



Revisión

El error diagnóstico en urgencias

Pere Tudela^{a,*}, Anna Carreres^a y Mònica Ballester^b

^a Unidad de Corta Estancia, Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^b Dirección de Calidad, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de abril de 2017

Aceptado el 2 de mayo de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Error
Diagnóstico
Urgencias

Keywords:

Errors
Diagnostic
Accident and emergency

R E S U M E N

Debemos reconocer el error diagnóstico como un episodio adverso posible e inherente al acto clínico, e incorporarlo con normalidad al resto de los indicadores de calidad asistencial. Por diferentes fuentes de información podemos conocer su frecuencia, aunque probablemente todavía está subestimada. En contra de lo que se podría suponer, en la mayoría de los casos no acontece en enfermedades infrecuentes. Sus causas suelen ser complejas y multifactoriales, con aspectos tanto cognitivos individuales como del sistema. Estos errores pueden tener un gran impacto clínico y socioeconómico. Es necesario aprender de los errores diagnósticos para desarrollar un sistema seguro, propio de una cultura de calidad.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Diagnostic errors in emergency departments

A B S T R A C T

Diagnostic errors have to be recognised as a possible adverse event inherent to clinical activity and incorporate them as another quality indicator. Different sources of information report their frequency, although they may still be underestimated. Contrary to what one could expect, in most cases, it does not occur in infrequent diseases. Causes can be complex and multifactorial, with individual cognitive aspects, as well as the health system. These errors can have an important clinical and socioeconomic impact. It is necessary to learn from diagnostic errors in order to develop an accurate and reliable system with a high standard of quality.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

La orientación diagnóstica de los pacientes es el factor que determina la necesidad de exploraciones complementarias y de ingreso hospitalario, así como el tratamiento específico y el pronóstico. Resulta, por tanto, de gran trascendencia en cualquier ámbito asistencial, pero en especial en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), que la aproximación al diagnóstico se realice de forma correcta y lo más precisa posible. La posibilidad de que existan errores en el diagnóstico (ED), inicialmente considerada tan solo anecdótica, ha sido reconocida y documentada de una forma progresiva en las últimas 2 décadas. Y aunque en general se acepta que la incidencia global de ED puede afectar a un 5-15% de los pacientes, hasta el momento han sido escasamente considerados en los

programas de calidad asistencial, más orientados a los cuidados y procesos terapéuticos¹⁻⁴.

Frecuencia de los errores diagnósticos

Desde el estudio inicial de Leape et al.⁵, en el que se estimó la frecuencia de ED en un 14% de los episodios adversos (EA) en pacientes hospitalizados, los diferentes estudios realizados posteriormente han ofrecido resultados variables, mayoritariamente entre el 6-17%^{2,6}. En nuestro entorno, un estudio reciente los sitúa en un 11,8% del total de EA⁷.

No obstante, estos datos deben interpretarse con cautela, ya que tan solo disponemos de información parcial. La limitada disposición en el entorno sanitario a comunicar EA, así como el hecho de que algunos sistemas de notificación no dispongan de una especificación selectiva para ED, hacen que a menudo los registros puedan ser poco exactos y probablemente subestimados. Por estos motivos

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ptudela.germanstrias@gencat.net (P. Tudela).

Tabla 1
Fuentes de información para estimar la incidencia de error diagnóstico

Fuente	Incidencia	Comentarios
Autopsias	10-20%	Probablemente subestimada
Estudios de simulación	13-15%	
Estudios de segunda revisión (radiología o anatomía patológica)	2-5%	
Auditorías de laboratorios	2-4%	
Encuestas	35% médicos 42% pacientes	Familiar/amigo afectado de ED Perciben alto riesgo de daño
Denuncias y reclamaciones	29%	ED son las de mayor coste
Revisión de casos ^a		No son enfermedades raras
Notificación voluntaria	0,5%	Probablemente subestimada

ED: error diagnóstico.

^a Incluye: ictus, asma, hemorragia subaracnoidea, neoplasias, embolia pulmonar, disección aórtica, diabetes, apendicitis.
Adaptada de Graber⁸.

se han realizado algunos intentos de aproximación indirecta, como el análisis de los ED detectados en autopsias, en estudios de simulación, de segunda revisión (en servicios centrales como Radiología o Anatomía Patológica), auditorías de laboratorios, encuestas entre médicos y pacientes, o denuncias y reclamaciones⁸. En la **tabla 1** se detallan algunos aspectos de estas diferentes fuentes de información, que con sus ventajas y limitaciones pueden tener de alguna forma un valor complementario.

Para los SUH esta realidad no parece muy diferente. En un estudio actual, los ED vienen a suponer un 19% de los EA detectados⁹, datos que son similares al 22% del estudio previo de Fordyce et al.¹⁰, pero inferior al 53% de un trabajo más reciente¹¹. Entre los pacientes que retornan antes de 7 días, los ED suponen el 28% de los EA¹². En nuestro entorno sabemos por el estudio EVADUR, referencia en cuanto a EA en los SUH, que el error o retraso diagnóstico supuso, con el 18% de los casos, la tercera causa de EA¹³. Así pues, aunque por el momento no disponemos de una referencia en cuanto a índice de ED aceptable, y salvando las notables diferencias metodológicas existentes, todo ello indica que la frecuencia de ED es, cuando menos, notable.

Concepto de error diagnóstico

El ED podría ser extremadamente complejo y difícil de definir si lo planteamos en profundidad. Pero operativamente, se ha definido como aquel diagnóstico que no se hace, se hace tarde (cuando se disponía de información suficiente al inicio) o es equivocado¹⁴. Otros autores lo han definido como la falta de posibilidad de establecer una explicación exacta y a tiempo de los problemas de salud del paciente^{2,15}. No es fácil determinar el concepto de ED, y a menudo incluso es difícil estar de acuerdo en si ha existido o no el error. Existe un profundo debate abierto, ya que hay diferentes y complejas cuestiones que dificultan el consenso en la valoración e interpretación de un ED. Por una parte, la influencia del factor tiempo y la naturaleza evolutiva de los procesos clínicos, que pueden haber mostrado una expresividad muy variable en diferentes momentos del acto clínico. Así mismo, cabe considerar la necesidad de mantener un equilibrio entre el subdiagnóstico y la búsqueda excesivamente intensiva. Y por otro lado, hay que matizar la influencia que puedan haber tenido las consideraciones en cuanto a probabilidad y gravedad de las diferentes opciones diagnósticas¹⁶. La **figura 1** puede resultar ilustrativa de todo ello. Tal vez una posible solución a estas consideraciones, en un enfoque más moderno, sería plantear la medida del ED en una escala, más que de una forma dicotómica.

La experiencia

Entre los diferentes estudios de ED, el de Schiff et al.¹⁷ resulta de referencia con el análisis de 583 errores. Los diagnósticos omitidos más frecuentemente fueron embolia pulmonar, reacciones a

fármacos, cáncer de pulmón, cáncer de colon y síndrome coronario agudo. La etapa en el procedimiento diagnóstico que resultó crucial para generar el error fue: a) la falta de solicitud de una prueba diagnóstica (laboratorio o radiología) en el 44% de los casos; b) la evaluación clínica (consideración de un diagnóstico, priorización, reconocimiento de complicaciones) en el 32%, y c) una falta en la historia clínica (10%) o en la exploración física (10%). Dado que entre las 2 categorías principales puede existir un cierto grado de solapamiento, cabe aceptar que los mecanismos de los errores implican a menudo complejidad y superposición.

Una óptica particular es la que aportan los estudios necrópsicos, que muestran una falta de correlación entre el diagnóstico clínico y el autopsico del 7 al 18%¹⁸⁻²⁰. Acumulan, especialmente en los SUH, un predominio de enfermedad aguda, fundamentalmente infarto de miocardio, embolia pulmonar, disección aórtica, hemorragia digestiva, hemorragia subaracnoidea, pancreatitis e isquemia mesentérica. En el ámbito específico de los ancianos, un estudio reciente muestra la existencia de sobre o infradiagnóstico en más del 10% de los casos, analizando entidades tan prevalentes como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca, demencia, ictus, infarto de miocardio o enfermedad de Parkinson²¹. Esto lleva a concluir que probablemente las personas mayores sean especialmente vulnerables al ED, tal vez porque algunos síntomas puedan ser infravalorados, atribuyéndose al envejecimiento, o bien porque alguno de los criterios diagnósticos útiles para más jóvenes pueden no ser aplicables en ancianos.

En cuanto a los SUH, algunos estudios iniciales se centraban en las dificultades diagnósticas de enfermedades específicas (infarto de miocardio, apendicitis, hemorragia subaracnoidea), sin poder obtener conclusiones más generales. Posteriormente, el análisis de los pacientes ingresados, confrontando los diagnósticos realizados en los SUH y al alta hospitalaria, mostró una incidencia de ED variable, entre el 0,6-12%, aunque con un limitado número de casos^{22,23}. En nuestra experiencia fue del 6% (42 casos) de los pacientes ingresados desde el área médica, y entre los motivos de consulta fue la fiebre el que presentó una mayor frecuencia de errores²⁴. Estudios posteriores sobre series de reclamaciones han supuesto una fuente importante de información y han abierto una época moderna en el estudio del ED^{25,26}. En la **tabla 2** se muestran los aspectos más destacables de todos estos estudios.

Del conjunto de todos estos trabajos, tanto clínicos como necrópsicos, podemos destacar algunas observaciones. Por un lado, la evidencia de que en la mayoría de los casos no se trata de enfermedades infrecuentes, sino al contrario, son procesos relativamente comunes. Destacan algunas entidades, como las enfermedades infecciosas, el infarto de miocardio, la embolia pulmonar y la disección aórtica. La fiebre como motivo de consulta, especialmente cuando se inicia sin otros síntomas acompañantes, puede ser de difícil diagnóstico y supone la forma de presentación de numerosas y variadas enfermedades infecciosas²⁷⁻²⁹. Es conocida la dificultad diagnóstica que ocasionalmente presenta el síndrome coronario

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5680705>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5680705>

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