es el elemento fundamental de comunicación entre los distintos profesionales que atienden a un paciente. Por lo que es imprescindible que se redacte de manera universal y se contraste la información con el paciente.

Como medidas de mejora se propone elaborar los informes de manera clara, concisa, completos pero seleccionando la información relevante y sin utilizar abreviaturas no estandarizadas.

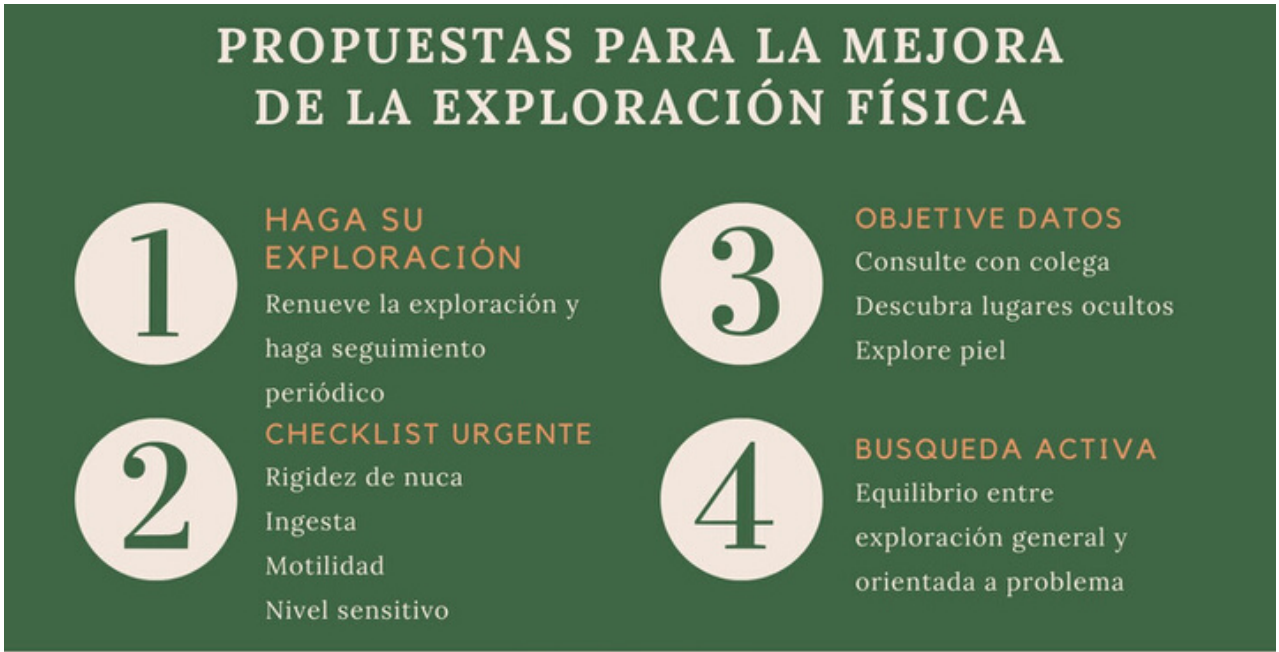
Volume 1, Issue 1 2020

IX WORKSHOP FORO OSLER

28 Noviembre 2019

El pasado 28 de Noviembre se celebró nuestra octava reunión, en la que como en otros años, intentamos tocar temas relacionados con la mejora del diagnóstico y de la práctica clínica.. Hablamos de aspectos de la enseñanza médica que podrían considerarse o mejorarse, así como de la necesidad de poner en valor un aspecto tan importante del trabajo médico como es la Exploración Física. También expusimos datos de la encuesta a residentes médicos de España y América , sobre cómo enfocan el razonamiento con el paciente. La reunión fue transmitida en streaming. Puedes acceder a la reunión visitando la web

LA EXPLORACIÓN FÍSICA



Mejora del Diagnóstico

¿Nos estamos equivocando al diagnosticar? ¿Por qué?

Extracto del artículo de la Dra. Ximena Páez, Universidad de Los Andes. Venezuela

DRA. XIMENA PÁEZ
DEPARTAMENTO DE LABORATORIO DE FISIOLOGÍA DE LA CONDUCTA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, MÉRIDA,
Venezuela

REV VENEZ ENDOCRINOL METAB 2019;17(1): 1-6

ACCEDE AL ARTÍCULO COMPLETO AQUÍ

HTTPS://PRODIAGNOSIS.ORG/WP-CONTENT/UPLOADS/2019/12/NOS-EQUIVOCAMOS-AL-DIAGNOSTICAR.PDF

ERRORES DE DIAGNÓSTICO

Solo en los últimos años se ha dado más atención a errores al diagnosticar (ED). Sorprende que los ED pasaran inadvertidos, ignorados o no discutidos por médicos y por organizaciones de salud a pesar del daño que pueden causar y de su ocurrencia cotidiana, según Agency for Health care Research and Quality (AHRQ) del Departamento de Salud US4.

El Instituto ECRI, organización sin fines de lucro que investiga formas de mejorar la atención al paciente y aumentar su seguridad, en su lista anual de las principales preocupaciones en relación con la seguridad del paciente, ha colocado los ED como número uno en 20185. Society to Improve Diagnosis in Medicine (SIDM), otra organización de la misma naturaleza, llama a medir, reportar y desarrollar iniciativas para mejorar el proceso diagnóstico e incorporar pacientes, clínicos y sistemas de salud para reducir ED(6).

Fallas cognitivas.

El razonamiento clínico es una habilidad fundamental para asegurar un diagnóstico preciso a tiempo. SIDM incentiva a los médicos a reflexionar sobre sus formas de razonar al diagnosticar metacognición), que vean sus fallas; y a incluir en los pensa de escuelas de medicina la enseñanza sobre el proceso de pensamiento para hacer diagnósticos y toma de decisiones. Esta sociedad ha elaborado una herramienta que permite evaluar el razonamiento del aprendiz en el proceso diagnóstico. Esta herramienta incluye:

1. Recoger y reportar datos de la historia y el examen físico dirigidos a la hipótesis diagnóstica; 2. Expresar fl uida y coherentemente una vista completa del problema; 3. Expresar fl uida y coherentemente un diagnóstico diferencial prioritario; 4. Dirigir evaluación/tratamiento hacia un diagnóstico de alta prioridad; 5. Demostrar habilidad para refl exionar sobre su propio razonamiento.

Fallas en sistemas de salud.

Los problemas de comunicación deben tener atención preferencial. Debe educarse sobre los errores, sus causas y problemas en comunicación, tanto a estudiantes durante su paso por la escuela de medicina como a residentes durante su entrenamiento, al resto de médicos y personal de salud en programas

de educación continuada, así como también alertar a pacientes sobre la importancia de su participación en su atención para la prevención de errores. No hay que esperar por infortunio convertirse en paciente siendo estudiante o médico cuando se hacen evidentes nuestras fallas en comunicación. Los sistemas de salud deben procurar dar a los médicos información objetiva para ayudarlos en la toma de decisiones y que obtengan retroalimentación sobre su desempeño diagnóstico. Esto desafortunadamente no se hace ni en países desarrollados.

En Diciembre puedes acceder a las presentaciones de la IX Reunión del Foro Osler en:
www.prodiagnosis.org

Puedes hacer tus aportaciones

Envíanos tus colaboraciones al siguiente correo electrónico: xaalcarr@gmail.com

Envie seus artigos para o seguinte endereço de e-mail: xaalcarr@gmail.com

Siguenos en Facebook: Foro Osler Diagnostic Improvement

Siguenos en twitter: @foro_osler

Web: www.prodiagnosis.org