



EDITORIAL

El error diagnóstico en atención primaria

The diagnostic error in primary care

Sergio Minué-Lorenzo*



Escuela Andaluza de Salud Pública, Campus Universitario de Cartuja, Granada, España

Disponible en Internet el 28 de diciembre de 2016

«Necesitamos preguntarnos constantemente, no por qué acertamos, sino por qué nos equivocamos»

Iona Heath

El primer gran estudio sobre seguridad del paciente, publicado hace 25 años¹, ya señalaba que los eventos adversos debidos a error diagnóstico duplicaban los causados por fármacos. Ha tenido que transcurrir ese tiempo para que el error diagnóstico deje de ser un «elefante invisible» en la habitación de la seguridad, tras la consideración de área de intervención prioritaria por parte de la Organización Mundial de la salud (OMS), y la publicación en 2015 del informe *Mejorando el diagnóstico en la atención*², donde se reconoce «la necesidad de convertir al error diagnóstico en un imperativo moral, profesional y de salud pública», al ser el problema más frecuente y con mayor probabilidad de producir daño en materia de seguridad.

En Estados Unidos se calcula que afecta, al menos, al 5% de los adultos atendidos en medio ambulatorio³, dato comprensible al ser más frecuente cuando el nivel de incertidumbre es alto, aparecen manifestaciones atípicas de la enfermedad o existe comorbilidad, circunstancias comunes en atención primaria (AP).

Quizá la razón principal de esa invisibilidad, a pesar de su importancia, no sea otra que la dificultad de definir⁴, y estudiar una actividad que afecta a la «caja negra» del comportamiento humano. En este sentido, los fundamentos del proceso diagnóstico están en plena revisión: actualmente se considera una ciencia inexacta, construida desde la incertidumbre, en colaboración con el paciente, y en el que el

contexto de éste es tan importante como el conocimiento científico que aporta el médico⁵: lo que brillantemente expresaban Heath y Swaaney al hablar del rol del generalista como integrador del mapa de la ciencia médica con el territorio del sufrimiento humano⁶.

Se define error diagnóstico como aquel diagnóstico que no se realiza en el momento adecuado, es ignorado o es incorrecto. En los últimos años se discute, también, la necesidad de incluir el sobrediagnóstico en él (situación producida cuando personas sin síntomas son diagnosticadas de enfermedades que no les causarán daño o muerte prematura)⁷.

Si la definición de error diagnóstico genera controversias, no está más clara la determinación de sus causas. A efectos taxonómicos se diferencia entre determinantes sistémicos⁸ (dependientes de las organizaciones) y factores cognitivos (que dependen de cada profesional). Y es en este último campo donde la discusión es especialmente candente.

Stanovich y West⁹ simplificaron la complejidad del proceso de toma de decisiones, diferenciando 2 formas de funcionamiento cognitivo: mientras que el llamado sistema 2 emplea el análisis, la reflexión y el razonamiento, el rápido sistema 1 utiliza la intuición, los heurísticos y las actividades mentales automáticas de percepción y memoria. Esta división del trabajo es habitualmente muy eficiente: minimiza el esfuerzo y optimiza la ejecución.

En esta línea, Kahneman et al. demostraron que los individuos toman decisiones que se apartan de los principios básicos de la probabilidad en entornos de incertidumbre¹⁰, utilizando para ello «heurísticos», atajos mentales que permiten ganar tiempo a costa de sacrificar precisión, pero que pueden llevar a cometer errores sistemáticos llamados sesgos. Actualmente hay descritos más de 100¹¹. Para Croskerry et al., cerca del 95% de las decisiones se realizan de forma

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sergio.minue.easp@juntadeandalucia.es

intuitiva (sistema 1), siendo en su opinión la principal causa de error, puesto que las decisiones serían mucho más fiables si se basaran en el uso del sistema 2. Sin embargo este planteamiento es muy cuestionado por investigadores que consideran que el uso de heurísticos no es algo negativo en sí mismo: así, el grupo de Norman et al. viene publicando interesantes estudios empíricos en los que se pone de manifiesto que la rapidez en la toma de decisiones (y por tanto el uso del sistema 1) se relaciona con mejores resultados clínicos que la realización de un proceso más reflexivo y lento (propio del sistema 2), siempre y cuando exista la suficiente experiencia por parte del médico. En la opinión de estos autores, el proceso de toma de decisiones es más bien un proceso dual en el que empleamos un sistema u otro dependiendo del tipo de decisión que haya que tomar, la experiencia del médico y el contexto del paciente¹².

En las organizaciones sanitarias, las escasas estrategias destinadas a minimizar el error diagnóstico han ido dirigidas a actuar sobre los aspectos sistémicos y reducir el empleo de heurísticos, fomentando el uso del sistema 2. Desde esta perspectiva, la atención sanitaria no debería ser sustancialmente diferentes de cualquier otro tipo de actividad productiva, y por ello el uso de protocolos, *checklist* o sistemas de ayuda a la decisión, resulta clave. La evidencia empírica de este enfoque, sin embargo, es muy limitada.

Son múltiples, por tanto, las incógnitas respecto al rol que juegan en el error, las personas y los sistemas, el análisis y la intuición. Por ello la formación e investigación sobre el error diagnóstico debería convertirse en una prioridad real.

A este respecto es preciso resaltar que el proceso de decisión es sustancialmente diferente en el hospital y en AP: en esta predominan las fases muy iniciales de los procesos clínicos, los síntomas y los signos están mal definidos, y en muchas ocasiones la única conducta pertinente es el uso juicioso del «esperar y ver». A diferencia del ámbito hospitalario, a menudo no es posible identificar un diagnóstico concreto, ni asignar un código, hasta el punto de que algunos autores llegan a proponer la priorización del pronóstico frente al diagnóstico a la hora de enmarcar la actividad clínica¹³.

Intentar avanzar en el conocimiento de por qué nos equivocamos y cómo podemos minimizarlo será un reto clave a abordar para la atención primaria en las próximas décadas.

Financiación

El autor ha recibido financiación para la realización de 2 proyectos de investigación sobre el tema en cuestión del Fondo de Investigaciones sanitarias (PI10/01468, y PI13/01175).

Bibliografía

1. Leape LL, Brennan T, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard medical Practice Study II. *N Engl J Med.* 1991;324:377-84.
2. Balogh EP, Miller BT, Ball JR, editores. *Improving Diagnosis in Health Care.* Committee on Diagnostic Error in Health Care; Board on Health Care Services; Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press; 2015.
3. Singh H, Schiff GD, Graber ML, Onakpoya I, Thompson MJ. The global burden of diagnostic errors in primary care. *BMJ Qual Saf.* 2016;0:1-11.
4. Zwaan L, Singh H. The challenges in defining and measuring diagnostic error. *Diagnosis (Berl).* 2015;2:97-103.
5. Schiff GD, Leape LL. How can we make diagnosis safer? *Acad Med.* 2012;87:135-8.
6. Heath I, Swaeney K. Medical generalist: Connecting the map and the territory. *BMJ.* 2005;331:1462-4.
7. Welch G, Schwartz L, Woloshin S. *Over-diagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health.* Boston: Beacon Press; 2011.
8. Singh H, Graber ML, Kissam SM, Sorensen AV, Lenfesley NF, Tant EM, et al. System-related interventions to reduce diagnostic errors: A narrative review. *BMJ Qual Saf.* 2012;21:160-70.
9. Stanovich KE, West RF. Individual differences in reasoning: Implications for the rationality debate. *Behav Brain Sci.* 2000;23:645-65.
10. Kahneman D, Slovic P, Tversky A. *Judgement under uncertainty: Heuristics and biases.* Cambridge UK: Cambridge University Press; 1982.
11. Croskerry P, Singhal G, Mamede S. Cognitive debiasing 1: Origins of bias and theory of debiasing. *BMJ Qual Saf.* 2013; Suppl 2:ii58-64.
12. Norman G, Sherbino J, Dore K, Wood T, Young M, Gaissmeier W, et al. The etiology of diagnostic errors: A controlled trial of system 1 versus system 2 reasoning. *Acad Med.* 2014;89:277-84.
13. Croft P, Altman DG, Deeks JJ, Dunn KM, Hay AD, Hemingway H, et al. The science of clinical practice: Disease diagnosis or patient prognosis? Evidence about "what is likely to happen" should shape clinical practice. *BMC Med.* 2015;13:20.