

Previsión de esfuerzo

Francesc Borrell Carrió

Los hechos

Juanjo, residente de segundo año, atiende a las 3 de la madrugada a un paciente varón de 38 años, diabético y fumador, afectado por un intenso dolor epigástrico, posprandial, de 6 horas de evolución, con náuseas, lividez y sudoración profusa. El paciente cree tener «un corte de digestión». Juanjo quisiera comentar el caso con su médico adjunto, que en estos momentos está descansando, pero no se atreve, por lo que tras una exploración física en la que sólo encuentra extrasístoles, y al mejorar el dolor epigástrico con antiácidos, da de alta al paciente.

Al cabo de una semana le notificaron que el paciente había fallecido por infarto agudo de miocardio de cara diafragmática y que el juez reclamaba el historial para su revisión. Ello le produjo un gran desasosiego y requirió la ayuda psiquiátrica durante un período de casi un año, tiempo necesario para que la causa fuera sobreseñada.

Analizar los hechos

En el análisis de los hechos, o análisis factual de un incidente crítico, se consideran aspectos organizativos, normas explícitas e implícitas, así como la conducta concreta de los profesionales, sin importar el grado de responsabilidad o culpa de cada actor. Es un tipo de análisis dirigido a poner de relieve aquellas circunstancias cuya prevención supone un mejor resultado para la salud. Por ejemplo, se descubrió que un error especialmente grave, confundir cloruro potásico (CLK) con otros tipos de viales, conlleva la muerte del paciente. En la actualidad, el CLK debe estar almacenado en un armario especial y el vial tiene indicadores visuales que lo hacen inconfundible.

Por otro lado, el análisis deontológico centra su atención en si el profesional ha tenido un comportamiento ajustado a las normas de conducta derivadas de su nivel de responsabilidad. El análisis jurídico-legal sólo tiene lugar si se ha producido un daño (sea éste físico, psíquico o moral) y pre-

TABLA
1

Análisis factual

Modelo centrado en el sistema

Análisis de responsabilidades

Modelo centrado en el análisis deontológico

Modelo centrado en el análisis de responsabilidades jurídico-penales

tende establecer si éste se deriva de un acto negligente (tabla 1).

El análisis factual suele basarse en el llamado modelo sistémico. Dicho modelo considera que los actos humanos se realizan en contextos institucionales y organizativos de alta complejidad. Nunca hay una sola causa para un evento adverso prevenible. Además, las organizaciones suelen tener barreras o defensas para evitar errores muy obvios. Un error se produce porque estas defensas están desactivadas, por ejemplo, la enfermera no supervisa la dispensación de pastillas que realiza la auxiliar.

El modelo sistémico también valora la existencia de condiciones latentes que a la larga van a generar errores. Un médico con conceptos erróneos relativos al abordaje de la cardiopatía isquémica dará lugar, a la larga, a situaciones de riesgo o de franco error. Un administrativo que no esté suficientemente alerta a las llamadas telefónicas que solicitan asistencia domiciliaria urgente da lugar a errores graves e incluso denuncias judiciales.

A continuación procederemos a analizar el ejemplo como si conociéramos con exactitud el desarrollo de los hechos y las claves objetivas y subjetivas que contribuyeron, aspectos que, en un análisis real, casi nunca acabamos de delimitar con precisión.

Condiciones latentes

Profundicemos algo más en este concepto. Se entiende por condición latente de error una circunstancia derivada de la organización, los hábitos del clínico, el utillaje (incluidos fármacos) o de cualquier otra circunstancia, cuya presencia supone incrementar las posibilidades de que un profesional se equivoque.

En el caso objeto de nuestra atención, y sin ánimo de exhaustividad, resultaban ser condiciones latentes las que se exponen a continuación.

Derivadas de la organización

Los pacientes en el área de atención continuada ingresan en la consulta médica sin las constantes tomadas.

Por otro lado, a la hora considerada (madrugada), el médico se encuentra solo, sin ayuda de enfermería, y debe proceder personalmente a realizar los electrocardiogramas. Finalmente, resulta una práctica inusual en este servicio despertar al adjunto entre la una y las 6 de la madrugada.

Derivadas de los hábitos del profesional

El residente cree que consultar un caso poco claro desacredita su imagen de buen profesional.

Por otro lado, también cree que resulta prácticamente imposible que suceda un infarto agudo de miocardio antes de los 40 años, y desconoce la similitud entre un infarto de miocardio de cara diafragmática y una epigastralgia.

Juanjo tampoco ha aprendido a distinguir entre «hacer caso» a lo que opina un paciente sobre su enfermedad («tengo un corte de digestión») y a formarse su propio criterio («¿qué creo yo que tiene este paciente?»). Cree que un profesional «centrado en el paciente» es aquel que acepta las orientaciones diagnósticas que le ofrece el propio paciente.

Derivadas del utillaje

La historia clínica no está adaptada para ayudar al razonamiento clínico.

El historial clínico está informatizado pero sigue un criterio cronológico, no por episodios.

En dicho historial clínico no hay una epicrisis abierta (o resumen clínico) que integre los datos con sentido clínico. Tampoco se ofrece al clínico una visión de los riesgos cardiovasculares (y de otro tipo) del paciente.

La lista de problemas ofrecía tan sólo el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1.

El tratamiento y los cursos clínicos de otros profesionales permanecían ocultos al residente, pues los creadores del *software* clínico habían priorizado la confidencialidad de los datos, y para acceder a cursos clínicos de otros profesionales era necesario activar diversas opciones de *software*.

Análisis canónico

Hemos seleccionado diversos textos de medicina familiar a partir de los cuales resulta posible determinar la conducta canónica ante una epigastralgia intensa con síntomas vegetativos, de varias horas de duración¹⁻³. En estos textos se enfoca dicha epigastralgia como un dolor abdominal agudo epigástrico, recomendándose analítica, electrocardiograma (ECG) y radiografía de tórax. La única prueba que estaba a disposición del residente era el ECG, cuya realización le hubiera dado el diagnóstico.

Sesgos y errores en el razonamiento clínico de este caso

Tan importante como «saber lo que tiene el paciente» es «saber lo que debo hacer ahora». El razonamiento clínico

del residente puede detenerse cuando «ya no sabe lo que pueda tener el paciente». En tal caso echa mano de un diagnóstico aproximativo, máximo cuando el propio paciente se lo ofrece («tengo un corte de digestión»). La epigastralgia de origen dispéptico no acababa de satisfacer a Juanjo, porque percibía una lividez y una afectación del estado general que era impropia de un simple «corte de digestión». En este punto se le ocurrió consultar el caso al adjunto, pero le venció el miedo a que le reprendiese («¿me despiertas por un simple corte de digestión?»). También pensó fugazmente en realizar un ECG al paciente, pero desechó la posibilidad por pereza («¿ahora me voy a poner a hacer un ECG, con varios paciente en la sala de espera y muerto de cansancio?»). Otra posibilidad hubiera sido remitir al paciente al hospital, lo que por cierto no le hubiera supuesto ningún esfuerzo extra... ¿por qué no lo hizo?

Cuando visitamos a un paciente hacemos una previsión de esfuerzo y una previsión de posibles cursos de acción. Por ejemplo, «este caso es fácil, le daré algo y se pondrá bien». Otras veces ocurre exactamente lo contrario: «este caso parece de especialista, debo estar precavido y tener muy en cuenta remitirlo a otro centro o especialista». Juanjo hizo un primer diagnóstico: «corte de digestión». Este primer diagnóstico supone que el paciente tiene un cuadro «banal» que puede solucionarse en atención primaria. Si su orientación diagnóstica hubiera sido «dolor abdominal agudo», posiblemente hubiera considerado la posibilidad de remitirlo. Los primeros diagnósticos que nos vienen a la cabeza llevan asociados una «previsión de acontecimientos», algo así como una posible cascada de acciones y situaciones, y de manera paralela, una «previsión de esfuerzo» del clínico (lo poco o mucho que tendré que esforzarme con el caso clínico para resolverlo de manera adecuada). En ocasiones, sobre todo cuando estamos cansados, tenemos resistencias a cambiar este primer diagnóstico («corte de digestión») por otro diagnóstico de mayor complejidad («dolor abdominal agudo»), precisamente porque esta segunda orientación diagnóstica implica mayor esfuerzo (realizar ECG, analítica, radiografía abdominal, consultar con otros colegas, etc.).

¿Por qué a veces nos cuesta remitir a un paciente al hospital si en tal caso nuestro esfuerzo es mínimo? Porque percibimos que esta opción tiene un alto coste de molestias para el paciente y «hacemos nuestro» dicho coste.

Consecuencias psicológicas de la percepción del error

Las reacciones ante la percepción de un error clínico suelen ser importantes, máxime si se deriva un daño importante para el paciente y si el error alcanza notoriedad pública. En el caso de Juanjo, tuvo la suerte de poderlo hablar en unas reuniones periódicas con su tutor y el resto de residentes, que le apoyaron. Está demostrado que tras un error percibido disminuye la calidad de vida profesional, y

estamos ante un mayor riesgo de volver a cometer otro error⁴. Un 7% de los profesionales tiene una hiperpercepción de errores profesionales que posiblemente se imputan efectos adversos no evitables, o que magnifican situaciones clínicas como «malos resultados»⁵. Estos profesionales posiblemente tengan un mayor riesgo de *burnout*, medicina defensiva y falta de empatía.

Aprendizaje derivado del presente caso

¿Qué podemos aprender de un error? Podemos considerar varios tipos de aprendizaje derivados de percibir un error: a) aprendizaje de nuevos heurísticos, o reglas de decisión; b) aprendizaje de nuevos hábitos y actitudes, y c) aprendizaje organizativo. Hélos aquí sin ánimo de exhaustividad.

Heurísticos o reglas de decisión

1. La presencia de síntomas vegetativos siempre tiene significación clínica y debe ponernos en alerta.
2. «Cuando en algún momento de la atención clínica se me ocurre una posible acción a tomar (por ejemplo, realizar al paciente un ECG), debo detenerme, darme más tiempo para pensar, y decidir dejando de lado la pereza».
3. Un dolor vegetativo en un diabético, sea torácico, mandibular, hombro-brazo o epigastrio, obliga a considerar una cardiopatía isquémica; realizar siempre ECG y si está a nuestro alcance, realizar troponinas.
4. Ante una epigastralgia intensa, con síntomas vegetativos, hay que considerar la realización de analítica, radiografía de tórax y ECG, y de esta manera considerar entidades como cólico biliar, neumonía, cardiopatía isquémica, además de las derivadas del esófago, el estómago y el duodeno. Una mejora de los síntomas con antiácidos no excluye otros diagnósticos extradiagnósticos.
5. Un paciente cuyo diagnóstico no acaba de «estar claro» es mejor mantenerlo en observación durante varias horas y compartir el caso con otros colegas.

Nuevos hábitos y actitudes

1. Darnos tiempo para pensar. Evitar la prisa de «resolver, resolver y eliminar cola de espera».
2. Acostumbrarnos siempre a pensar cursos de acción no sólo a partir de las primeras hipótesis, sino también de lo que debe hacerse a partir de la situación clínica. Puede que no sepamos lo que tiene el paciente, pero que esté muy claro lo que debemos hacer a partir del enfoque sindrómico.
3. Consultar cualquier duda relevante, aunque con ello paguemos el coste de «molestar» a un superior.
4. Sesgo de esfuerzo: cuando se nos ocurre una medida exploratoria (ya sea verbal, de exploración física o de exploración complementaria) que rechazamos por poco útil, debemos preguntarnos: ¿la encontraría justificada si en lugar de hacerla yo la hiciera otra persona? En el caso analizado, el residente pensó en la posibilidad de hacer un ECG, pero desechó la idea porque le representaba «complicar un caso que es sencillo».

TABLA 2

No debemos mezclar el análisis de responsabilidades de lo que pueda ser el análisis de los hechos (análisis factual)

Un error clínico es un acontecimiento adverso evitable con los medios habituales a nuestra disposición

El análisis de las condiciones latentes para error suele poner de relieve aspectos institucionales, organizativos y personales susceptibles de mejora

Análisis canónico: lo que un experto diría de nuestra actuación profesional

Previsión de acontecimientos: cada hipótesis diagnóstica da lugar a una cascada de acontecimientos posibles

Previsión de esfuerzo: cada hipótesis diagnóstica, toda vez que hace una previsión de acontecimientos, da lugar de manera automática a una previsión de nuestro esfuerzo, por lo que a veces desechamos una hipótesis diagnóstica para evitarnos dicho esfuerzo

Analizar y aprender de los errores es un buen método para crecer como clínicos. En el aprendizaje se debe adquirir nuevas reglas de decisión, hábitos y actitudes, y también en el organizativo

Organizativo

1. Cualquier alta de un residente de segundo año debería estar firmada por un adjunto.
2. Los pacientes deberían ingresar en urgencias y atención continuada con las constantes siempre anotadas.
3. El historial clínico debería brindar «por defecto» todos los cursos clínicos, tratamientos y problemas anotados por otros profesionales. Sólo deberían quedar blindados aquellos cursos clínicos en los que el paciente reclame confidencialidad, y que no sean leídos por otros profesionales.
4. El historial clínico debería ofrecer de manera ergonómica los datos de riesgo del paciente, y de manera muy especial, el riesgo cardiovascular.
5. Cuando el médico debe realizar él mismo ECG, existe el riesgo de que practique menos de los necesarios. Resulta una buena práctica organizativa que las pruebas complementarias las realice alguien distinto de quien las indica.

Conceptos trabajados en este artículo

Aparecen en la tabla 2. Destacaríamos que el concepto de sesgo de esfuerzo («¡uf!, ¿ahora de madrugada me voy a poner a hacer un ECG a este paciente?»), y entorno organizativo (residente afrontando solo una guardia), posiblemente son los que explican de manera más relevante el evento adverso, sin duda prevenible, que hemos analizado.

Bibliografía

1. Espinás Boquet J, editor. Guía de actuación en atención primaria. 3.ª ed. Barcelona: semFYC; 2006.
2. Casado Vicente V, editor. Tratado de medicina de familia y comunitaria. Barcelona: semFYC; 2007.
3. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Elsevier; 2003.
4. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy. A prospective longitudinal study. JAMA. 2006;296:1071-8.
5. Borrell F, Paez C, Suñol R, Orrego C, Gil N, Marti M. Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de atención primaria. Aten Primaria. 2006;38:25-32.