



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica 5to año



UNIDAD TEMÁTICA 46: BONUS TRACK II. CASO INTERACTIVO RAZONAMIENTO CLÍNICO. ERRORES EN MEDICINA. SESGOS COGNITIVOS EN EL DIAGNÓSTICO.

Autor: Roberto Parodi¹, Pilar López², Lía Campanini²

¹Clínica Médica – UDA Hospital Centenario

²Ayudante de Cátedra Clínica Médica – UDA Hospital Centenario

OBJETIVOS:

- Adquirir conocimientos sobre modelos de pensamiento en el razonamiento clínico en el diagnóstico
- Desarrollar habilidades de razonamiento clínico en situaciones médicas de diferente nivel de complejidad.
- Reconocer la importancia del análisis sindrómico y fisiopatológico por sobre la realización precoz de un diagnóstico.
- Identificar sesgos cognitivos y ambientales frecuentes en la práctica clínica.
- Reconocimiento de fuentes de errores en Medicina.
- Estrategias de disminución de errores. Metacognición.

Fundamentación:

Se propone abordar el **razonamiento clínico** como un **proceso dinámico, no lineal e influido por el contexto asistencial**, en el cual la formulación y reformulación de hipótesis diagnósticas constituye un eje central. En este marco, se introduce el análisis de los **errores diagnósticos** desde una perspectiva cognitiva, destacando que éstos no suelen deberse a déficits de conocimiento teórico, sino a fallas en los procesos de razonamiento y toma de decisiones clínicas.

De este modo, la Unidad Temática busca fortalecer en el estudiante que se encuentra cursando Clínica Médica la **capacidad de análisis sindrómico e integración fisiopatológica**, promover la reevaluación diagnóstica continua frente a la evolución clínica, y favorecer el desarrollo de estrategias metacognitivas orientadas a reducir la influencia de sesgos cognitivos, optimizando la toma de decisiones en la futura práctica médica.

CASO CLÍNICO

Yanina de 34 años, sin antecedentes previos de jerarquía, es derivada a la guardia de Hospital Público (tercer nivel de complejidad), con diagnóstico de hepatitis fulminante para evaluación de trasplante hepático.

Consulta por dolor abdominal de 72 horas de evolución, localizado en epigastrio e hipocondrio derecho acompañado por oliguria y coluria.

Refiere previamente cuadro de 7 días de evolución caracterizado por hiporexia no selectiva, mialgias generalizadas de intensidad leve a moderada, astenia, cefalea holocraneana y registros subfebriles aislados.

Arriba a la guardia, un sábado a la madrugada luego de recibirla el médico de Guardia, llama a Juan Ignacio, quien está realizando la tercera guardia “durísima” de la semana.

Juan Ignacio residente de segundo año de Clínica Médica, reciben el llamado a las 4 am “Llega derivada una paciente con hepatitis fulminante”



Hace poco tiempo estuvo internado en la sala de Clínica Médica, un paciente muy complejo que se discutió en "Seminario Central" con diagnóstico final de hepatitis severa por virus E.

Ya sobre las 8 am, recibimos la consulta de experto Hepatólogo quien indicó se inicien los trámites para un eventual traslado a centro de trasplante hepático.

Antecedentes personales y biografía orientada en Guardia: niega enfermedades, alergias, no toma medicación crónica, niega antecedentes quirúrgicos. Es soltera sin pareja actualmente, relaciones sexuales con uso de preservativos. Trabaja en la cocina de un restaurant (exposición a altas temperaturas, horno pizzeria). No realizó viajes recientes, ni se detecta ningún foco epidemiológico orientativo (exposición a zonas rurales, animales domésticos, roedores, etc.), contacto con personas enfermas, se interroga especialmente contacto con personas con hepatitis o ictericia. Refiere vacunación completa, pero no recuerda específicamente si realizó vacuna contra hepatitis A y B, ni tiene carnet de vacunas con ella.

Antecedentes familiares: sin antecedentes de jerarquía.

Al examen físico (datos positivos orientados al problema)

- Impresiona moderadamente enferma, orientada globalmente.
- Signos vitales: presión arterial: 100/60 mmHg; Frecuencia cardiaca: 95 lpm; Frecuencia respiratoria: 18 cpm; Temperatura: 36.5°C; Saturación de O2 98% (FiO2 21%).
- Escleras ictericas. Mucosas secas. Ictericia cutáneo-mucosa.
- Cardiovascular: sin alteraciones auscultación cardíaca, ingurgitación yugular 2/6, con colapso inspiratorio.
- Respiratorio: buena entrada bilateral de aire, murmullo vesicular conservado sin ruidos agregados.
- Abdomen blando, doloroso en epigastrio e hipocondrio derecho con defensa sin descompresión. Se palpa el hígado a 2 cm por debajo del reborde costal. Ruidos hidroaéreos conservados. Timpanismo conservado. No se auscultan soplos.
- Miembros: tono, turgencia, fuerzas, sensibilidad, reflejos conservados. Sin edemas periféricos, sin adenopatías ni lesiones cutáneas.

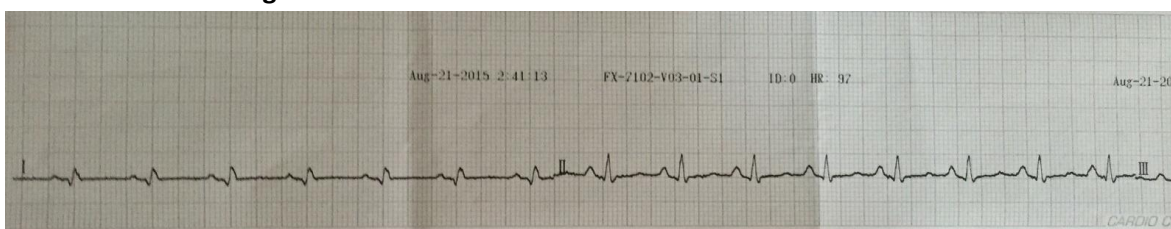
Solicitud de estudios complementarios:

• **Laboratorio inicial:**

Hematocrito (%)	38
Hemoglobina (g/dl)	13,8
Leucocitos (/mm ³)	7800
Plaquetas (/mm³)	34000
Glucemia (mg/dl)	90
Ureamia (mg/dl)	86
Creatinemia (mg/dl)	2,11
Na⁺ (mEq/L)	128
K⁺ (mEq/L)	4,63
Cl⁻ (mEq/L)	84
Bilirrubina total (mg/dl)	2.41
Bilirrubina directa (mg/dl)	1.77
Bilirrubina indirecta (mg/dl)	0.64
GOT (UI/L)	6197

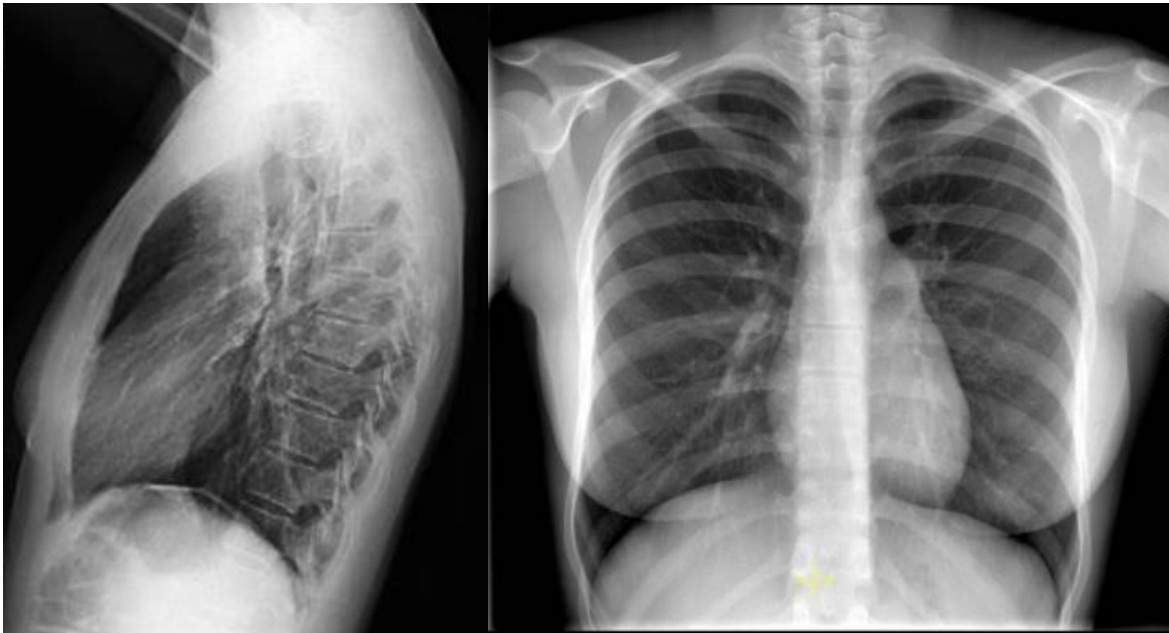
GPT (UI/L)	4066
FAL (UI/L)	158
GGT (UI/L)	146
Colinesterasa (UI/L)	5001
Amilasemia (UI/L)	191
LDH (UI/L)	10.000
CPK (UI/L)	1.700
TP (seg)	22.3
Tasa Protrombina (%)	30
KPTT (seg)	28
RIN	2,13
Factor V (%)	<15
Albúmina (g/dl)	3,88
VES (mm/1 hr)	6

• **Electrocardiograma**



- Ritmo: Sinusal. Frecuencia cardíaca (lpm): 100. PR (segundos): 0,18. QRS (segundos): 0,10. AQRST (°): 50. Complejos de bajo voltaje. Lenta progresión de onda r en derivaciones precordiales.

- **Radiografía de tórax frente y perfil**



- Índice cardiotorácico conservado, sin lesiones pleuro-pulmonares, senos costofrénicos libres.

PREGUNTAS GUÍAS:

- ✓ Realice una lista de problemas con los datos clínicos y analíticos disponibles hasta el momento.
- ✓ ¿Qué síndromes clínicos pueden identificarse a partir de la anamnesis, el examen físico y el laboratorio inicial?
- ✓ La paciente venía derivada con diagnóstico de hepatitis fulminante, está de acuerdo con ese diagnóstico, que datos a favor y en contra del mismo puede identificar. ¿Qué variables podrían indicar insuficiencia hepática con eventual necesidad de trasplante hepático?
- ✓ ¿Cómo integrarías fiebre, ictericia, falla renal y plaquetopenia con un enfoque sindromático? ¿Qué diagnósticos explicarían simultáneamente el compromiso hepático y renal?
- ✓ ¿Qué elementos permiten diferenciar un compromiso hepático primario de una alteración hepática secundaria?

Se sugiere repasar conceptos adquiridos durante el cursado de la UT 45.

Impresión diagnóstica inicial: luego de la presentación en pase de sale, se discute el caso de Yanina, y los diagnósticos más probables que considera el equipo de atención son los siguientes

- Leptospirosis.
- Sepsis.
- Fiebre hemorrágica argentina.
- Rabdomiólisis.
- Hepatitis virales (A, E, B, C, CMV, VEB, herpes, otros)

Y se solicitan estudios serológicos dirigidos a los diagnósticos considerados:

SEROLOGÍAS	
VIH	Negativo
HBs Ag	Negativo
Ig M HAV	Negativo
Ac HCV	Negativo
Ig M CMV	Negativo
Ig M VEB	Negativo
PCR hepatitis E	Negativo
PCR virus herpes simple	Negativo
Lesptospirosis	Negativo
FHA	Negativo

CULTIVOS	
Hemocultivos	Negativo
Urocultivo	Negativo

PREGUNTAS GUÍAS:

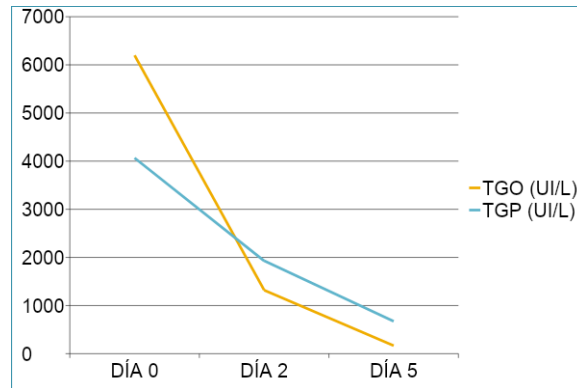
- ✓ *¿Con los resultados recibidos, y a la luz de esta nueva información cómo replantea las hipótesis y los diagnósticos probables?*

CONTINUACIÓN DEL CASO CLÍNICO

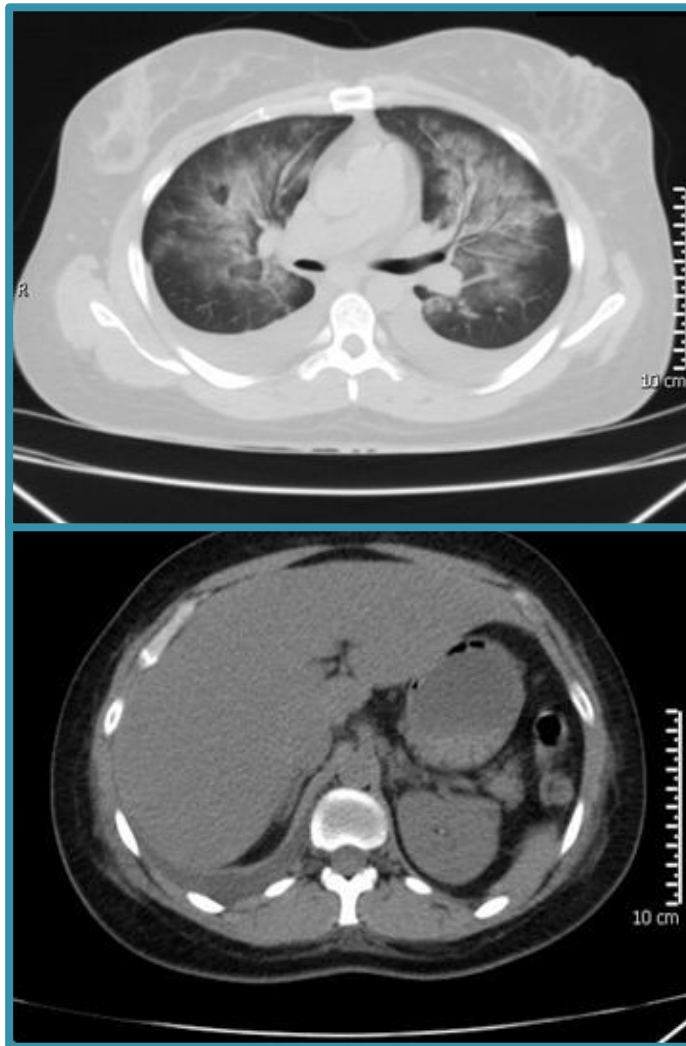
Al segundo día de internación la paciente agrega disnea grado IV por sobrecarga hídrica, edema agudo de pulmón con buena respuesta a tratamiento diurético (furosemida endovenosa).

Se decide realizar los siguientes exámenes complementarios:

- **Laboratorio:** las enzimas hepáticas mostraron el siguiente curso evolutivo

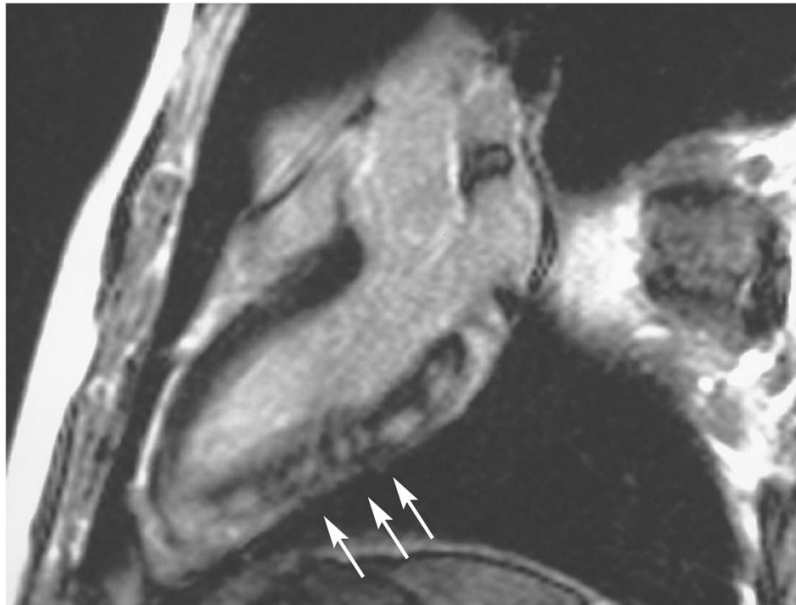


- ✓ **TAC tórax y abdomen:** infiltrados intersticio-alveolares bilaterales, de tipo hiliofugaz, derrame pleural bilateral leve a moderado. Hepatomegalia.



Ecocardiograma (día 2): fracción de eyección (Fey): 28-30%. Aurícula izquierda (AI) y ventrículo izquierdo (VI) levemente dilatados. Hipoquinesia difusa. Cavidades derechas levemente dilatadas a predominio ventricular. Vena cava inferior (VCI) dilatada sin colapso inspiratorio. Flujo sistólico aórtico de bajo gasto. Regurgitación tricúspide leve. Presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) 55-60 mmHg.

Cardioresonancia: derrame pleural bilateral moderado. Miocardiopatía, compromiso de la motilidad con claro predominio de la cara anterior la cual esta adelgazada. Realce tardío positivo transmural anterior subepicárdico inferior.



PREGUNTAS GUÍAS:

- ✓ ¿Qué síndrome clínico-hemodinámico integra mejor los nuevos hallazgos (disnea aguda, EAP, FEVI severamente reducida, VCI sin colapso)?
- ✓ ¿Cómo reinterpretas el cuadro inicial (plaquetopenia, falla renal, hipertransaminasemia extrema, LDH elevada) a partir del compromiso miocárdico objetivado por ecocardiograma y cardiorresonancia?
- ✓ ¿Qué datos clínicos, de laboratorio e imágenes permiten diferenciar miocarditis aguda, miocardiopatía séptica y síndrome coronario agudo en este contexto?
- ✓ ¿Cómo interpretas la hipertransaminasemia masiva en relación con el bajo gasto cardíaco y qué elementos orientan a hepatitis isquémica versus hepatitis inflamatoria primaria?

INTERPRETACIÓN: teniendo en cuenta la evolución de Yanina, tanto clínica como de laboratorio, sumado a los exámenes complementarios, se modificó la hipótesis inicial de hepatitis fulminante, a un cuadro de miocarditis aguda, de probable origen viral, con insuficiencia cardíaca inicialmente de bajo gasto, con hipoflujos a órganos y tejidos con la consecuente falla multiórganica (hematológica, renal, hepatitis isquémica).

Surgieron así, algunas reflexiones en la reunión de equipo,

¿Pueden haber influenciado en el proceso diagnóstico y análisis del caso:

- ✓ El cansancio de Juan Ignacio,
- ✓ El diagnóstico establecido de hepatitis fulminante (llamado desde la Guardia)
- ✓ La intervención del hepatólogo (ya lo vio él, que me voy a poner a pensar yo en la causa del cuadro)
- ✓ El reciente caso de hepatitis E, aumentaron la posibilidad de su consideración entre los diagnósticos diferenciales
- ✓ ¿Es posible que estuviera en falla cardíaca sin signos iniciales de sobrecarga (al ingreso no presentaba edemas periféricos, ni ingurgitación yugular por ejemplo)?; ¿puede instalar una hepatitis isquémica sin hipotensión severa manifiesta? ¿La semiología cardíaca inicial, sin R3, sin galope, ni soplos era realmente así, o se dirigió el examen y se prestó mayor atención en base al diagnóstico presuntivo de hepatitis fulminante? Es posible que estuvieran ausentes signos de insuficiencia cardíaca al ingreso o no fueron suficientemente buscados (uno orienta la búsqueda según lo que cree que tiene el paciente)
- ✓ El electrocardiograma de ingreso es patológico para una mujer joven sin antecedentes, ese resultado pasó desapercibido y no se tuvo en cuenta en el manejo ni sospecha inicial ¿Por qué no le dimos jerarquía al ECG de ingreso?

Revise los siguientes sesgos cognitivos y emocionales-ambientales que pueden llevar a errores en el diagnóstico

