

Síndrome de Kairos: aprendiendo de un error.

Dr Maxi Salvioli. Argentina

Resumen: El autor expone un caso clínico donde ejemplifica la necesidad de que ante una fuerte sospecha clínica y las repercusiones que puede conllevar retrasar el tratamiento con corticoides, el clínico no debería esperar a tener la confirmación definitiva mediante las pruebas complementarias para iniciar dicho tratamiento.



Que nuestra tarea como médicos está plagada de aciertos y de errores, es una obviedad. Existe un sesgo en el reporte de los yerros, son los diagnósticos correctos y/o los tratamientos salvadores los que predominan en las revistas médicas. A pesar de esta realidad, diariamente convivimos con el error, y probablemente sea una de las mejores herramientas educativas que nos brinda nuestra profesión.

Las distintas especialidades médicas trabajan con diferentes modos de fallar. Un error en una especialidad quirúrgica podría ser mortal para el paciente, aunque por otro lado, tampoco deja de ser cierto que un diagnóstico clínico incorrecto o un esquema antibiótico inadecuado puede culminar con el mismo final. La convivencia con la incertidumbre suele ser patrimonio de las especialidades clínicas que no trabajan con la certeza de un hueso roto o un apéndice inflamado. Tampoco solemos pensar en la entrevista médica como un espacio donde se cometen múltiples desaciertos, y aunque asumo el riesgo de equivocarme por la falta de precisión estadística, me atrevo a plantear que es la entrevista el espacio donde se cometen mayor cantidad de errores, ya sea por frases desacertadas que soltamos a nuestros pacientes, silencios innecesarios o incluso gestos que compartimos, desconociendo completamente el impacto que tienen estas acciones sobre el proceso salud/enfermedad de nuestros pacientes/familiares. Sin ir más lejos, una manera inadecuada de comunicar la muerte de un paciente a un familiar puede culminar en un duelo patológico que lleve años resolver.

Para que se cometa un error ya sea diagnóstico y/o terapéutico debe existir un momento previo en el cual se haya pensado la situación clínica. Existen varias maneras de cómo los médicos ejercemos el razonamiento clínico¹. Para sintetizarlo podemos plantear dos modos. Por un lado tenemos una forma más consciente donde el médico escucha al paciente, lo revisa, piensa en los diagnósticos diferenciales probables, solicita estudios complementarios, se realiza una búsqueda bibliográfica. Luego de este

camino, desecha o confirma hipótesis. A este modo de razonamiento clínico se lo denomina analítico y es aquel que nos enseñan tanto en la formación de pre como de posgrado. Por otro lado, existe otro modo más abreviado, inconsciente, basado en la experiencia y muy utilizado en la práctica clínica, que es el denominado reconocimiento de patrones. Uno atiende a un paciente y de acuerdo a lo que los hallazgos de la anamnesis y el examen físico arrojen, el médico evoca casos similares y realiza un diagnóstico sin plantearse otras alternativas. En la práctica médica estos dos modos de razonamiento clínico conviven a diario y muchas veces resulta difícil poder diferenciar cuál de ellos predomina a la hora de hacer un diagnóstico o indicar una terapéutica.

Los artículos que habitualmente leemos durante nuestra formación de posgrado, sobre todo cuando se tratan de enfermedades infrecuentes, son de reportes de casos clínicos o series de casos. Allí encontramos una detallada descripción al modo tradicional de razonamiento analítico acerca de cómo un colega o un grupo de colegas resolvieron la problemática que el paciente les traía. En estos casos uno imagina que la rareza de la patología y/o muchas veces la presentación inusual de una enfermedad prevalente derivaron en múltiples discusiones que llevaron por los más diversos caminos hasta alcanzar el objetivo. Aquellos que tenemos práctica clínica sabemos que esos caminos están plagados de errores y también sabemos que esos errores se omiten durante las asépticas presentaciones de los casos.

Es por ello que este artículo intenta mostrar como el error y su reflexión se puede transformar en una poderosa arma de formación en ámbitos médicos.

En la bibliografía están descriptos varios modos de error médico. Para graficar el lugar que ocupa este tema en las publicaciones médicas, ingresamos en PubMed y colocamos como término Mesh: ?medical errors?. Haciendo un promedio sencillo sobre el total de publicaciones en PubMed, podemos afirmar que aquellos artículos donde se analizan cuestiones relacionadas a errores médicos representan el 0,37% de toda la bibliografía.

En nuestra práctica, a modo esquemático, solemos llevar a cabo conductas preventivas, diagnósticas y terapéuticas.³ Y es en esos tres momentos de la atención médica donde solemos cometer errores.

En relación a las equivocaciones diagnósticas, un artículo de JAMA² analiza el tema en el contexto de la práctica en clínica médica. Describe básicamente tres tipos de errores:

- **Error donde no hay culpa (?No-fault error?).** Un término de difícil traducción donde se plantean básicamente dos circunstancias: una donde el médico se equivoca por una presentación inusual de una enfermedad y otra donde el paciente no colabora o intenta engañar al médico. Aquí la ?culpa? recaería sobre el paciente.

Uno de los ejemplos que plantea el artículo remite a un caso en donde no se llega a un diagnóstico de pneumocistosis pulmonar porque el paciente negaba actividad sexual de riesgo. Más allá de que eso puede sesgar el razonamiento clínico, con este caso se pone de manifiesto la dificultad de pensar a los errores como unifactoriales. Es difícil que en ese único dato se pudiera sintetizar la sospecha de esta patología. Para que exista un error es condición sine qua non que previamente haya una falla, a pesar de que ésta esté atravesada por múltiples circunstancias.

- **Errores relacionados por el sistema.** Aquí se describen dos situaciones: fallas técnicas y problemas de equipamiento por un lado, y fallas organizativas de los equipos médicos.

- **Errores cognitivos.** Es este el modo de error acerca del cual venimos hablando en el texto y donde aparecen las fallas en el razonamiento clínico. El texto plantea tres modos: falta de conocimiento, falla en la recolección de datos y por último, la más frecuente las equivocaciones, el error de síntesis, mayormente causado por un cierre prematuro de la entrevista o el examen físico. Es en este último yerro donde predomina el razonamiento por patrones, dejando de lado preguntas al paciente u omitiendo una parte del examen físico por pensar con premura en un diagnóstico sin tener en cuenta otros.

Como venimos diciendo, el otro momento de la consulta en el que se cometen errores es al momento de indicar un tratamiento. Aquí, como sabemos, pueden existir prescripciones inadecuadas de medicamentos, equivocaciones con las dosis, falta de control de potenciales efectos adversos, tratamientos con medicamentos con poca o nula evidencia.

Y dentro de los errores terapéuticos, queremos hacer referencia a un tipo particular de falla que está relacionada con el retraso de un tratamiento oportuno ante una sospecha sin confirmación diagnóstica que mejoraría la situación clínica del paciente.

Nuestra formación como clínicos tanto en el pre como en el posgrado favorece este tipo de equivocaciones. Estamos acostumbrados a que el esquema tradicional implique un diagnóstico oportuno y luego una terapéutica adecuada a ese problema de salud. En muchas ocasiones, la dificultad en el acceso a un método diagnóstico o el retraso del resultado de un examen complementario hacen que ante la sospecha clínica tengamos que resolver por fuera del esquema tradicional, poniendo sobre la mesa los efectos beneficiosos y las potenciales complicaciones tanto de iniciar un tratamiento como de aguardar la certeza tranquilizadora del diagnóstico.

En la bibliografía no abundan textos que reflexionen sobre aspectos clínicos concretos donde se muestre cómo la multifactorialidad de variables que se ponen en juego ante un paciente problema culminan en un error médico que podría haber cambiado el curso de una patología.

Síndrome de Corticoterapia Oportuna Inducida por la Alta Sospecha: a propósito de un error.

Un paciente de 24 años que consulta al consultorio de residentes de clínica médica por presentar dolor periorbitario intenso asociado a paresia del III, IV y VI pares craneales. Refería haber estado ingresado una semana previa para estudiar su patología de la cual había sido dado de alta hospitalaria con tratamiento sintomático con aceptable respuesta y donde le habían realizado TC de encéfalo con contraste, punción lumbar y analítica de sangre con resultados normales. Se encontraba la espera de estudios de RNM de cerebro con y sin contraste y angioRNM con seguimiento por clínica médica y neurología.

Como antecedentes no presentaba otra comorbilidad. Manifestaba haber presentado un episodio de diplopía de un mes de duración hacía 10 años con recuperación ad integrum sin un diagnóstico en aquel momento. En la evaluación el paciente manifestaba que había reiniciado con intenso dolor que no respondía a opiáceos débiles y AINES. Se decide agregar pregabalina con buena respuesta.

En ese momento, luego de realizar una búsqueda bibliográfica, con el diagnóstico de un síndrome del seno cavernoso y dentro de éste, un síndrome de Tolosa-Hunt por los antecedentes del paciente y el cuadro clínico, se decide aguardar la RNM y la angioRNM y la consulta con el especialista en neurología.

Luego de una semana, el paciente continuaba con la oftalmoplejia pero con mejoría de la cefalea. Remite la RNM y la angioRNM la cual presentaba una técnica inadecuada impidiendo la visualización correcta del seno cavernoso, más allá que permitía descartar patología tumoral y vascular. Se decide solicitar una nueva RNM con técnica adecuada.

El tiempo que transcurrió hasta la realización de la nueva RNM fue de aproximadamente 20 días. Al momento de esta consulta el paciente manifiesta disminución en la agudeza visual del ojo homolateral. La RNM mostraba imágenes compatibles con Síndrome de Tolosa-Hunt. Con estos elementos sobre la mesa se decide instaurar tratamiento con corticodes sistémicos en altas dosis. Luego de dos meses de tratamiento el paciente se encuentra en seguimiento clínico con recuperación de la oftalmoplejia pero con disminución de la agudeza visual.

El síndrome que describimos en la viñeta clínica optamos por llamarlo: **?Síndrome de la Corticoterapia Oportuna Inducida por la Alta Sospecha o Síndrome de Kairos?** (momento adecuado u oportuno).

Se caracteriza por presentarse en pacientes en los que se tiene alta sospecha de una patología de tratamiento con corticoterapia en altas dosis y que su confirmación retrasaría dicho tratamiento de manera inapropiada.

Es una situación frecuente en la práctica ambulatoria, de sala y de emergencia. El paciente requeriría un tratamiento con corticoides, pero la rareza de la posibilidad diagnóstica y la ausencia de emergencia en relación al riesgo vital del paciente, hacen dudar al profesional sobre la conveniencia o no de iniciar el tratamiento. Por otro lado, la confirmación de la enfermedad concreta podría demorar el tratamiento de manera inconveniente. Actúan varios otros factores como el miedo al error, la presión del juicio de colegas especialistas, la inseguridad por tratar enfermedades infrecuentes y en las que se tiene poca experiencia. La conducta adecuada es un inicio oportuno de la corticoterapia, una evaluación clínica y seguimiento estrecho y la puesta en marcha de métodos de estudios que confirmen la sospecha. Ejemplos de patologías donde podemos visualizar este Síndrome: sospecha de Tolosa Hunt,

Glomerulonefritis Lúpica, Cerebritis Lúpica, PTI, Neumonitis Eosinofílica, Vasculitis Sistémica, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Loayssa Lara JR; Fuentes Goñi C. Razonamiento analítico y no analítico en el diagnóstico clínico. 2011.
<http://www.doctutor.es/2011/03/02/ideas-y-reflexiones-en-educacion-medica-marzo-2011>.
- 2) Graber ML, Franklin N, Gordon R. Diagnostic Error in Internal Medicine. Arch Intern Med.2005;165(13):1493-1499.
- 3) Alvarado Guevara AT; Flores Sandí G. Errores médicos (Medical Errors). Acta méd. costarric. Vol 51 (1), enero-marzo 2009.
- 4) Millán J; Palés Argullós JL; Morán Barrios J. (2015). Principios de Educación Médica. Desde el grado hasta el desarrollo profesional. Madrid, España. Ed. Panamericana.