

Sesgos cognitivos en la teleconsulta médica

Cognitive biases in medical teleconsultation

Señor Editor:

La pandemia de la Covid 19 trajo consigo nuevos desafíos a los sistemas de salud, los cuales se vieron repentinamente ante una abrumadora demanda de atención, particularmente a nivel de los servicios de emergencia y cuidados intensivos. La prioridad sobre estas áreas y la necesidad de evitar la sobrecarga a los centros de salud llevaron al cierre de los consultorios externos y programas de atención a pacientes con condiciones crónicas y uso permanente de medicación. Fue en este escenario donde la atención médica virtual se erigió en un soporte mayor, al tiempo que se convirtió en el nuevo quehacer de una gran cantidad de profesionales de salud que por su condición de vulnerabilidad a la infección viral fueron desplazados desde sus centros laborales hacia sus hogares.

Los sesgos cognitivos son errores del pensamiento que influyen en nuestras decisiones diarias. Descritos por primera vez en 1974, por Kahneman y Tversky⁽¹⁾, se sabe actualmente que no hay actividad intelectual que no se vea afectada por este fenómeno mental, el cual, en determinadas circunstancias, favorece la comisión de error.

A menudo, el profesional de salud debe diagnosticar y tratar pacientes, en medio de la incertidumbre generada por la escasa (o abundante) información disponible, los recursos limitados y el factor tiempo. Ante tal carga, dicen los psicólogos, utilizamos un sistema rápido de pensamiento, conocido como sistema 1 o intuitivo, el cual resulta efectivo en detectar hechos claves o establecer asociaciones que conducen a la identificación de patrones. De hecho, es el modo en que pasamos la mayor parte de nuestro tiempo. Sin embargo, es la modalidad más propensa a los errores o sesgos. Se han descrito más de 130 de

ellos en la literatura especializada y alrededor de 30 en la toma de decisiones médicas⁽²⁾.

Como cualquier otra actividad humana, la teleconsulta médica no está libre de estas trampas mentales, las cuales pueden acarrear consecuencias negativas tanto para el paciente como para el médico, algunos ejemplos extraídos de la práctica diaria son:

1) *Efecto halo*:

Muchos de los pacientes que acuden a la teleconsulta en medicina interna son adultos mayores, algunos sobrepasando los 80 o 90 años. Una reacción frecuente del médico, al enterarse de la edad, en los instantes previos a la entrevista telefónica, es asociar esta característica a condiciones negativas como una discapacidad física, un deterioro cognitivo o alguna patología compleja. Todas ellas, situaciones asumidas como de difícil manejo, consumidoras de tiempo y generadoras de incertidumbre mayor. Esta lectura sesgada puede sacar al médico de su zona de confort y en los minutos siguientes provocar una mala predisposición durante la entrevista con el paciente o cuidador. A este sesgo cognitivo se le conoce como efecto halo, el cual refleja la tendencia a definir a una persona basados en una característica (positiva o negativa), sin conocer otros de sus atributos. Por ejemplo, si un individuo posee atractivo físico (rasgo positivo), se tiende a asumir que cuenta con otras cualidades intelectuales o morales positivas, sin ser siempre el caso. En el ejemplo antes mencionado, la edad avanzada (rasgo negativo) crea un halo de negatividad sobre sus otros atributos (también conocido como halo invertido o efecto diablo)⁽³⁾.

Consecuencias: Al iniciar la entrevista telefónica bajo los efectos de este sesgo cognitivo, el médico

¹ Hospital de Emergencias III GRAU, EsSalud. Lima, Perú.

² Escuela de Medicina, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, Perú.

^a Médico Internista;

^b Docente.

CARTA AL EDITOR / LETTER

puede mostrar una actitud poco empática o en el peor de los casos verse tentado a abreviar una entrevista y omitir datos importantes, una situación generadora de errores.

2) Error fundamental de atribución:

En ocasiones, los pacientes responden las llamadas desde la vía pública, en medio del ruido generado por la gente y el tráfico vehicular, un caos rápidamente captado por los oídos del médico, quien puede generar una primera impresión negativa sobre este suceso (pensamientos como “el paciente debía esperar la llamada en casa”, “el paciente no cumple con el distanciamiento social”, etc., no son raros) y la asocia rápidamente a la figura de un paciente algo descuidado, atribución que puede resultar apresurada cuando en la realidad hay otras razones que explican su comportamiento (por ejemplo, el paciente salió de su hogar en busca de alimento por que vive solo y no cuenta con asistencia). Es a esta sobrevaloración, que se da a los factores internos (tipo de persona o enfermedad que padece) sobre los factores externos (circunstancias) para explicar un comportamiento a la que se conoce como error fundamental de atribución ⁽⁴⁾.

Consecuencias: Este sesgo puede impedir una comunicación asertiva entre médico y paciente. Es el caso de los pacientes psiquiátricos, donde este sesgo cognitivo tiene efectos negativos en su tratamiento ⁽²⁾.

3) Sesgo del relato:

Nuestras historias deben contener relatos coherentes y de fácil entendimiento, que promuevan una lectura ágil por el equipo de salud. En el intento de darle sentido a las historias clínicas, los profesionales de salud se ven tentados a “acomodar” datos de modo que conecten entre sí en un patrón causa-efecto, para que reflejen una sospecha diagnóstica, cuando en la realidad, el problema del paciente puede distar mucho de la interpretación dada. Por ejemplo, en una paciente que refirió sentir las piernas hinchadas, se recogió el dato de “venas dilatadas” para plantear una insuficiencia venosa periférica y justificar un eco-Doppler venoso en la próxima cita, cuando lo racional sería ahondar en el término “sensación de hinchazón” antes de conectarlo a una historia de edema. El caso terminó siendo una polineuropatía.

Consecuencias: Este tipo de sesgo puede darse también en el trabajo presencial, pero la imposibilidad

de contrastar los síntomas con el examen físico en la teleconsulta, hace que el diagnóstico en este escenario sea altamente dependiente de los hechos narrados por el paciente y documentados por el entrevistador. Una historia distorsionada por el sesgo del relato puede llevar a un error diagnóstico.

El contexto en que se desenvuelve la entrevista clínica durante una teleconsulta, sin el cara a cara con el paciente, ha puesto a prueba las habilidades comunicacionales del profesional de salud e hizo visibles fallos de diversa índole. Algunos de estos errores surgen en el comportamiento médico, que influenciado por estos fenómenos mentales llamados sesgos cognitivos, pueden afectar la relación médico paciente y la toma de decisiones. Curiosamente, podemos no estar enterados de su existencia y sin embargo, pueden ya ser parte de nuestras decisiones en la vida diaria. De acuerdo a los psicólogos cognitivos, no basta con tener conocimiento de estos sesgos para evitar sus efectos negativos, pero puede ser un buen punto de inicio para implementar mejoras en nuestra manera de abordar los problemas. Entre las estrategias anti-sesgo más mencionadas, se halla la reflexión y la metacognición ⁽⁵⁾.

Jesús Rivas Ceballos ^{1,a;2,b}

Correspondencia:

Jesús Rivas Ceballos
Correo electrónico: eladio.rivas.c@upch.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wilke A, Mata R. Encyclopedia of Human Behavior. London: Burlington, MA: Elsevier/Academic Press; 2012.
2. Croskerry P. The Importance of Cognitive Errors in Diagnosis and Strategies to Minimize Them. Acad Med. 2003; 78(8):775–80.
3. Forgas J, Laham S. Halo effects. In: Pohl R, editor. Cognitive Illusions: Intriguing Phenomena in Judgement and Memory. New York: Psychology Press; 2017. p. 277–85.
4. Gleitman H, Gross J, Reisberg D. Psychology. New York: W. W. Norton & Company; 2010. p. 505–510.
5. Mamede S, Schmidt HG, Penaforte JC. Effects of reflective practice on the accuracy of medical diagnoses. Med Educ. 2008; 42(5):468–75.

<p>Recibido: 24/01/2022 Aceptado: 27/03/2022</p>
--