

# Fuentes de error en clínica

## *Sources of error in clinical practice*

**Alejandro Goic G\***

\*Presidente de la Comisión de Ética, de la Sociedad Médica de Santiago.

Rev. méd. Chile v.129 n.12 Santiago dic. 2001

*The clinical setting is everything that contact us with the patient's reality, including physical, instrumental and laboratory exploration, and we use it for diagnostic and treatment purposes. Diagnosis is the synthesis by which physicians conclude an elaborated analysis of subjective and objective data, obtained by physical exam and technology. This procedure involves data collection about the patient and his disease, the results of various tests and laboratory findings, the interpretation of the data and a diagnostic summary. Medical errors may be derived from insufficiency in any of these phases. It is evident that technology will never replace the intellectual data recollection, analysis and reasoning that is the physician's art. This contribution underlines some of the defects frequently observed in clinical practice that may cause medical errors (Rev Méd Chile 2001; 129: 1459-62).*

**(Key Words: Ethics, medical; Jurisprudence; Medical errors; Medication errors)**

Recibido el 5 de noviembre 2001. Aceptado el 15 de noviembre 2001.

Versión del Panel efectuado en la Reunión Anual de la Región Chilena de *American College of Physicians*, Curso Anual ACP/ASIM/SMS,

Actualización en Medicina Interna, el 9 de mayo de 2001, en Santiago, Chile.

Me voy a referir a algunas fuentes de error en clínica, más específicamente en el encuentro médico-paciente, que tal vez pudieran parecer obvias, pero que, por calladas, suelen olvidarse.

Señalemos, en primer lugar, que lo clínico es todo lo que nos pone en contacto con la realidad individual de un enfermo y nos sirve para diagnosticar su enfermedad y tratarlo. Incluye, por consiguiente, no sólo su exploración con los sentidos y la indagación psicológica y social, sino que también la exploración instrumental y de laboratorio. En segundo lugar, que el objetivo último del acto médico es el tratamiento y que, para poder prescribirlo, el instrumento que utilizamos los médicos en clínica es el diagnóstico. Aunque no un fin en sí mismo, el diagnóstico es indispensable para lograr el objetivo final de la medicina que es mejorar o intentar mejorar a nuestros enfermos. De allí, entonces, su importancia.

El diagnóstico es, en último término, la síntesis o modo abreviado con que los médicos expresamos la conclusión de un elaborado proceso intelectual de análisis de datos subjetivos y objetivos. Formular diagnósticos correctos en una infinidad de situaciones mórbidas, requiere de un conjunto complejo de conocimientos, destrezas y experiencia técnica y humana. Algunos diagnósticos clínicos son de certeza, pero, un número importante de ellos son meras probabilidades.

El proceso intelectual que conduce al diagnóstico está basado, esquemáticamente, en: la recolección de datos sobre el paciente y su enfermedad (incluidos los datos que proporciona el laboratorio y la exploración instrumental); el análisis de esos datos y una síntesis diagnóstica<sup>1-3</sup>. Los datos derivan de la observación del paciente: su aspecto general, su postura, su expresión facial, sus expresiones verbales y corporales; la evaluación de su personalidad y reacciones emocionales; los síntomas que relata y sus características; los signos que pesquizamos en el examen físico (signos físicos) y los datos que nos proporcionan los exámenes complementarios de laboratorio (signos de laboratorio). El análisis de las características de este conjunto de datos subjetivos y objetivos, el modo cómo los interpretamos, junto al conocimiento que tenemos de la patología y de los mecanismos de enfermedad, nos conducen a una hipótesis diagnóstica. Esto implica la puesta en juego de un conjunto innumerable de asociaciones mentales y relaciones lógicas que establecemos con los datos que hemos recogido y los conocimientos que yacen en nuestra memoria. El proceso de síntesis que sigue, es el que nos permite concluir que el paciente padece de tal o cual enfermedad, o a sospechar que probablemente la tiene; o, en otros casos, concluir que no hemos logrado formarnos un juicio diagnóstico, lo que nos obliga a buscar un apoyo jerarquizado en el laboratorio y en la exploración instrumental.

Es importante señalar que, pese a todo el bagaje científico y tecnológico que posee la medicina, el proceso diagnóstico sigue siendo, en lo fundamental, un proceso intelectual de razonamiento lógico, deductivo e inductivo<sup>2-4</sup>. La calidad de este razonamiento es precisamente lo que diferencia a un buen clínico del que no lo es. Las habilidades intelectuales de análisis y de síntesis, así como los conocimientos de patología y la experiencia, varían de un médico a otro, lo que explica también que haya mejores diagnosticadores que otros.

La caracterización esquemática del proceso mental que conduce al diagnóstico, nos sirve para mostrar que se pueden cometer errores en cada una de sus etapas. Tengo la convicción de que lo que permite minimizar los errores que se cometen en clínica es el conocimiento acabado de la Semiología, entendida no sólo como la obtención de la anamnesis y la realización del examen físico, sino que también el conocimiento de la naturaleza y fundamentos de los diversos exámenes de laboratorio y de exploración instrumental, sus indicaciones específicas, limitaciones y riesgos. A contrario sensu, muchos errores en clínica se deben a insuficiencias en el conocimiento y práctica semiológica así entendida<sup>1</sup>.

No es nuestro propósito, ni sería pertinente, hacer un análisis detallado de los múltiples errores que se cometen en clínica<sup>5</sup>, sino que sólo deseamos destacar algunas falencias que se observan en las diversas etapas del proceso diagnóstico y que la práctica muestra que son de las más comunes.

Como fuentes de error en clínica (o mejor, insuficiencias que conducen a errores) podemos distinguir, esquemáticamente, aquellos que se cometen: a) en la recolección de datos subjetivos y objetivos; b) en la solicitud de exámenes de laboratorio y de exploración instrumental; c) en la interpretación de los resultados de los exámenes, y, d) en la síntesis diagnóstica.

a) *Errores en la recolección de datos subjetivos y objetivos.* En primer lugar, es causa potencial de error, el apresuramiento y la impaciencia del médico. Este debe observar a

su paciente y escuchar su relato, no sólo atentamente, sino que con intención y, aunque la anamnesis no debe ser inducida por el médico, es él quien debe conducirla.

En segundo lugar, se observan insuficiencias en la obtención del historial clínico, en razón de que no se internaliza suficientemente la estructura de una anamnesis, ni se siguen rigurosa y sistemáticamente cada uno de los pasos que derivan de su estructura. Así, es de suma importancia identificar el síntoma o molestia principal del paciente, que es el paso inicial e ineludible en el proceso de análisis conducente al diagnóstico. El síntoma principal permite focalizar y delimitar el problema del enfermo. A partir de él, y paralelamente con el análisis de sus características semiológicas, se evocan en nuestra mente las diversas causas y mecanismos que lo pueden explicar, lo que a su vez pone en marcha inicial el diagnóstico y el diagnóstico diferencial. Si bien debemos indagar sobre todas las características semiológicas de un síntoma, hay ocasiones en que una de sus características es la decisiva para el diagnóstico. En otros términos, es necesario jerarquizar las características de un síntoma. Algunos tienen mayor jerarquía diagnóstica relativa que otros, según la patología de que se trate. Por ejemplo, la relación de un dolor precordial con el esfuerzo físico, tiene mayor importancia relativa que su ubicación o irradiaciones. En el caso de dolores neurálgicos, es su tipo o carácter es el que adquiere la mayor jerarquía diagnóstica.

A menudo, también, pasamos por alto expresiones verbales y no verbales del enfermo en las que puede estar la clave del diagnóstico. Esto es particularmente válido en el caso de las afecciones llamadas funcionales, en enfermedades mentales y en afecciones de importancia médico-social que, como sabemos, tienen una alta prevalencia como motivo de consulta médica. Hay que tener presente que un mismo síntoma puede ser manifestación de una enfermedad orgánica o ser expresión somática de un conflicto psicológico. La tarea del médico es "descifrar" el significado del síntoma de que se trate. La investigación de la personalidad del enfermo, así como las situaciones personales, familiares y laborales que enfrenta, son en estos casos de primordial interés. Es importante resaltar que la investigación, tanto de los síntomas somáticos como psicológicos y sociales, no es un mero ejercicio académico, sino que permite obtener mayor información y datos más pertinentes y, por consiguiente, favorecen un diagnóstico correcto y, como consecuencia, la prescripción de un tratamiento adecuado.

No infrecuentemente, también, durante la anamnesis no preguntamos rutinariamente por el apetito, el estado de ánimo, las características del sueño, la evolución del peso y los medicamentos ingeridos, que son antecedentes muy significativos para el diagnóstico. Por ejemplo, la evolución del peso es importante en el diagnóstico diferencial de enfermedades malignas, del hipertiroidismo o la diabetes mellitus; el ánimo y las características del sueño en el caso de la depresión psíquica; los medicamentos ingeridos en alteraciones digestivas o mucocutáneas, etc.

Por otra parte, practicar un examen físico acabado del paciente, es la mejor manera de evitar errores. A veces, no se practica un examen físico completo, confiando ilusoriamente en que la tecnología descubrirá todas las eventuales alteraciones físicas. Frecuentes omisiones del examen físico incluyen: el examen de la glándula tiroides, de los vasos arteriales y venosos del cuello, de las glándulas mamarias, de los huecos axilares, de las caras laterales del tórax, de los ganglios, del bazo, de los genitales externos. Y, no menos importante, el examen neurológico que practicamos los médicos no especialistas con frecuencia es precario, tal vez no por falta de conocimientos sino de

su sistematización y práctica rutinaria. También, suele omitirse el examen del fondo de ojo, el tacto rectal y la otoscopia (especialmente importante en Pediatría), que forman parte del examen físico y cuya omisión, en determinados casos, puede ser causa de serios errores diagnósticos.

b] *Errores en la solicitud de exámenes de laboratorio y exploración instrumental.* Una primera observación es que los exámenes de laboratorio y exploraciones instrumentales deben ser solicitadas reflexivamente, esto es, en función de la hipótesis diagnóstica. La pregunta es: ¿qué examen o exámenes me ayudan a fundamentar o descartar la hipótesis que he formulado? No hay peor hábito en medicina que solicitar exámenes "al voleo" para ver qué resulta. Se trata, entonces, de jerarquizar los exámenes o exploraciones que se van a solicitar: este o estos exámenes son los de mayor importancia relativa en relación a la hipótesis diagnóstica formulada. Una segunda observación es que los exámenes tienen que ser, necesariamente, interpretados a la luz de la realidad clínica del enfermo, porque por sí solos no pueden diagnosticar la naturaleza de una enfermedad, salvo excepciones. Los exámenes extienden el alcance de nuestras percepciones sensoriales, pero no reemplazan nuestros sentidos e inteligencia.

c] *Errores en el análisis e interpretación de los datos obtenidos.* Lo primero es tener conciencia de que no todos los laboratorios e instrumentistas son confiables. En segundo lugar, todos los exámenes: bioquímicos, hematológicos, endoscópicos y por imágenes, tienen márgenes de error no despreciables, dependiente del procedimiento, del ejecutante o intérprete, o de otras razones. También, con frecuencia se olvida que los exámenes por imágenes, por sofisticados que sean, no hacen diagnóstico de naturaleza de una enfermedad. No son artículos de fe que uno deba aceptar sin más cuestión, sino que sólo interpretaciones de imágenes que, por sus características y de acuerdo a la experiencia acumulada, se observan con mayor frecuencia en tal o cual enfermedad. Además, la interpretación de las imágenes radiológicas por los especialistas, por destacados que sean, está sujeta a errores. No está demás recordar, también, que en el caso de las enfermedades infecciosas, la certeza diagnóstica sólo se tiene cuando se comprueba el agente causal y, en muchas enfermedades, mediante el análisis histopatológico. En otros casos, utilizamos evidencias indirectas de mayor o menor probabilidad, como los exámenes radiológicos y serológicos, los que, en general, nos permiten inferencias pero no nos proporcionan certezas diagnósticas.

d] *Errores en la síntesis diagnóstica.* Lo que nos permite interpretar los síntomas y signos, físicos y de laboratorio, y nos conduce al diagnóstico es nuestra capacidad de análisis, razonamiento lógico y síntesis. El componente técnico del examen de los enfermos, que implica destrezas sensoriales y motoras, puede ser desarrollado a través de la práctica reiterada y constante, hasta límites de gran perfección. Por su parte, el componente intelectual de la práctica clínica implica el desarrollo de habilidades intelectuales, se perfecciona a través del ejercicio reiterado y constante de la capacidad de observación, análisis, síntesis y raciocinio que, siendo variable de persona a persona, puede alcanzar gran profundidad y discernimiento. Por consiguiente, este es un elemento muy fundamental durante la formación del médico. Claro está que estas capacidades por sí solas no bastan, sino que tienen que aplicarse en función de una amplia gama de conocimientos específicos. No es, por cierto, sobre el vacío que aplicamos nuestras habilidades intelectuales, sino que sobre una gran cantidad de conocimientos, cada vez más amplios. Estos conocimientos se acrecientan con la práctica clínica reiterada y con el estudio constante, que nos permite incorporar nuevos

conocimientos derivados del progreso de la medicina. A esto hay que agregar la experiencia, que sólo se adquiere atendiendo enfermos y, simultáneamente, estudiando o repasando la patología que padecen.

Igualmente, la práctica sistemática y rutinaria del diagnóstico diferencial es un ejercicio que, por una parte, desafía nuestras habilidades intelectuales y, por otra, nos permite reforzar nuestra hipótesis diagnóstica, o darnos cuenta que hay otra u otras alternativas diagnósticas más probables que la que inicialmente pudiéramos haber planteado. Adquirir este hábito nos parece fundamental para minimizar errores en la práctica clínica.

En suma: el progreso tecnológico en medicina ha sido impresionante y, en décadas relativamente recientes, ha ayudado al clínico en su trabajo diagnóstico y terapéutico de un modo nunca visto anteriormente. Debemos acogerlo con entusiasmo y utilizarlo tanto cuanto sea necesario. Sin embargo, esto nos obliga a entender, primero, que la tecnología forma parte de la clínica médica, no es algo distinta a ella; segundo, que debemos utilizarla reflexiva e inteligentemente, y, tercero, que no reemplaza el proceso intelectual que conduce a la formulación del diagnóstico y, por consiguiente, no es un sustituto de la inteligencia, habilidades, experiencia, ni intuición del médico<sup>4</sup>.

## REFERENCIAS

1. Goic A, Chamorro G, Reyes H. *Semiología Médica*. Mediterráneo. Santiago de Chile. 1999.
2. Sánchez M. *Historia, Teoría y Método de la Medicina. Introducción al Pensamiento Médico*. Masson S.A.: Barcelona. 1998.
3. Kassirer JP. The principles of clinical decision making. An introduction to decision analysis. *Yale J Biol Med* 1976; 29: 149-64.
4. Goic A. *El Fin de la Medicina*. Mediterráneo: Santiago de Chile. 2000.
5. Debenedetti E. *Los Caminos del Error Clínico*. Eudeba: Buenos Aires. 1960.
6. Bird B. *Talking with Patients*. JB. Lippincott Co: Philadelphia. 1973.