

¿NOS ESTAMOS EQUIVOCANDO AL DIAGNOSTICAR? ¿POR QUÉ?

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

“Si no se tiene un diagnóstico preciso, todo lo que ocurre después es potencialmente pérdida de dinero, es potencialmente dañino por efectos colaterales y por procedimientos innecesarios, mientras tanto, el problema subyacente empeora porque no está siendo tratado”

Paul Ebner
Cofundador

Society to Improve Diagnosis in Medicine (SIDM)

*Citado en: New medical coalition aims to reduce diagnostic errors.
Medscape septiembre 14, 2018*

INTRODUCCIÓN

En 1999 hubo un cambio dramático en la percepción del público sobre la medicina y los médicos con el reporte “To Err is Human” del Institute of Medicine (IOM) USA. ¡Los médicos no eran infalibles, cometían errores! Esto siempre se supo, pero quedó demostrado con esta investigación. En hospitales americanos ocurrían más muertes al año por errores médicos (EM) es decir eventos adversos prevenibles, que por accidentes de tránsito, cáncer de seno y SIDA. La frecuencia estimada fue de 44-98 mil muertes en hospitalizados¹. Posteriormente en 2013, una revisión de varios estudios en hospitalizados mostró que el número estimado de muertes prevenibles era de 210 mil o aún mayor². Expertos en seguridad del paciente consideran ahora que es tiempo de dejar de citar la cifra de 1999. Y en 2016, una publicación causó gran notoriedad y controversia al sugerir que el EM es la tercera causa de muerte en USA³. Los autores se basaron en datos de muertes en investigaciones previas

que arrojan un poco más de 250 mil muertes prevenibles al año, muertes obviamente no registradas en certificados de defunción. Si el EM fuera catalogado como enfermedad correspondería aproximadamente a 1/6 del total de muertes. Estaría por arriba de las muertes por enfermedades respiratorias que es la tercera causa y por debajo de enfermedades cardiovasculares y cáncer, primera y segunda causas respectivamente, según los datos de muertes del 2013 de Centers for Disease Control and Prevention (CDC), y se consideró que la mayoría de errores son por fallas en sistemas de salud más que por fallas de los clínicos³.

Los EM pueden ocurrir en cualquier lugar, son más frecuentes en enfermos ambulatorios que en hospitalizados, van desde los errores impensables como errores de identidad hasta los casi errores que no llegan a afectar al paciente. Pueden ser errores en tratamientos médicos (prescripciones, despacho o administración de drogas) y cirugías, errores en pruebas de laboratorio y procedimientos etc. Casi 20 años han pasado de “To Err is

Artículo recibido en: Noviembre 2018. **Aceptado para publicación en:** Enero 2018.
Dirigir correspondencia a: Ximena Páez. Email: pacaps@gmail.com

Human” y continúa la investigación sobre causas, cuantificación y tipos de errores, así como también el diseño de medidas preventivas con insistencia en la educación del personal de salud, pacientes y organizaciones de salud. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos desarrollados por instituciones, sociedades y centros de enseñanza, nos seguimos equivocando con frecuencia inaceptable.

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 ED⁶.

Frecuencia. De los miles de pacientes que mueren anualmente en USA por EM, gran parte son por ED. En revisión de 25 años de reclamos compensados por mala práctica, se encontraron de 80 a 160 mil casos de ED que causaron daño permanente o muerte. Los ED corresponden al mayor porcentaje de reclamos compensados sobre cualquier otro tipo de errores. La mayoría ocurrió en pacientes ambulatorios aunque los ED en hospitalizados fueron más letales⁷. Esto es evidencia de que los ED pueden ser el mayor problema de seguridad del paciente y de mala práctica. Su impacto sobre la salud pública es mucho mayor de lo que se creía. Según este estudio, la mayoría de ED ocurre por no diagnosticar la enfermedad. Estos datos son solo de casos con consecuencias graves por el error, pero se supone que deben ocurrir muchos más a diario. Los autores enfatizan que los ED son

más comunes, costosos y dañinos que los errores de medicación o cirugía. Tal vez la razón de ser subestimados es porque son difíciles de medir y porque el tiempo que transcurre entre el incidente y su descubrimiento puede ser largo⁷. En 2015 IOM publica otro trascendente y contundente informe: “Improving Diagnosis in Healthcare”. El comité responsable dice: “Por décadas los ED inexactos o retardados han sido un punto ciego en la oferta de atención médica de calidad. Los ED persisten en todos los sitios de atención y continúan lesionando un número inaceptable de pacientes... **“Mejorar el proceso diagnóstico no solo es posible, sino que es un imperativo moral profesional y de salud pública”**”⁸. El comité considera que la falta de atención al problema de ED ha resultado en su alta frecuencia, que se resume en estos datos: “(a) La mayoría de las personas experimentará al menos 1 ED en su vida. (b) Un 5% de adultos en ambulatorios sufrirá 1 ED al año, es decir, 1 de cada 20 (total 12 millones de personas por año en USA). (c) Por autopsias, el 10% de muertes son causadas por ED. (d) Ocurren 6-17% de eventos adversos en hospitales según información en historias clínicas. (e) Los ED son el principal tipo de reclamos pagados por mala práctica y tienen una probabilidad casi dos veces mayor que otros tipos de reclamos de resultar en muerte del paciente”⁸.

Definición y categorías. IOM, ahora The National Academy of Medicine (NAM), define ED desde el punto de vista centrado en el paciente como: “La falla para: (a) establecer una explicación precisa y a tiempo del problema o problemas de salud del paciente; o (b) comunicar esa explicación al paciente”⁸. SIDM considera tres categorías de ED: 1. Diagnóstico perdido o ausente: cuando los exámenes diagnósticos no muestran una explicación para las quejas del paciente. 2. Diagnóstico equivocado: cuando el diagnóstico inicial se encuentra que es incorrecto porque la verdadera causa se descubre más tarde (como cuando el paciente tiene un infarto y le dicen que el dolor es por indigestión). 3. Diagnóstico retardado: es el tipo más común de ED, el que debería haber sido hecho más temprano⁶. La mayor parte es una combinación y algunos consideran que esta

categorización no es relevante.

Es muy importante conocer y enseñar que llegar a un diagnóstico se trata de **un proceso**. Así lo considera NAM en su informe y desarrolla un marco conceptual que permita ver más fácilmente en qué pasos pueden ocurrir los errores y dónde se pueden tomar medidas de prevención, desde que el paciente tiene síntomas, busca atención en organizaciones de atención médica y se recoge la información: historia, examen físico, pruebas de laboratorio, se integra la información, se hacen consultas y referencias, se comunica el diagnóstico al paciente, se diseña plan de trabajo, se hacen tratamientos y seguimientos. Este organismo menciona tomar en cuenta que en cada paso del proceso puede haber incerteza⁸. Pennsylvania Patient Safety Authority en su informe de octubre 2018 recomienda usar estos pasos con algunas modificaciones para identificar las fallas en el proceso. En este estudio, con datos de reportes de eventos adversos, los ED ocurrieron con más frecuencia en las pruebas diagnósticas 68%, seguidos en monitoreo y seguimiento 13%, los cuales, aunque menos frecuentes, fueron más letales (50%). En las pruebas diagnósticas casi el 65% fue por ser mal leídas- mal interpretadas, por falla o retardo en ordenar lo necesario y por falla en la entrega de muestras⁹.

Causas. Son multifactoriales, generalmente una mezcla de problemas individuales con problemas de los sistemas de salud. Factores individuales o cognitivos son cómo los clínicos procesan información y cómo desarrollan planes de trabajo. Son fallas en el proceso de pensamiento o razonamiento. Por ejemplo, hacer el diagnóstico del paciente en base a experiencia pasada; quedarse con la impresión diagnóstica inicial a pesar de la información posterior que indica otra cosa; decisión diagnóstica por pistas sutiles e información colateral; confianza exagerada en resultados de exámenes u opinión de expertos. Factores del sistema de salud son considerados las causas más frecuentes, especialmente problemas de comunicación. NAM señala: (a) colaboración y comunicación inadecuadas entre clínicos, pacientes y sus familias; (b) sistema de

atención no bien diseñado para apoyar el proceso diagnóstico; (c) retroalimentación limitada del desempeño diagnóstico de los médicos; (d) cultura que desestima transparencia y reporte de errores⁸.

Desestimar la importancia del establecimiento de una relación médico-paciente sólida, confiable y basar la elaboración del diagnóstico en la tecnología, tiene peligrosas repercusiones. Fallar en recoger los datos por no conocer al paciente, no oír su historia y no examinarlo es una grave tendencia que debe ser revertida. “Escuche a su paciente, él le está diciendo el diagnóstico” es una vieja y muy conocida cita del Padre de la Medicina moderna, W. Osler. Una comunicación adecuada para informar, calmar, hacer empatía es una primera obligación del profesional de la salud y para esto es esencial tener habilidades. Autores y organizaciones en pro de mejorar los diagnósticos están de acuerdo que el no establecer una buena relación con pacientes y familias es una muy importante fuente de errores^{10,11}.

Problemas del sistema afectan el establecimiento de la relación con pacientes cuando los médicos no tienen tiempo suficiente para obtener una buena historia clínica. En USA el tiempo de consulta está entre 15-20 minutos y aún menos. Solo en 36% de los encuentros con el paciente, el médico pregunta por la razón de la consulta y en promedio lo interrumpen a los 11 segundos, esto empeora en consultas especializadas. Además, en últimos años, el avance tecnológico está dejando en segundo lugar el examen físico, se confía más en resultados de exámenes sofisticados y se olvida de hablar y tocar al paciente lo que lleva también a ED por no examinar¹²⁻¹⁴.

El Dr. ML. Graber, fundador de SIDM y miembro del comité del reporte IOM 2015 dice: “ni una sola organización de atención médica está midiendo la incidencia del ED en sus propias prácticas”. Refiere que los médicos subestiman la frecuencia de ED y son escépticos en que puedan prevenirse. Además, ahora los médicos no reciben la retroalimentación necesaria sobre su desempeño diagnóstico, hay menos autopsias de rutina, muchos no siguen a los pacientes y si los pacientes descubren que

el diagnóstico es equivocado no se lo dicen al médico. Así los médicos no están alertas de los ED. Un camino común para cometer ED es no hacer diagnósticos diferenciales, no siempre la experiencia pasada ayuda. Entre otras causas, el Dr. Graber señala también las ya mencionadas en la relación médico paciente y recomienda hacer un esfuerzo en convertir a los pacientes en sus pares en el proceso diagnóstico, si uno admite que no se está seguro y se le dan al paciente algunas posibilidades, el paciente puede ayudar a afinarlas. Dice también que los médicos pueden fallar en seguir resultados anormales porque hay poca o mala relación entre miembros del equipo¹⁵.

Una comunicación distorsionada con familia y/o equipo de salud puede llevar a demandas, por no hacerse bien, a tiempo, de manera clara y exacta; por fallas en los registros y por ausencia de información de hechos importantes en el curso de la atención o darla incompleta o equivocada al paciente, o no dejarlo participar. Las demandas no son por dinero como se cree con frecuencia, sino por el daño o sufrimiento ocasionado y no haber mostrado compasión¹⁶. Según SIDM la mayoría de reclamos por mala práctica por ED no ocurren con enfermedades raras sino en las comunes (infartos, cáncer, accidentes cerebrovasculares)⁶.

Consecuencias de ED. Pueden ser terribles para el paciente, daño por evitar o retardar el tratamiento apropiado, por dar tratamiento innecesario o peligroso, por repercusión psicológica o financiera¹⁰. Los ED probablemente causan más daño que todos los otros tipos de errores juntos, aproximadamente 1 de cada 10 personas con enfermedades graves son mal diagnosticadas⁶.

Acciones correctivas. La táctica general debe ser informar sobre la ocurrencia de ED para usarlos más como una oportunidad para aprender y mejorar, que para acusar individuos. Las medidas deben dirigirse a subsanar las principales causas: problemas cognitivos de los individuos en razonamiento y toma de decisiones; problemas de los sistemas de salud como fallas de comunicación, falta de retroalimentación a los médicos sobre su desempeño diagnóstico, tiempo limitado para las

consultas y el ignorar la información que da el paciente sobre errores.

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 planes 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 fluida y coherentemente una vista completa del problema; 3. Expresar fluida y coherentemente un diagnóstico diferencial prioritario; 4. Dirigir evaluación/tratamiento hacia un diagnóstico de alta prioridad; 5. Demostrar habilidad para reflexionar sobre su propio razonamiento⁶.

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. El uso de alta tecnología en la decisión diagnóstica no ha mejorado la exactitud diagnóstica y la tasa de autopsias ha disminuido, de modo que los médicos no saben cuántos de sus diagnósticos han sido correctos, por lo que se recomienda aumentar las tasas de autopsias, especialmente en hospitales docentes⁴,

y también tomar en cuenta la información que dan los pacientes sobre su experiencia con los ED¹⁷.

NAM recomienda: 1. Promover trabajo de equipo entre grupos interdisciplinarios; 2. Aumentar participación de pacientes en el proceso diagnóstico; 3. Implementar sistema de reporte de errores en gran escala con retroalimentación y acciones correctivas; 4. Mejorar tecnología de información en salud; 5. Reformas en sistemas de atención incluyendo en sistemas de trabajo y cultura de seguridad⁸. Estas medidas tienen en común que la ayuda tiene que venir de los sistemas de salud ya que los médicos por ellos mismos no podrán mejorar la seguridad del paciente únicamente por tratar de no cometer errores.

Actualmente hay un gran movimiento liderado por SIDM, de coalición con sociedades médicas, organizaciones de seguridad del paciente, centros académicos y sistemas de salud, para convertir las recomendaciones de NAM en acciones con la campaña: **“diagnósticos exactos, comunicados y a tiempo”** para lograr mejores diagnósticos y más rápidos¹⁸. Siguiendo la iniciativa de SIDM surge también en Iberoamérica el grupo Asociación Foro Osler Mejora del Diagnóstico con los mismos intereses de ayudar a reducir ED en sus instituciones asistenciales y educativas¹⁹.

Por último, ¿cómo será la situación respecto a ED en nuestro medio? Desafortunadamente no se sabe, pues no hay información veraz, ni siquiera se reconoce que existan errores, no hay cultura de hacer reportes y en general no se enseñan, supervisan ni evalúan adecuadamente las habilidades de razonamiento y comunicación del personal de salud, por no considerarlas esenciales. Todo lo anterior lamentablemente impide establecer iniciativas para reducir o prevenir errores. La mejor estrategia sería la buena práctica médica centrada en el paciente y fomentada por los sistemas de salud. Esto se logra con relaciones en las que el valor principal sea la compasión y se considere al paciente como nuestro par, al que se le escuche y se le haga participar como socio en la toma de decisiones.

CONCLUSIÓN

Errores que ocurren durante el proceso diagnóstico son un problema frecuente que puede afectar seriamente a pacientes, pero que generalmente no es reconocido por instituciones ni médicos. La mayoría de ED ocurren por fallas en los sistemas de salud y no solo por fallas cognitivas de los individuos. Por tanto, como médicos o profesores en área de salud tenemos la responsabilidad de advertir y enseñar sobre este tema, haciendo énfasis en no acusar a personas sino más bien analizar causas para poder tomar medidas preventivas.

Recomendaciones finales: 1. Reconocer la presencia de errores, primer paso para atacar el problema; 2. Enfatizar la importancia de comunicación precisa, clara y a tiempo con el equipo de salud y los pacientes; 3. Evaluar el desempeño de estudiantes y personal de salud que redunde en mejoría de su forma de razonar para llegar al diagnóstico; 4. Educar a pacientes como socios que participen en la producción del diagnóstico; 5. Tratar en lo posible de influir en los organismos de atención de salud para que ofrezcan adecuada retroalimentación a los clínicos sobre su desempeño y provean de suficiente tiempo en las consultas a fin de establecer una relación apropiada con los pacientes.

Con estas acciones contribuiremos a reducir las ominosas consecuencias de los ED y a lograr mayor satisfacción del paciente y mejor reputación de médicos e instituciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Eds. To err is human: building a safer health system. Washington DC: The National Academies Press 1999.
2. James JT. A new evidence-based estimated of patients harms associated with hospital care. *BMJ* 2013; 9:122-128.
3. Makary M, Daniel M. Medical errors- the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016;353:i2139.

4. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Patient Safety Network. Diagnostic errors. agosto 30, 2018. Acceso: 22/01/2019. Disponible en: <http://psnet.ahrq.gov/primers/primer12>.
5. ECRI Institute. Top ten patient safety concerns for healthcare organizations 2018. Acceso: 22/01/2019. Disponible en: <https://www.ecri.org/press/Pages/Diagnostic-Errors-Patient-Safety-Concerns.aspx>
6. Society to Improve Diagnosis in Medicine (SIDM). Acceso: 22/01/2019. Disponible en: <http://www.improvediagnosis.org>
7. Saber Tehrani AS, Lee HW, Mathews SC, Shore A, Makary MA, Pronovost P, Newman-Tocker DE. 25-year summary of US malpractice claims for diagnostic errors 1986-2010: an analysis from the National Practitioner Data Bank. *BMJ Quality Safety* 2013;22:672-680.
8. Balogh EP, Miller BT, Ball JR. Eds. Improving diagnosis in health care. Washington DC: The National Academies Press 2015.
9. Jones R, Magee MC. Identifying and learning from events involving diagnostic error: It's a process. In: *Pa Patient Saf Advis* 2018;15[Suppl 1]:3-15.
10. Singh H, Giardina TB, Meyer A, Forjuoh SN, Reis MD, Thomas EJ. Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. *JAMA Intern Med* 2013;173:418-425.
11. Singh H, Graber ML. Improving diagnosis in healthcare—the next imperative for patient safety. *N Engl J Med* 2015;373:2493-2495.
12. Rabi RC. 15-minute visits take toll on doctor-patient relationship. *Medscape* abril 23, 2014. Acceso: 22/01/2019. Disponible en: <https://www.medscape.com/viewarticle/823992>.
13. Singh Ospina N, Phillips KA, Rodríguez-Gutiérrez R, Castaneda-Guarderas A, Gionfriddo MR, Branda ME, Montori VM. Eliciting the patient's agenda –secondary analysis of recorded clinical encounters. *J Gen Intern Med* 2019;34:36-40.
14. Verghese A, Charlton B, Kassirer JP, Ramsey M, Ioannidis JP. Inadequacies of physical examination as a cause of medical errors and adverse events: a collection of vignettes. *Am J Med* 2015;128:1322-1324.
15. Page L. Is misdiagnosis inevitable? *Medscape* marzo 28, 2016. Acceso: 22/01/2019. Disponible en: <https://www.medscape.com/viewarticle/860747>
16. GT. Ownby. Malpractice Case: The Perils of One-Way Communications. *Medscape* mayo 9, 2018. Acceso: 22/01/2019. Disponible en: <https://www.medscape.com/viewarticle/896021>
17. Giardina TD, Giardina TD, Haskell H, Menon S, Hallisy J, Southwick FS, Sarkar U, Royse KE, Singh H. Learning from patients' experiences related to diagnostic errors is essential for progress in patient safety. *Health Aff (Millwood)* 2018;37:1821-1827.
18. SIDM, ACT for better diagnosis. Acceso: 22/01/2018. Disponible en: <https://www.improvediagnosis.org/act-for-better-diagnosis/>
19. Asociación Foro Osler Mejora del Diagnóstico. Acceso: 22/01/2019. Disponible en: <http://www.prodiagnosis.org>