

¿SABER CÓMO PENSAMOS PUEDE DISMINUIR LOS ERRORES? RAZONAMIENTO CLÍNICO. LOS CAMINOS DEL ERROR

“Es un error capital teorizar antes de tener datos. Sin darse cuenta, uno empieza a deformar los hechos para que se ajusten a las teorías, en lugar de ajustar las teorías a los hechos.”
—Arthur Conan Doyle. *Las Aventuras de Sherlock Holmes, Escándalo en Bohemia*

Según algunos artículos, el error médico constituye la tercera causa de muerte más frecuente. Sabemos que el error es inherente a toda actividad humana. La medicina se ocupa de realizar acciones tendientes a disminuir la ocurrencia de errores, y a vigilar y evaluar los condicionantes que favorecen su aparición, así como de velar por la seguridad de los pacientes. Se estima que aproximadamente el 70% de los errores médicos ocurren en el proceso de diagnóstico, ya sea un diagnóstico equivocado o un retraso en el diagnóstico correcto. A su vez, se calcula que los errores en el diagnóstico aparecen con una frecuencia de entre el 10% y el 15%. Generalmente, no es la falta de conocimientos lo que conduce a la falla, sino los problemas con el razonamiento clínico. Los sesgos cognitivos constituyen una de las causas principales que llevan a errores en el diagnóstico. Los sesgos cognitivos son aquellas “trampas de la mente” o la inclinación por lo general involuntaria e inconsciente a pensar de cierta manera.

A pesar de que la enseñanza del proceso diagnóstico se suele estructurar como si fuera un camino lineal de fases, donde cada uno de los escalones serían compartimentos cerrados, por ejemplo, un tiempo inicial de recolección de datos de la historia clínica, seguido por la elaboración de una lista de problemas, la selección de un dato guía y recién allí la generación de diagnósticos diferenciales, esto no ocurre en nuestras mentes en el momento de evaluar a un paciente. En la evaluación, indefectiblemente los escalones no son tales y los compartimentos no resultan estancos, e inevitablemente nuestro cerebro “dispara automáticamente” hipótesis y planteos diagnósticos.

Una de las teorías más aceptadas es que en el proceso de razonamiento diagnóstico se accionan dos sistemas de pensamiento: teoría dual. El primero es un sistema intuitivo, automático, que requiere menor esfuerzo cognitivo. Este pensamiento rápido reposa en heurísticas, automatismos o



Dr. Roberto Parodi.

experiencias recientes. Es menos confiable, con bajo control consciente, de menor rigor científico y más susceptible a la influencia emocional. Y el segundo sistema es reflexivo, analítico, y requiere mayor esfuerzo y capacidad cognitiva; así se reconocen matices, se verifica que no todo coincide, se considera que puede existir más de una explicación, y con ello se van generando y refutando hipótesis diagnósticas.

El razonamiento se inicia con la activación automática del sistema intuitivo, que evalúa el contexto y la información inicial, reconoce patrones (guiones o *scripts*) y genera hipótesis en forma rápida. En general, una heurística puede considerarse un atajo a los procesos mentales activos y, por lo tanto, es una medida que ahorra o conserva recursos mentales. Las heurísticas funcionan efectivamente en la mayoría de las circunstancias; sin embargo, también pueden conducir a errores sistemáticos en la toma de decisiones o el desarrollo de juicios.

En una segunda etapa, el sistema analítico examina las hipótesis generadas por el sistema intuitivo, a través del análisis hipotético-deductivo, con el que se verifica si los atributos de la hipótesis están presentes en el problema clínico (coherencia) y si estos explican todos los componentes del problema clínico (suficiencia), con lo cual se van descartando unas hipótesis y afirmando otras.

Es decir, aplicamos ambos sistemas de razonamiento con preponderancia de uno sobre otro, según la experiencia, el caso clínico, la situación; así el razonamiento analítico constituye la estrategia primaria cuando un caso es complejo, las manifestaciones clínicas, inusuales o se tiene escasa experiencia con la enfermedad en particular.

Si bien la mayoría de nosotros nunca alcanza su techo de pensamiento crítico, muchos transcurren sus vidas inconscientes de sus limitaciones de razonamiento. Debemos considerar la vulnerabilidad de la mente humana a sesgos cognitivos, falacias lógicas, supuestos falsos y otras fallas de razonamiento. Estos sesgos y trampas de la mente pueden aparecer en el momento de la recolección de los datos, en la interpretación, en la evaluación de las probabilidades y pueden verse influenciados por aspectos emocionales, afectivos y situacionales que van desde el cansancio, el tiempo disponible, la relación con el paciente, condiciones del sistema de atención, etcétera.

Son muchos y variados los sesgos que nos acechan; podemos mencionar algunos de ellos, seleccionados por su frecuencia e importancia como fuente de errores en el diagnóstico.

El **cierre prematuro** consiste en la tendencia a terminar el proceso de razonamiento y la toma de decisiones en forma prematura, aceptando un diagnóstico que no ha sido verificado por completo. Asociado a esto, se encuentra la **satisfacción de búsqueda**, la tendencia a dejar de buscar cuando ya se ha encontrado algo que explique la hipótesis inicial, aunque otros datos e información se encuentren presentes y disponibles.

El **sesgo de confirmación** es la tendencia a buscar y darle más peso a la evidencia que confirma nuestro diagnóstico, y a no considerar o prestarle menos atención a aquella que lo refuta.

Un sesgo frecuente y diría peligroso es el **exceso de confianza** (*overconfidence*), la tendencia a creer que sabemos más de lo que realmente sabemos; así se tiende a actuar con información incompleta, se coloca mucha fe en las impresiones iniciales sin examinar cuidadosamente la evidencia.

El **anclaje** o fijación a las primeras impresiones es la tendencia a aferrarse a los primeros datos o las primeras conjeturas, sin ajustar esta impresión diagnóstica a la luz de la información que va apareciendo después.

El **momentum diagnóstico** es la tendencia a creer en los diagnósticos ya hechos por otra persona. Contar con una aproximación diagnóstica antes de evaluar al paciente puede hacer decrecer la percepción y el peso relativo de los signos que nos orientan hacia alternativas diagnósticas. Asociado a esto, a veces nuestro razonamiento se cierra y seguimos una **"obediencia ciega"** a los diagnósticos realizados por otros, más aún cuando una autoridad o tecnología lo sugieren.

Nuestra mente está preparada para ver asociaciones de causa-efecto cronológica (*"post hoc ergo propter hoc"*), probabilidades falsas y buscar causalidad en la casualidad. Tenemos una ilusión de atención y creemos que procesamos la totalidad de la información que nos rodea. Entre ellas podemos mencionar la **falacia del apostador** (jugador), basado en la creencia que si ha salido una serie consecutiva de eventos, la próxima tiene más probabilidad de ser otro

evento. O la **apuesta de frecuencia**, es decir, la tendencia a optar por un diagnóstico sólo sobre la base de que es más frecuente, o bien la hipótesis más sencilla (Navaja de Ockham), aunque ello no asegure que sea la verdadera: a veces los diagnósticos no son de enfermedades frecuentes, ni las hipótesis, sencillas.

Un sesgo frecuente es el de **disponibilidad**, el cual se basa en la tendencia a creer que un diagnóstico es más frecuente o más probable porque se nos viene fácilmente a la mente. Esto en general se basa en la premisa de que una experiencia reciente con una enfermedad aumenta la probabilidad de que esta sea diagnosticada, y por el contrario, resulta menos probable diagnosticar una enfermedad que hace mucho tiempo no vemos o sobre la cual no tenemos experiencia.

Estrategias

Como vemos, nuestra mente y nuestro razonamiento clínico son vulnerables a una serie de sesgos y trampas que nos pueden llevar a cometer errores. ¿Existen estrategias para disminuir los sesgos cognitivos e influencias afectivas? Parece más fácil acumular conocimiento y experiencia, aunque impresiona más difícil refinar los procesos de razonamiento. Uno de los enfoques es hacerlos conscientes, reflexionar sobre nuestros propios pensamientos, conclusiones, suposiciones y creencias. Esto se denomina práctica reflexiva o metacognición (*mindful practice*). Pero aunque los médicos seamos conscientes de los sesgos, no parecen fáciles de controlar o corregir. Estimo que generar un medioambiente de trabajo con ciertas premisas puede favorecer el análisis de nuestros procesos de razonamiento y la evaluación de los errores. Sería conveniente contar con los siguientes elementos: voluntad de observar y mejorar la propia conducta, voluntad de dejar de lado las jerarquías y prejuicios, tener curiosidad crítica y apertura mental, desarrollar tolerancia a las incertidumbres y a la propia incompetencia, y contar con un medioambiente de error no punitivo, y que en cambio constituya una oportunidad de aprendizaje.

"Recomiendo que los médicos repitan este mantra: yo puedo estar equivocado, yo puedo estar equivocado, y se pregunten: ¿Habrá otra explicación para estos datos?"

—Daniel Flichtentrei

Dr. Roberto Parodi

Profesor adjunto, Universidad Nacional de Rosario.
Vicedirector de la Especialización en Clínica Médica, UNR.
Coordinador del servicio de Clínica Médica, Hospital Provincial del Centenario, Rosario.
Presidente del Foro de Medicina Clínica Argentina.

Bibliografía consultada

- Makary M, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016;353:213
- Norman GR, Ewa KW. Diagnostic error and clinical reasoning. *Med Educ* 2010;44:94-100
- Bornstein BH, Emler AC. Rationality in medical decision making: a review of the literature on doctors' decision-making biases. *J Eval Clin Pract* 2001;7:97-107
- Croskerry P. "Critical thinking and reasoning in emergency medicine". En: *Patient safety in emergency medicine*. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2008. Capítulo 31, 213-8
- Loewy Matías, Parodi R. Lo que Sherlock Holmes y House enseñan sobre los sesgos cognitivos en el diagnóstico. <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5903928>. Abril 2019. Medscape
- Peña L. La naturaleza dual del proceso diagnóstico y su vulnerabilidad a los sesgos cognitivos. *Rev Med Chile* 2012;140:806-10
- Wainstein E. Algunos problemas del razonamiento médico en el proceso de diagnóstico. Papel de algunas heurísticas y posibles soluciones. Artículo especial. *Rev Méd Chile* 2009;137:1636-41