



Artículo especial

¿Diagnosticar mejor? Savia nueva para un árbol viejo

Improving diagnosis? New sap for an old tree

Lorenzo Alonso^{a,*}, Francisco Bermúdez^b, Manuel Abarca^b y José Manuel García Almeida^c^a Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico de Málaga, Málaga, España^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico de Málaga, Málaga, España^c Servicio de Endocrinología, Hospital Clínico de Málaga, Málaga, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de febrero de 2010

Aceptado el 6 de abril de 2010

On-line el 11 de junio de 2010

Introducción

El diagnóstico en Medicina, palabra que proviene del griego *diagnōstikós* y significa «distinguir o conocer», es la pieza clave del acto médico a partir del cual pueden tomarse decisiones con el paciente. El diagnóstico y la estrategia terapéutica están íntimamente relacionados y, lejos de ser un proceso estático, es un continuo dinámico donde la variable tiempo desempeña un papel fundamental para plantear el proyecto global de actuación. Sin embargo, diagnosticar no solo no es fácil en muchas ocasiones, sino que las probabilidades de errar son elevadas si tenemos en cuenta primero el elevado número de procesos para reconocer, que alcanzan una cifra superior a 10.000 según la Clasificación de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud¹, unido a la variabilidad de la biología humana y a las características de los procesos mentales implicados en el razonamiento clínico. El contacto con el mayor número de entidades patológicas facilita su detección, pero otros factores, unos externos relacionados con el lugar de práctica y otros relacionados con la base mental del razonamiento clínico, influyen de manera decisiva en el resultado final. El conocimiento de estos factores, la posibilidad de detección de los puntos de mejora y la medida del posible error comienzan a ser objetivo primordial del quehacer clínico.

Bases mentales del diagnóstico

El diagnóstico del problema que presenta el paciente se basa en la experiencia del médico, la cantidad y la calidad de información obtenida y las pruebas complementarias, todo ello integrado en un proceso mental conocido como razonamiento clínico². Este

proceso artificialmente se ha dividido en fases, cada una de ellas con implicaciones cognitivas diferentes³, donde se entrelazan 2 grandes modos o sistemas de decisión, uno más automático y otro más analítico. El primero se denomina sistema 1, basado en automatismos (la palabra de la psicología cognitiva para estos procesos automáticos es *heurística*), que está basado en la recuperación de improntas o patrones acumulados tras experiencias previas. El sistema 2 tiene un componente predominante hipotético deductivo o analítico, que trata de seguir una lógica sistemática con evaluación periódica de la nueva información⁴. Se considera que los profesionales con más experiencia utilizarían el sistema 1, con lo que las decisiones serían más rápidas y menos costosas, mientras que médicos en formación o con menos experiencia utilizarían el sistema 2, teóricamente más «seguro» pero más costoso en tiempo y esfuerzo. Desde el punto de vista teórico, existe un mayor conocimiento de los componentes mentales relacionados con la actuación automática y de los posibles errores implicados, la mayor parte relacionados con un mal cálculo intuitivo de la prevalencia del proceso o un tratamiento no adecuado de la información.

Concepto de error de diagnóstico

Los nuevos conceptos sobre seguridad del paciente han despertado el tema del diagnóstico médico de su aletargamiento más o menos académico y lo han incorporado de lleno a considerarlo como un claro objetivo por mejorar⁵, por eso es fundamental definir esta entidad. De acuerdo con Graber et al⁶, se define el error de diagnóstico como el asociado a un diagnóstico que se realiza tardíamente sin intención (existe información suficiente precozmente), que no se hace o que es equivocado (se plantea otro diagnóstico antes del correcto). Esta definición asume que en algún momento se lleva a cabo el diagnóstico del paciente a través de algún estudio o prueba complementaria. La importancia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lorenzo@foro-osler.com (L. Alonso).

Tabla 1
Situaciones basadas en la definición de error de diagnóstico

Tipo de situación de error de diagnóstico	Ejemplo
Diagnóstico equivocado	Paciente que presenta falta de fuerza en el brazo, se detectan metástasis cerebrales. Se asocia la clínica con estas metástasis, pero en realidad existía un tumor en el vértice pulmonar que infiltraba el plexo braquial y esto causaba la paresia del brazo
Diagnóstico no planteado	Un paciente con diagnóstico previo de hemorroides presenta rectorragia evidente, la que se identifica con su proceso de base; se detecta meses más tarde un tumor rectal, posibilidad esta que no se había valorado previamente al inicio del cuadro
Diagnóstico tardío	Un paciente anciano se estudia por anemia detectada tras síncope. Se realizan estudios hematológicos de cribado pero, ante la persistencia y no mejoría tras tratamiento, se decide 6 meses después hacer colonoscopia, con la que detecta un cáncer de colon como causa de la anemia, aunque esta posibilidad se había valorado ya inicialmente

del error de diagnóstico reside en que sus consecuencias pueden ser graves para el paciente y, además, en que en la mayor parte de los casos es evitable, ya que las bases de este están entrelazadas con el mecanismo mental de este proceso cuyo conocimiento permite un abordaje de corrección.

En la **tabla 1** se exponen situaciones de error de diagnóstico compatible con la definición expuesta.

Cuantificación del error de diagnóstico

El error de diagnóstico puede aparecer en todas las especialidades y ninguna, ni siquiera las que tienen un alto componente terapéutico, como la Oncología, se libra de ellos⁷. Su cuantificación es difícil o bien porque no tienen una repercusión directa o inmediata sobre el paciente o bien porque el propio profesional no los pone de manifiesto. Para autores como Berner y Graber⁸, el porcentaje de error de diagnóstico en Medicina se sitúa probablemente entre el 5-15%. En series de autopsias, la discrepancia entre diagnóstico clínico y resultados patológicos se situaba en el 20%⁹. En un estudio en nuestro medio¹⁰, en un servicio de urgencias donde hay escaso tiempo para la toma de decisión, se evidenció un 6,2% de casos considerados como error de diagnóstico. En suma, si bien dentro de todos los errores que ponen en peligro la seguridad del paciente los de diagnóstico ocupan una teórica cuarta posición tras los errores de medicación, infecciones o procedimientos, su importancia como los más prevenibles los sitúa en primer plano para el paciente y el médico.

Componentes del error de diagnóstico

En la aparición del error o fallo de diagnóstico participan tanto factores del individuo como del lugar o el sistema donde trabaja, términos puestos de manifiesto hace más de una década y que sentaron las bases de las actividades para la seguridad del paciente¹¹. De acuerdo de nuevo con Graber et al¹², los factores o los componentes relacionados con el error de diagnóstico son de 4 tipos: uno que depende de características del sistema donde se trabaja, otro relacionado con el aspecto cognitivo del razonamiento clínico, un tercero al que denomina error por no falta (*non-fault*) y que depende de la dificultad excesiva del caso clínico y, por último, un cuarto componente donde se mezclan componentes cognitivos y del sistema. De todos ellos, es el componente cognitivo el que ha sido objeto de un mayor estudio en los últimos tiempos y en el que más se está incidiendo para plantear las estrategias de mejora¹³.

Tabla 2
Ejemplos de factores implicados en el error de diagnóstico

Componentes del error de diagnóstico	Ejemplos
Error sin «falta» por la rareza o la excesiva dificultad del caso	Dificultad idiomática Paciente comatoso Síndrome paraneoplásico raro: dermatomiositis
Debido al sistema	Falta de sistema informático que facilite cursos evolutivos; por ejemplo, descenso del hematocrito con valores previos muy elevados por poliglobulia: puede dar lugar a situaciones en las que aún con una hemorragia oculta la hemoglobina sea normal. En este caso, una visión en pantalla extendida de valores previos habría ayudado al diagnóstico
Componente cognitivo	Ausencia de registros automáticos de alergias que se «disparen» de forma fácil como alertas En una crisis hipertensiva, un médico puede pensar que se debe a un feocromocitoma, aunque es probable que se trate de una situación más prevalente, como es que el paciente no tome los fármacos antihipertensivos

En la **tabla 2** se detallan ejemplos relacionados con cada uno de estos componentes.

Evaluación del error de diagnóstico

Sabemos que tanto componentes del sistema, entendidos como aspectos del medio donde se trabaja, como el propio proceso cognitivo de toma de decisiones (este presente en más de la cuarta parte de los casos) contribuyen al fallo de diagnóstico, por lo que ambos factores deben tenerse en cuenta a la hora de analizar el mecanismo que ha dado lugar al error. Para el análisis de los problemas relacionados con el sistema se ha utilizado el método denominado análisis de la causa raíz (*root cause analysis*), aunque su indicación para análisis de problemas de diagnóstico está aún por validarse¹⁴. Por otra parte, y ya específicamente para errores de diagnóstico, se ha publicado el Proyecto Diagnosis Error Evaluation and Research, que contempla en sí mismo aspectos del sistema, aspectos puramente cognitivos y de atención general al paciente¹⁵.

A continuación pasamos a desarrollar estas 2 herramientas de análisis.

Análisis de la causa raíz: es un método aplicable a posteriori y sigue una técnica de pasos hacia atrás para averiguar la causa o las causas que han dado lugar al fallo, de tal forma que cuando se eliminan, el mismo error o fallo no debe volver a producirse. Su uso en Medicina ha estado relacionado con problemas o fallos que tienen que ver más con los procesos en general o estructuras, los que se denominan episodios centinelas, con una base más organizativa y de gestión, pero en general se está utilizando para los errores clínicos en general de tal forma que la Joint Commission estadounidense lo considera obligatorio en los centros que acredita. Está claro que este tipo de análisis permite detectar el origen del problema, pero aún no ha demostrado una clara incidencia en una reducción de los riesgos reales ni se ha empleado de forma sistemática en los errores de diagnóstico^{16,17}, aunque en radiología su empleo está instaurándose cada vez más¹⁸. Sin embargo, creemos que tiene utilidad en la práctica clínica diaria y una de sus mayores fortalezas es la posibilidad de expresar gráficamente los puntos o los pasos implicados en el error y cambiar la dinámica de trabajo del equipo.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3800671>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3800671>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)