

Publicado en: Revista Clínica Española. 2013;213 (3):158-62. **Accesible en:** <http://www.revclinesp.es/es/cierre-prematuro-diagnostico-un-tipo/articulo/S0014256512002767/>

TÍTULO

Cierre prematuro de diagnóstico: un tipo de error evitable

AUTORES

María Vázquez Costa. Psicóloga Clínica. Grupo de Investigación en Bioética de la Universitat de València (GIBUV). Valencia, España.

Ana M^a Costa Alcaraz. Médico de Familia. Grupo de Investigación en Bioética de la Universitat de València (GIBUV). Grupo Comunicación y Salud de Valencia. Centro de Salud Nazaret, Valencia, España.

Autor para correspondencia: María Vázquez-Costa (vazquezcosta@gmail.com)

Este original forma parte del proyecto de investigación “La sostenibilidad de la atención sanitaria desde el reconocimiento recíproco de capacidades”.

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Resumen

Una entrevista clínica bien desarrollada permite orientar de forma adecuada el diagnóstico. Sin embargo, la psicología cognitiva muestra que las personas cometen errores cuando se encuentran con problemas complejos, tales como los que se enfrentan a la hora de hacer un diagnóstico, especialmente cuando disponen de poco tiempo o recursos limitados. La principal causa de fallos en el razonamiento clínico es el uso de “atajos cognitivos”. Entre ellos, el cierre prematuro es un factor clave desencadenante de error diagnóstico. Los errores cognitivos son predecibles y, por tanto, es posible aprender estrategias para reducirlos o evitarlos. Conocer las características de los atajos cognitivos, e identificar los que se aplican de forma automática, es el primer paso hacia la prevención de errores o la minimización de sus consecuencias.

Abstract

A well-developed clinical interview allows directing diagnosis adequately. However, cognitive psychology shows people make mistakes when they face complex problems, such as those confronted to come to a diagnosis, especially if little time or resources are available. The main cause of failures in clinical reasoning is using “cognitive shortcuts”. Among them, premature closure is a key factor triggering a diagnostic error. Cognitive errors are predictable and thus, it is possible to learn strategies to reduce or avoid them. Knowing the main features of cognitive shortcuts and identifying those automatically used, is the first step in order to prevent errors or minimizing its consequences.

Palabras clave

Errores diagnósticos; Relación médico-paciente; Atajos cognitivos; Seguridad del paciente.

Keywords

Diagnostic Errors; Physician Patient Relationship; Cognitive Aspects; Patient Safeties.

Introducción

El encuentro clínico es una relación complementaria de la que el paciente espera obtener un mejor nivel de salud y el profesional, que dispone de herramientas para ayudarlo a alcanzarlo, da por supuesto que cuenta con la confianza de quien le consulta¹.

Para detectar las preocupaciones de los pacientes es imprescindible saber escuchar. Sin embargo, con frecuencia los médicos no dejamos que los pacientes terminen su relato y los interrumpimos, antes de transcurrido medio minuto, para dirigir la entrevista a nuestro terreno². Una entrevista clínica bien desarrollada permite orientar de forma certera el diagnóstico³ optimizando la utilización de medios, en cuanto al tipo de pruebas complementarias y el momento adecuado para solicitarlas. Pero orientar un diagnóstico supone además de saber escuchar, como ilustra la historia de A, discernir cuándo las pruebas complementarias nos pueden proporcionar pistas importantes, como sucedió en el caso de Z. Los casos de A y Z ejemplifican la importancia de escuchar al paciente, pero también de realizar un seguimiento adecuado en base a criterios clínicos. Dicho de otro modo, la capacidad de escucha no sustituye, sino que complementa, al razonamiento clínico. Una y otro son fundamentales para minimizar los errores cognitivos evitables⁴.

Casos clínicos

AAA es una paciente de 67 años, con antecedentes de hipotiroidismo, que acudió a consulta por sentirse cansada y, en varias ocasiones, haber tenido sensación de bocado parado. No había perdido peso. Dado que el estudio tiroideo y el tránsito esófago-gastro-duodenal resultaron normales, el médico no se planteó realizar seguimiento y a la pregunta “¿por qué se me para la comida?” respondió recomendando comer despacio y

masticando bien (para evitar el atragantamiento). Durante los meses posteriores, la paciente consultó por episodios repetidos de tos, sin fiebre, de predominio nocturno, lo cual indujo a rehacer la anamnesis. La paciente volvió a referir como único síntoma la sensación de “bocado parado”, que en ocasiones aparecía incluso al beber agua. Una nueva determinación analítica mostró trombocitosis leve, siendo el resto del hemograma y la bioquímica estándar normal. Este reactante de fase aguda, junto con la disfagia, fue la pista que siguió el médico de cabecera hasta detectar, 6 meses después de la primera consulta por atragantamiento, un carcinoma renal de células claras en grado II de Furhmann.

Cuando aparece neuropatía autonómica en el contexto de un síndrome paraneoplásico, ésta puede manifestarse como alteraciones del aparato digestivo⁵. Con frecuencia, los síndromes paraneoplásicos acontecen en cánceres que todavía son asintomáticos y, en la última década, se viene investigando sobre mecanismos autoinmunes que parecen implicados en las manifestaciones neurológicas⁶. La clásica triada de Guyón (lumbalgia, hematuria, tumor abdominal palpable) es infrecuente y suele aparecer cuando el cáncer renal ha diseminado, por lo cual hasta un 30% de los pacientes con carcinoma renal presentan metástasis en el momento del diagnóstico. A pesar de ello, se presta poca atención a la posibilidad de diagnóstico precoz partiendo de un síndrome paraneoplásico⁷. Sin embargo, cerca de un tercio de los pacientes con carcinoma renal presentan síndrome paraneoplásico, el cual puede preceder a los síntomas clásicos de esta enfermedad no siendo, necesariamente, marcador de mal pronóstico⁸. La historia natural de los tumores renales es poco conocida. Investigar a los pacientes cuando refieren síntomas inespecíficos que pueden corresponder a un síndrome paraneoplásico permitiría realizar diagnósticos de tumores, supuestamente silentes, en fase precoz. En el caso de A, durante la primera consulta el médico cerró su diagnóstico en torno a los

antecedentes tiroideos, sin plantearse otras posibilidades. De haber prestado más atención a lo que realmente preocupaba a la paciente, la disfagia, podría haber adelantado en unos meses la detección del cáncer renal.

ZZZ es una mujer de 66 años, no fumadora, que consultó por tos irritativa en accesos, sin fiebre y de predominio nocturno. Tras comprobar que la auscultación era normal, se le dio tratamiento sintomático con ibuprofeno más dextrometorfano inicialmente y, tras una semana sin mejoría, con cetirizina asociada a salbutamol. Sólo después de tres semanas con tos se administró amoxicilina, a pesar de que la paciente venía solicitando ser tratada con antibióticos desde la primera visita. En el control posterior la paciente había mejorado, aunque sin llegar a estar totalmente recuperada y, dado que había transcurrido un mes, el médico solicitó un análisis y una radiografía simple de tórax. Las pruebas científicas disponibles hasta el momento no recomiendan el cribaje de cáncer pulmonar mediante radiografías de tórax periódicas en pacientes asintomáticos⁹, sin embargo disponer de una imagen radiológica es imprescindible para el estudio de una tos subaguda en pacientes no diagnosticados.

Aunque sin convicción, y recordando al profesional que si le hubiese dado el antibiótico en la primera visita habría mejorado mucho antes, Z accedió a realizarse las pruebas. El análisis resultó normal, pero la radiografía mostraba un nódulo en lóbulo, de unos 2 cm de diámetro mayor y bordes mal definidos, cercano a la pleura visceral, que resultó ser un carcinoma pulmonar de células mixtas. Durante su crecimiento, inicialmente la irritación pleural producida por el tumor estimuló el reflejo tusígeno, reflejo que posteriormente se agotó con la estimulación repetida. En este caso, de haber prevalecido la opinión de la paciente no se habría diagnosticado el adenocarcinoma acinar y papilar infiltrante sino meses después, tal vez cuando ya hubiese metastatizado

¿Escuchamos a nuestros pacientes?

¿Me está escuchando, doctor?¹⁰ es el título de un libro escrito por un médico que ha vivido algunas experiencias como paciente, lo cual le ha permitido desarrollar una especial sensibilidad. El libro pretende explorar los procesos de pensamiento de los médicos y lo que sucede en su mente hasta que llegan a un diagnóstico y un tratamiento. El título hace hincapié en una habilidad que es el primer elemento y el eje central de la relación profesional-paciente y que resulta imprescindible en el proceso diagnóstico: la capacidad de escucha.

Volver a escuchar la narración del paciente, dice este autor, puede ayudar al médico a encontrar una pista que la primera vez ya estaba allí, pero que pasó por alto o creyó que no era importante. Esto es lo que sucedió en el caso de AAA. Escuchando con atención a los pacientes se puede obtener información relevante que minimiza la probabilidad de errar.

“Errar es humano”, ¿e inevitable?

Los errores diagnósticos se pueden deber a características de la enfermedad (como forma de presentación atípica), información inadecuada del paciente, mala organización de las condiciones de trabajo o fallos en el razonamiento clínico¹¹. Estos últimos son los que el profesional que se dedica a la asistencia puede minimizar, si sabe cómo hacerlo.

Errores cognitivos

Los fallos en el razonamiento clínico se distribuyen en un rango que va desde deficiencias en conocimientos hasta una utilización inadecuada de los heurísticos.

Los heurísticos, también llamados “atajos cognitivos” o CDRs, se refieren a las “disposiciones cognitivas para responder” a determinados pacientes de maneras predecibles¹². Forman parte del proceso normal de razonamiento humano y tienen un papel importante en nuestra vida, pues simplifican la comprensión del mundo y la toma de decisiones. En la complejidad de la medicina moderna, los atajos cognitivos son

adaptativos, especialmente en los servicios de urgencias -donde existe una gran presión de tiempo y recursos-, pero con cierta frecuencia conducen a errores¹³ que, en casos realmente urgentes, pueden tener consecuencias muy graves para el paciente. Los errores cognitivos son psicológicamente predecibles y, por tanto, potencialmente evitables¹⁴.

Conocer las características de los atajos cognitivos, e identificar los que se aplican de forma automática, es el primer paso hacia la prevención de errores o la minimización de sus consecuencias. Para ello resulta imprescindible realizar una verdadera tutela de los médicos en formación, en el marco de la cual los médicos más jóvenes e inexpertos serán supervisados sistemáticamente (como ya se viene haciendo en otros países)¹⁵ antes de tomar decisiones que pudieran tener consecuencias importantes y no deseadas para el paciente.

Se ha identificado más de 30 atajos cognitivos¹⁶, entre otros el heurístico de disponibilidad (en plena “temporada” de gripe, el primer diagnóstico en el que pensará un médico ante un paciente con fiebre será el de gripe), el anclaje (atajo en el pensamiento que se produce cuando una persona no tiene en cuenta múltiples posibilidades, sino que rápida y firmemente se aferra a una sola, segura de que ha lanzado el ancla justo donde debe estar; como aquel varón con taquipnea y mareo, con problemas laborales desde varios meses antes, que el médico etiquetó como crisis de ansiedad hasta que, tras practicar una pulsioximetría y observar que era de 88%, replanteó su diagnóstico y llegó a detectar un tromboembolismo pulmonar), de encuadre (tendencia a alcanzar diferentes conclusiones dependiendo de cómo se presenta o se encuadra la información), de “triaje” (o selección de los pacientes que acuden a la consulta de urgencias), de representatividad (el pensamiento se guía por un prototipo, no se consideran las posibilidades de contradecirlo y así se atribuyen los síntomas a una

causa equivocada; por ejemplo cuando una persona atlética, deportista y con muy buen aspecto acude por dolor torácico y el ECG, dado que la radiografía de tórax y análisis no muestran nada anormal se descarta el diagnóstico de cardiopatía -es sabido que un 50% de las anginas inestables no se ven en el ECG-¹⁷, la retirada de cebras (no pensar en un diagnóstico raro siguiendo la máxima “si oyes ruido de cascos, piensa en caballos, no en cebras” -aunque en primer lugar hay que pensar en los problemas más frecuentes, es igualmente importante descartar aquellos poco frecuentes pero graves-) y el cierre prematuro.

Según Graber, los fallos relacionados con la organización del sistema son menos frecuentes que los errores cognitivos y, entre éstos, el cierre prematuro del diagnóstico es la causa única más frecuente de error diagnóstico¹⁸.

Se llama cierre prematuro a la tendencia a finalizar prematuramente el proceso de toma de decisiones, aceptando un diagnóstico antes de que haya sido completamente verificado, o dejando de considerar otras alternativas razonables cuando ya se ha sugerido un *posible* diagnóstico. Este atajo cognitivo tiene relación con el error de satisfacción de la búsqueda, que es la tendencia a dejar de buscar (y por tanto de pensar) en cuanto se ha encontrado algo. Por ejemplo, atribuir un dolor torácico a la detección radiográfica de una costilla rota e interrumpir el análisis sistemático de la imagen obviando un pequeño nódulo pulmonar de bordes mal definidos.

El arte de manejar la incertidumbre

Llegar a un diagnóstico no es sino asignar un orden y un sentido al caos. Los diagnósticos facilitan la toma de decisiones en cuanto al tratamiento, pero el impulso de crear orden en el caos puede resultar perjudicial cuando se sigue de forma irreflexiva.

La medicina tiene tanto de ciencia como de arte. En tanto arte, precisa de la formación humanística para desplegar sus prácticas con un estilo centrado en el paciente

(atendiendo a sus necesidades y creencias, sus valores, sus miedos y sus expectativas); en tanto que ciencia, procura revisar periódicamente las prácticas habituales y tomar decisiones basadas en las mejores pruebas científicas existentes en cada momento¹⁹. Pero es una ciencia estadística y, como tal, sus observaciones se mueven en el terreno de la probabilidad con intervalos de confianza. Incluso las observaciones de anatomía patológica, la técnica diagnóstica más objetiva, pueden llegar a tener una baja concordancia entre expertos²⁰. El buen médico reduce la incertidumbre con prudencia y después intenta ayudar al paciente sin anclarse en un diagnóstico cerrado²¹. Cuando el margen de incertidumbre diagnóstica es amplio, médicos de familia e internistas nos encontramos en una posición privilegiada para conducir a los pacientes a buen puerto²². Turabián presenta diferentes estrategias clínicas para manejar la incertidumbre en la consulta²³.

¿Por qué nos preocupa tanto llegar a un diagnóstico?

¿Qué factores subyacen a una escasa tolerancia a la incertidumbre? Por una parte, la necesidad de comprender lo que está pasando para intentar resolverlo; el exceso de incertidumbre puede paralizar. Por otra, la autoimagen; durante el periodo de formación se pone excesivo énfasis en el curar, relegando otras de las metas de la medicina (como prevenir, rehabilitar, acompañar, paliar)²⁴. Finalmente, la necesidad percibida de que el paciente “necesita saber lo que tiene”. Otros motivos están relacionados con el mundo emocional, como la excesiva implicación con el enfermo (que es más frecuente durante los primeros años de ejercicio profesional), la necesidad (ligada a la autoimagen) de evitar la frustración por no cumplir las auto-expectativas de “llegar a un diagnóstico”, el impulso inconsciente de huida ante pacientes de trato difícil, o los prejuicios y estereotipos aplicados a ciertos problemas de salud (como alcoholismo, obesidad y fibromialgia, entre otros).

Las consecuencias de diagnosticar para dejar de pensar

En el caso de ZZZ, ni la anamnesis ni la exploración permitieron identificar el problema subyacente que originaba la persistencia del síntoma a pesar de ensayar con diferentes tratamientos. De haber cerrado el diagnóstico ante la desaparición de la tos subaguda, sin practicar una radiografía, es posible que ni el médico ni la paciente relacionasen este evento con el diagnóstico -que meses después se realizaría- de cáncer pulmonar. Desde una perspectiva clínica, resulta desalentador comprobar que en los cuatro principales estudios sobre detección precoz del cáncer de pulmón se analiza la utilidad de la radiografía torácica y de la citología de esputo pero no se tiene en cuenta la posibilidad de llegar a un diagnóstico precoz mediante un procesamiento adecuado de signos y síntomas detectables en la anamnesis y exploración de los pacientes²⁵.

La consecuencia más directa que puede derivarse de “dejar de pensar antes de tiempo” es que “se escapen las cebras”. Pero existe otra serie de problemas asociados. Un diagnóstico cerrado prematuramente puede perpetuarse incluso aunque el paciente -descontento por los resultados del tratamiento ofrecido- pase de profesional en profesional, por arte del error llamado “inercia de diagnóstico”.

No sólo se asume sin cuestionar que el diagnóstico inicial fue correcto, sino que “una vez el paciente carga con un diagnóstico, la manera en que procesamos y comunicamos la información en nuestro sistema sanitario en ocasiones hace que esa etiqueta forme parte de la identidad del paciente tanto como la edad o el sexo”²⁶. La cualidad estática e identitaria del diagnóstico, al que para diferenciarlo del diagnóstico auténtico -necesario y útil- llamaremos “etiquetaje”, conlleva muchas veces una visión pasiva y “victimista” del paciente, que asume la “etiqueta” como si de la fecha de caducidad de un producto alimentario se tratara. Un diagnóstico, para ser útil, debe proporcionar información sobre las causas del problema, los posibles tratamientos y el pronóstico. Si no es así, se

convierte en etiqueta. Las etiquetas conllevan efectos indeseados, como son la “profecía autocumplida” y el empobrecimiento de la identidad personal. A través de la profecía autocumplida, lo que el paciente espera sobre sí mismo y lo que el profesional espera de éste, acaba haciéndose realidad. Si no se les ofrecen opciones positivas, las personas no sólo no mejoran sino que empeoran con mayor rapidez.

Estrategias para evitar errores diagnósticos

La psicología cognitiva muestra que la gente comete errores cuando se encuentra con problemas complejos. Esos errores de razonamiento no son aleatorios, forman parte del proceso de razonamiento humano y, por tanto, pueden ser predecibles y prevenibles²⁷.

Un primer nivel de estrategias para prevenir o minimizar los errores diagnósticos, y entre ellos el de cierre prematuro tiene que ver con la enseñanza teórica y práctica del funcionamiento de los procesos de razonamiento humanos, los errores cognitivos y la inteligencia emocional. Por otra parte, la formación en lectura crítica de artículos permite interpretar de forma adecuada los datos numéricos discriminando entre los que resultan relevantes y los que no lo son, facilitando la incorporación de nuevos conocimientos que mejoren la toma de decisiones²⁸. Finalmente, aunque la aplicación de protocolos (actualizados y revisados periódicamente) puede resultar de ayuda para pensar con claridad y adoptar las decisiones adecuadas (especialmente en las consultas de urgencia), éstos no evitan la comisión de errores cognitivos por el uso de atajos. En consecuencia, la utilización de protocolos debería de ser un instrumento de apoyo y nunca sustitutivo del razonamiento clínico.

Un segundo nivel de estrategias haría referencia a cambios en los procedimientos o en el sistema que permitan reducir al máximo la posibilidad de los fallos de pensamiento.

Finalmente, la metacognición sustenta las estrategias del tercer nivel.

Estrategias para evitar el cierre prematuro

Éstas se refieren a las que habría que emplear en el momento de emitir un diagnóstico - incluso si se dispone de muy poco tiempo- y una vez realizado éste²⁹. La metacognición es una característica clave de la inteligencia adulta e implica la conciencia del propio proceso de aprendizaje, de razonamiento y toma de decisiones, así como el reconocimiento de las propias limitaciones y de los errores cometidos y, por tanto, de las oportunidades para mejorar y utilizar estrategias para afrontar esos errores. La capacidad metacognitiva mejora con entrenamiento específico³⁰.

Las estrategias de comunicación facilitan conducir el relato de la historia clínica de manera que los pacientes lleguen a informar de lo que realmente les preocupa^{31, 32}. Más allá de las estrategias es importante un estilo de entrevista clínica en la que se consiga conectar con los pacientes^{33, 34} y establecer con ellos una relación empática³⁵.

Los médicos encargados de tutelar a colegas en periodo de formación deberían de ser capaces de replantear un diagnóstico, o de retrasar el momento de asignarlo por primera vez, hasta tener reducida al máximo la incertidumbre³⁶. Groopman afirma, en el libro citado al inicio de estas reflexiones, que reconocer al paciente la dificultad para llegar a un diagnóstico puede aumentar la eficacia terapéutica del médico que, en lugar de recurrir a evasivas, se muestra sincero y, sin negar la complejidad de la situación, expresa su compromiso con el paciente. Por otro lado, verbalizar esta incertidumbre facilita el cambio de rumbo en caso de descubrir nuevos indicios que cuestionen el diagnóstico inicial. Este mismo autor resalta la importancia de escuchar al paciente o sus acompañantes -cuando preguntan “¿no podría ser...?”-, de realizar diagnóstico diferencial - aún creyendo haber encontrado la respuesta correcta-, de identificar las emociones y prejuicios que -con determinado perfil de pacientes- pueden estar empujando a dar soluciones rápidas para cerrar el caso cuanto antes, de establecer una buena coordinación -con seguimiento adecuado- entre internistas y médicos de familia

y, por último, de reconocer los propios errores -incorporando lo aprendido de ellos al razonamiento clínico-. El aprendizaje a partir de los errores se puede trabajar de forma constructiva mediante la discusión facilitada de casos³⁷.

(TABLA 1)

Conclusión

El cierre prematuro de diagnósticos es uno de los principales factores desencadenantes de error en la práctica clínica. Éste, como otros errores cognitivos, no es aleatorio sino predecible y, por tanto, es posible aprender estrategias que lo reduzcan al máximo.

BIBLIOGRAFÍA

¹ Costa-Alcaraz AM, Siurana-Aparisi JC, Almendro-Padilla C, García-Vicente S, Ordovás-Casaurrán R. Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente. Rev Clin Esp. 2011;211(11):581-6

² Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. BMJ. 1991; 303(6814): 1385–1387

³ Hampton JR, Harrison MJG, Mitchell JRA, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. BMJ. 1975;2:486-9

⁴ Hoffman PC, Mauer AM, Vokes EE. Lung cancer. Lancet. 2000;335:479-85

⁵ López Castro J, García Mata J. Síndromes paraneoplásicos neurológicos. Arch Med. 2007;3(5): 1-8

⁶ Darnell RB, Posner JB. Paraneoplastic syndromes involving the nervous system. N Engl J Med. 2003;349(16):1543-54

-
- ⁷ Sánchez Zalabardo D, López Ferrandis J, Arocena García-Tapia J, Rogojo Balboa M, Fernández Montero JM, Rosell Costa D, et al. Clínica, diagnóstico y pronóstico del carcinoma renal. *Actas Urol Esp.* 2002;26(8):532-40
- ⁸ Palapattu GS, Kristo B, Rajfer J. Paraneoplastic syndromes in urologic malignancy: the many faces of renal cell carcinoma. *Rev Urol.* 2002;4(4):163-70
- ⁹ Manser RL, Irving LB, Stone C, Byrnes G, Abramson M, Campbell D. Cribaje (screening) para el cáncer de pulmón (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- ¹⁰ Groopman J. *¿Me está escuchando, doctor?* Barcelona. RBA Libros S.A. 2008
- ¹¹ Gandhi TK, Kachalia A, Thomas EJ, Puopolo AL, Yoon C, Brennan TA, et al. Missed and delayed diagnoses in the ambulatory setting: A Study of Closed Malpractice Claims. *Ann Intern Med.* 2006;145:488-496
- ¹² Redelmeier DA. The cognitive psychology of missed diagnoses. *Ann Intern Med.* 2005;142(2):115-20
- ¹³ Redelmeier DA, Ferris LE, Tu JV, Hux JE, Schull MJ. Problems for clinical judgement: introducing cognitive psychology as one more basic science. *CMAJ.* 2001;164(3):358-60
- ¹⁴ Croskerry P. Cognitive forcing strategies in clinical decision making. *Ann Emerg Med.* 2003;41(1):110-20
- ¹⁵ School of Medicine, Faculty of Health Sciences, Queen's University. Supervision of Postgraduate Medical Trainees. [consultado 18-02-2011] (disponible en http://meds.queensu.ca/postgraduate/policies/supervision_of_postgraduate_trainees)

-
- ¹⁶ Croskerry P. When diagnoses fail. New insights, old thinking. The Canadian Journal of CME. 2003; Nov:51-57: [consultado 20-02-2012] (disponible en <http://www.stacommunications.com/journals/pdfs/cme/cmenov2003/diagnoseserrors.pdf>)
- ¹⁷ Erhardt L, Herlitz J, Bossaert L, Halinen M, Keltai M, Koster R, et al. Task force on the management of chest pain. Eur Hearth J. 2002;23:1153-76
- ¹⁸ Graber ML, Franklin N, Gordon R. Diagnostic Error in internal medicine. Arch Intern Med. 2005;165:1493-9
- ¹⁹ Besing J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. Patient education and counselling. 2000;39:17–25
- ²⁰ Gervas J. Screening for serious illness. Limits to the power of medicine. Eur J Gen Pract. 2002;8:47-9.
- ²¹ Pauker SG, Kassirer JP. The threshold approach to clinical decision making. N Engl J Med. 1980;302:1109-17.
- ²² Gervas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el mar de la incertidumbre. Aten Primaria 2005;35(2):95-8
- ²³ Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. El proceso por el cual los médicos de familia gestionan la incertidumbre: no todo son cebras y caballos. Aten Primaria 2006 ;38(3): 165-7
- ²⁴ Brülde B. The goals of medicine. Towards a unified theory. Health Care Analysis. 2001;9: 1–13
- ²⁵ Calvo Cebrián A, Monje Roperio N, Gómez Moreno R, Blázquez Marín F. Detección precoz del cáncer de pulmón. Jano. 2004;67(1533):1072-4
- ²⁶ Rosenbaum L. Living unlabeled –diagnosis and disorder. The New England Journal of Medicine. 2008;359:1650-3

²⁷ Croskerry P. Achieving quality in clinical decision making: cognitive strategies and detection of bias. *Acad Emerg Med.* 2002;9:1184–204

²⁸ Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe) [consultado 19-2-2012] (disponible en: <http://www.redcaspe.org/caspe/lectura-critica/>)

²⁹ Croskerry P. Diagnostic Failure: a cognitive and affective approach. *Advances in Patient Safety*, 2: 241-54

³⁰ Croskerry P. The Importance of Cognitive Errors in Diagnosis and Strategies to Minimize Them. *Academic Medicine* 2003;78(8):775-80

³¹ Redelmeier DA, Schull MJ, Hux JE, Tu JV, Ferris LE. Problems for clinical judgement: 1. Eliciting an insightful history of present illness. *Can Med Assoc J.* 2001;164:647-51

³² Redelmeier DA, Tu JV, Schull MJ, Ferris LE, Hux JE. Problems for clinical judgement: 2. Obtaining a reliable past medical history. *Can Med Assoc J.* 2001;164:809-13

³³ Zoppi K, Epstein RM. ¿Es la comunicación una habilidad? Las habilidades comunicativas para mantener una buena relación. *Anales Sis San Navarra.* 2001;24(Supl. 2):23-31 [consultado 21-2-2012] (disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/pdf/03.%20es%20la%20comunicacion.pdf>)

³⁴ Pascual P, Induráin S. Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas. *Anales Sis San Navarra.* 2001;42(supl 2):15-22 [consultado 21-2-2012] (disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/pdf/02.%20como%20mejorar.pdf>)

³⁵ Irving P, Dickson D. Empathy: towards a conceptual Framework for Health?? professionals. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2004;17(4):212-20

³⁶Rosenbaum L. Living Unlabeled -- Diagnosis and Disorder. New Engl J Med. 2008;359(16):1650-3

³⁷ Almendro Padilla C, Costa Alcaraz AM. Alerta roja: el incidente crítico, aprendiendo de nuestros errores. Tribuna docente en Medicina de Familia 2006;8(4):10-7
[consultado 19-2-2012] (disponible en <http://www.uv.es/gibuv/IncidenteCritico.pdf>)

TABLA 1. ESTRATEGIAS CONTRA EL CIERRE PREMATURO

Actividad propuesta	Forma de llevar a la práctica
Entrenamiento en metacognición	Aprender a tomar distancia del problema concreto para examinar y reflexionar sobre el proceso de pensamiento.
Considerar alternativas	Analizar siempre diagnósticos alternativos (seguir rutinariamente un proceso de diagnóstico diferencial). Preguntarse siempre “¿qué más podría ser?”, “¿qué es lo peor que podría ser?”
Considerar comorbilidad diagnóstica	Considerar que llegar a un diagnóstico no excluye la posibilidad de que simultáneamente pueda darse otro.
Usar la ayuda de paciente y familiares	Fomentar un relato detallado de la historia actual y pasada. Suscitar preguntas del paciente sobre miedos y dudas, que pueden dirigir la atención del médico hacia opciones no consideradas con anterioridad.
Reconocer la dificultad del diagnóstico	Reconocer (ante uno mismo y ante el paciente) la dificultad que existe, en algunos casos, para llegar a un diagnóstico de certeza.
Coordinar el seguimiento clínico entre internistas y médicos de familia	Establecer una buena coordinación que permita un seguimiento adecuado de los pacientes.

Practicar retroalimentación (feedback) reflexión sistemática	Favorecer mecanismos de reflexión y retroalimentación, individual y de equipo, para aumentar tanto la conciencia como el conocimiento de los propios errores (para intentar aprender de ellos)
“Autopsia afectiva”	Analizar, lo antes posible, las emociones dominantes durante el proceso diagnóstico previo a un error.