

Error Diagnóstico

Un evento frecuente que afecta el resultado, compromete la seguridad del paciente y deteriora la calidad asistencial

Escribe
Schnitzler E

En el último Congreso de la ISQUA en Rio de Janeiro, una de las mesas redondas congregó a tres referentes internacionales sobre el Error Diagnóstico (ED), sus ponencias desarrollaron en forma integral un tema cuya frecuencia e impacto sobre la seguridad del paciente y el resultado clínico no ha sido suficientemente resaltado. Pat Croskerry refirió en su conferencia que la falla en el diagnóstico ocurre en el 15% de los eventos, que son más frecuentes en medicina de emergencias, medicina familiar y medicina interna, constituyen el 30% de las muertes prevenibles por eventos adversos en el Reino Unido, explican desde 40 a 80000 muertes anuales en Estados Unidos y es la primer causa en las demandas legales en la mayoría de los países. No está determinado por lo que sabemos sino por como pensamos.

Kirk L. (1) considera que el paciente espera una atención médica correcta (aplicando la mejor evidencia disponible) y buena (acorde con los valores del paciente y consistente con el juicio clínico). De las tres preguntas formuladas ante un paciente la primera de ellas es ¿Qué le pasa?, es la pregunta diagnóstica. Si fallamos en encontrar la respuesta correcta, las siguientes preguntas ¿Qué puede hacerse? y ¿Qué es más conveniente?, no responderán a una situación real y no ayudarán o provocarán daño a su salud, al menos haciendo perder tiempo o dinero con estrategias inapropiadas.



En la consideración de la taxonomía del error médico, las investigaciones y reportes más frecuentes se refieren a las fallas en la implementación de los cuidados apropiados, los errores en la medicación, la equivocación en el sitio quirúrgico o el daño sufrido por el paciente por fallas sistémicas que condicionan infecciones nosocomiales o caídas. Indudablemente este tipo de errores o eventos son los más fáciles de reconocer, sin embargo no es claro que representen los más frecuentes o los que tienen mayor capacidad de daño. Los errores son difíciles



de medir y muchas veces no constituyen un evento aislado sino eslabones de una cadena o cascada. Reconocer el evento que inicia la cascada es fundamental en la prevención del daño.

Woolf S. y colab. (2) analizan la importancia de la cascada y el reconocimiento de las causas primarias de un error. Menciona varios ejemplos, entre ellos el de un paciente anticoagulado con warfarina en el cuál se falla en el control del hemograma, no se detecta una caída inicial del hematocrito y el paciente ingresa, días más tarde, por shock hipovolémico secundario a

hemorragia digestiva. El retraso en el diagnóstico en la pérdida de sangre, sumado a retraso en el ajuste de la anticoagulación condiciona un evento grave prevenible. Los errores pueden asignarse a diferentes dominios: a) tratamiento (administración inadecuada de fármacos, omisión de inmunizaciones, etc.), b) diagnóstico (examen clínico parcial o equivocado, exámenes complementarios omitidos o interpretación de la situación errónea), c) comunicación (procesar mensajes en forma equivocada, instrucciones y datos en la historia clínica insuficientes), d) errores en la comunicación interpersonal entre prestadores



Los ED en pacientes quirúrgicos pueden estimarse mediante la discordancia entre el diagnóstico prequirúrgico y el encontrado en la cirugía

y pacientes. Sólo en un 23% de los casos, encontraron que los incidentes correspondían a errores aislados, mientras que en un 44, 23 y 11% correspondían a una cadena de 2, 3 o 4 errores.

Una aproximación al tema del error médico surge de los hallazgos diagnósticos mayores encontrados en la autopsia y no detectados durante la internación, sin embargo la frecuencia cada vez menor de autopsias, aún en centros académicos, sólo permite detectar una ínfima parte de los mismos y aquellos de una gravedad tal determinan la muerte del paciente. Hallazgos de este tipo son encontrados en un 10 al 15% de las autopsias (3). Los ED en pacientes quirúrgicos pueden estimarse mediante la discordancia entre el diagnóstico prequirúrgico y el encontrado en la cirugía, obviamente mediante sistemas de registro electrónico seguros. Otras fuentes de detección son los reportes de aseguramiento de la calidad, los ateneos de morbi-mortalidad, el reporte voluntario, las demandas legales y otros instrumentos específicos para revisión de informes de estudios o análisis de historias clínicas.

El ED puede definirse operacionalmente como aquel diagnóstico que fue retrasado en forma no intencional, fue equivocado o no fue realizado. El ED es visto tradicionalmente como causado por una falla cognitiva, reflejo del conocimiento, agudeza clínica o destreza del médico. En la práctica, los médicos usamos “atajos” para el diagnóstico, basados en la experiencia y la intuición. Este proceso mental, denominado heurístico, es altamente eficiente, fácil y rápido pero obviamente no infalible. Se basa en ponderar determinados hallazgos, evaluar el contexto, tener en cuenta los datos epidemiológicos y la evocación de la memoria y experiencia.

Desde el informe del IOM (Institute of Medicine) (4) se ha puesto el foco en las fallas del sistema y su mejora como camino a disminuir el error ¿Cómo intervienen las fallas sistémicas en el ED? Sin duda, las condiciones laborales, la sobrecarga de trabajo, la falta de tiempo, la baja disponibilidad de estudios diagnósticos apropiados, el retraso en los informes, los informes incompletos, las fallas en la comunicación, una historia clínica confusa o incompletas son fallas que pueden instalarse en forma sistémica y ser fuente de errores diagnósticos sistemáticos. La supervisión insuficiente en los médicos en formación puede también ser un condicionante frecuente, en cambio, la falta de conocimiento entre los profesionales no suele ser un factor de importancia primordial. En tiempos donde la sustentabilidad y la eficiencia, intentan ver la asistencia como un proceso “industrial”, donde se busca optimizar o claramente reducir los tiempos dedicados al paciente, el riesgo del ED aumenta. Una frase caracteriza la situación afirmando que algunos administrado-



res de salud, si se dedicaran a administrar músicos, les pedirían que ejecutaran sus obras en forma más rápida y eficiente, en ese caso se obtendrían más beneficios pero ya no habría música.

Graver M. y colab. (5) analizan 100 casos de error diagnóstico, utilizando como fuente los reportes de aseguramiento de la calidad, reportes voluntarios y las discrepancias diagnósticas reveladas por necropsias. Encuentran como causas diagnóstico equivocado en 38 casos, perdido en 34 y retrasado en 28. El 90% de los errores involucraron algún tipo de daño, entre ellos 33 muertes, siendo más significativa la gravedad en los diagnósticos equivocados o perdidos y en la mayoría de los casos las causas cognitivas y sistémicas combinadas condicionaron el error. Los autores consideran 3 tipos de error: a) los que no involucran falla (presentación inusual o enmascarada de la enfermedad, paciente no cooperativo), b) errores relacionados con el sistema (fallas técnicas o de equipamiento, defectos en la organización), c) relacionados con desconocimiento, pobre captura de los datos o resumen defectuoso de los datos. Los errores relacionados con el sistema aislados o combinados contribuyeron en el 65% de los errores y los cognitivos solos o combinados lo hicieron en el 74% de las veces. Los errores relacionados con el sistema, en general estuvieron ligados a fallas en los procesos y en la comunicación o capacidad de trabajo en equipo. En algunos ejemplos se citan los errores reiterados en la interpretación de imágenes por falta de informes apropiados, pérdida de informes de anatomía patológica o fallas en comunicar resultados significativos de laboratorio. La falla cognitiva más frecuente se encontró en la ausencia de una síntesis y jerarquización apro-

En reclamos por mala praxis que involucran muertes, el error diagnóstico es la causa en el 26% de los casos, según un reporte de la Physician Insure American Association del año 2010

piada de los hallazgos presentes que llevan a un cierre prematuro de los diagnósticos diferenciales, en cambio las fallas en conocimiento o destrezas fue infrecuente. Los errores a causa de anamnesis o examen clínico incompleto completan los factores cognitivos. La mayor parte de los errores diagnóstico son multifactoriales.

Otra fuente de investigación para el error diagnóstico son los reclamos legales, en ellos este tipo de error médico es mucho más frecuente que los errores de medicación (6). En reclamos por mala praxis que involucran muertes, el error diagnóstico es la causa en el 26% de los casos, según un reporte de la Physician Insure American Association del año 2010.

Shiff G. y colab. (7) estudian este tema, a través de una encuesta distribuida entre médicos clínicos y especialistas de 22 instituciones de USA en la cual se les pedía que reportaran 3 casos de error diagnóstico, describiendo las causas percibidas,



Los resúmenes frecuentes y la conciliación de medicación contribuyen a evitar la pérdida de información sensible o a provocar errores por adicionar medicación con interacciones adversas

su gravedad y frecuencia. Se recogieron 583 casos de los cuales un 28% fueron considerados graves. Los diagnósticos más comunes perdidos o retrasados fueron: la embolia pulmonar, las reacciones a drogas, el cáncer (pulmonar, colorectal o de mama) y los eventos vasculares (coronarios o cerebrales). Cuando analizaron las fases del proceso diagnóstico donde ocurrió el error predominante, el proceso de evaluación con exámenes complementarios es uno de los momentos de vulnerabilidad, incluyéndose fallas en solicitar los exámenes adecuados, errores en los informes o en su seguimiento. En segundo término ocurre el error en la evaluación clínica (consideraciones en el diagnóstico diferencial). Las fallas en la anamnesis o el examen clínico en conjunto contribuyen en un 20% de los casos reportados. No obstante la diferenciación entre cada fase



no es siempre posible y suelen estar relacionadas.

En relación al ED se suele interpretar que es en el paciente internado donde puede tener su máxima expresión, sin embargo es en el área ambulatoria donde tiene su mayor expresión. Singh y colab. (8) exploran 5 dimensiones en el cuidado ambulatorio desde donde el ED puede emerger. Estas son: 1) la consulta, 2) la calidad e interpretación de los exámenes diagnósticos, 3) el seguimiento de los pacientes y de los resultados de los exámenes complementarios, 4) las interconsultas, 5) conducta y adherencia de los pacientes. Las características de fragmentación, complejidad y limitaciones de tiempo en el cuidado ambulatorio son promotoras del error. La Joint Commission exige realizar una historia clínica completa para cualquier

consulta ambulatoria selectiva en una institución sanitaria. Los resúmenes frecuentes y la conciliación de medicación contribuyen a evitar la pérdida de información sensible o a provocar errores por adicionar medicación con interacciones adversas. Los diagnósticos o hipótesis son realizados en un escenario bajo presión del tiempo de la consulta, la falta de continuidad del cuidado provoca que los médicos ignoren el efecto de sus acciones en muchos casos. Es muy probable que la magnitud de los errores diagnósticos en medicina ambulatoria constituya un problema de magnitud enorme e ignorada. Woods y colab. (9) ha reportado que los eventos adversos prevenibles ambulatorios ocurren con más frecuencia en los consultorios de los médicos de atención primaria y en las salas de emergencia. Los errores de diagnóstico son el evento más frecuente que condiciona la internación en pacientes con fallas en el cuidado ambulatorio. Se adjunta un listado de problemas referidos en cada dominio y las propuestas de mejora (tabla 1). Indudablemente el uso de sistemas informáticos integrales (HIS) es una herramienta de enorme valor para asegurar la continuidad del cuidado en el ámbito ambulatorio, si cuenta con un diseño adecuado y herramientas de soporte para la toma de decisión. El uso de la conciliación de medicación y una adecuada lista de problemas son de suma utilidad. Igualmente un portal del paciente donde el mismo tenga acceso a los datos principales de su salud y que cuente con los recordatorios necesarios es de suma utilidad para mejorar la educación y la adherencia.

Croskerry P, y colab. (10) analizan los procesos implicados en la toma de decisión ante el diagnóstico, mostrando las dos aproximaciones básicas. La teoría dual en la toma de decisiones distingue entre el proceso intuitivo, reflexivo, autónomo y rápido (basado en patrones de reconocimiento) del razonamiento deliberativo, con más esfuerzo consciente y analítico. La inclinación por un mecanismo u otro se apoya muchas veces en la forma y claridad en que los síntomas característicos de un determinado diagnóstico son registrados por el médico. El mecanismo intuitivo es el más proclive al error. No siempre la rapidez del diagnóstico diferencia el proceso intuitivo del analítico, en algunos casos este último también puede llevar pocos minutos. La simplificación experimental entre variables dependientes e independientes, pueden alterar el complejo escenario del diagnóstico, donde muchas variables independientes e interdependientes se encuentran en juego. Probablemente el mejor abordaje sea la adecuada combinación de ambos mecanismos para la decisión diagnóstica, según las circunstancias. Stark and Fins (11) han puntualizado recientemente en la obligación ética en reconocer los pasos necesarios a implementar para prevenir el error y el daño en el diagnóstico. En especial desarrollar las estrategias adecuadas para mejorar el pensamiento crítico y el juicio clínico con la adecuada contraposición del pensamiento analítico y el reconocimiento de patrones diagnósticos, controlando los desvíos o vías que llevan al error.

Uno de los mitos habituales es asociar el ED a enfermedades raras o aquellos casos con presentaciones inusuales, sin embargo, la mayoría de los ED se presentan ante enfermos con enfermedades relativamente comunes. Los primeros pasos en relación a este tema son: reconocer su importancia, favorecer una cultura no punitiva, favorecer el reporte voluntario, registrar todos los casos posibles a través de los ateneos de morbilidad y hallazgos de autopsia, encontrar herramientas de búsqueda activa a través de herramientas específicas como trigger tools.