



ARTÍCULO ESPECIAL

Reflexión en la práctica clínica



F. Borrell-Carrió^a y J.C. Hernández-Clemente^{b,*}

^a *Departament de Ciències Clíniques, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, EAP Gavarra, Institut Català de la Salut, Barcelona, España*

^b *Departamento de Psiquiatría, Facultat de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España*

Recibido el 1 de agosto de 2013; aceptado el 26 de octubre de 2013

Disponibile en Internet el 24 de enero de 2014

PALABRAS CLAVE

Toma de decisiones;
Toma de decisiones
clínicas;
Seguridad del
paciente;
Práctica profesional

KEYWORDS

Decision making;
Clinical
decision-making;
Patient safety;
Professional practice

Resumen El propósito de este artículo especial es el análisis de algunos modelos de decisión experta y sus consecuencias en la práctica clínica. Analizamos la toma de decisiones desde aspectos cognitivos (modelos explicativos, habilidades perceptivas, análisis de la variabilidad de un fenómeno, creación de hábitos de razonamiento y modelos declarativos basados en criterios), y añadimos la importancia de las emociones en la toma de decisiones en situaciones de alta complejidad como las que tienen lugar en la práctica clínica. La calidad del acto reflexivo depende, entre otros factores, de la capacidad de metacognición (pensar en lo que pensamos). Finalmente, proponemos una estrategia docente basada en cultivar un supervisor de tareas y en la creación de escenarios de rectificación como medio de elevar la calidad en la toma de decisiones médicas.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Reflections in the clinical practice

Abstract The purpose of this article is to analyze some models of expert decision and their impact on the clinical practice. We have analyzed decision-making considering the cognitive aspects (explanatory models, perceptual skills, analysis of the variability of a phenomenon, creating habits and inertia of reasoning and declarative models based on criteria). We have added the importance of emotions in decision making within highly complex situations, such as those occurring within the clinical practice. The quality of the reflective act depends, among other factors, on the ability of metacognition (thinking about what we think). Finally, we propose an educational strategy based on having a task supervisor and rectification scenarios to improve the quality of medical decision making.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jcarloshc18@hotmail.com (J.C. Hernández-Clemente).

La práctica clínica alcanza su máximo valor cuando las decisiones se toman de manera reflexiva. Reflexionar es según el Diccionario de la Real Academia Española «considerar detenidamente algo», es decir, examinar posibilidades poco obvias para el problema que nos plantea el paciente. La reflexión nos capacita para considerar las consecuencias de actuar o de no hacerlo¹, pero también se ha destacado que, a veces, no aporta eficiencia ni valor². La intuición se ha defendido como un tipo de razonamiento rápido, fruto de un largo proceso de aprendizaje personal y colectivo³. El experto lo es, en parte, porque aprendió a reconocer errores habituales (los años de ejercicio profesional incrementan nuestra asertividad, cierto, pero no siempre nuestra sensibilidad para rectificar errores, podemos equivocarnos con mucha asertividad). También lo es por reconocer escenarios y niveles de alta complejidad que exigen hacer un uso adecuado de uno u otro sistema de razonamiento (lento vs. rápido)³. El propósito del presente artículo especial es examinar algunos modelos de decisión experta y las consecuencias para la práctica clínica.

Cómo razona el experto

Sackett et al. identificaron en los años ochenta 3 estrategias⁴: «diagnósticos de reconocimiento directo» (por ejemplo, reconocer un herpes zóster), un razonamiento que llamaron «hipotético-deductivo» (p. ej., orientar una cefalea), y otro más lento que denominaron «algorítmico» (p. ej., orientar una hiponatremia). Unos años después, Schön⁵ detectó que el experto posee unos conocimientos que se activan preferentemente cuando está inmerso en la solución del problema. A estos conocimientos los llamó tácticos, y no siempre podemos reconocerlos o evocarlos en otros contextos (p. ej., fuera de la consulta o del quirófano). En sentido inverso, el aprendiz puede disponer de conocimientos teóricos que no es capaz de usar delante del paciente. Una de las tareas del aprendiz será adelgazar la frontera entre saber algo y saberlo aplicar^{5,6}. Kahneman³, Kassirer et al.⁷ y Croskerry⁸ coinciden en destacar la presencia de una vía rápida y otra lenta en la toma de decisiones (fig. 1). El experto deberá reconocer la complejidad de una situación clínica en la que debe actuar aplicando un razonamiento lento.

Desde la perspectiva de *mejorar la toma de decisiones*, los equipos liderados por Crandall y Klein^{6,9} estudiaron a comienzos de siglo diversos entornos profesionales (ingenieros, meteorólogos, médicos, enfermeras) para llegar a la conclusión de que el saber experto tiene al menos las siguientes características:

- El experto interioriza un modelo que explica cómo funcionan las cosas (en el área de su competencia). Se trata de modelos que pueden ser a la vez prescriptivos (lo que hay que hacer) y predictivos (lo que sucederá dadas unas especificaciones concretas).
- El experto tiene también unas habilidades perceptivas muy desarrolladas en su campo, y es capaz de verbalizar sus observaciones (p. ej., las descripciones de un radiólogo).
- El experto define muy bien lo que es o no «típico», es decir, la variabilidad del fenómeno y cuándo este

fenómeno debe catalogarse de otra manera. En medicina esta línea de pensamiento ha conducido a desarrollar la teoría de los guiones de enfermedad¹⁰.

- El experto tiene rutinas bien establecidas, estables en el tiempo y que aprende a supervisar y enriquecer. En el campo de la clínica estaríamos hablando de maniobras exploratorias, la elaboración de la anamnesis, maneras de comunicarse con el paciente... pero también de rutinas e inercias de razonamiento.
- Conocimientos declarativos: «ante tal situación hay que hacer esto», o bien, «hay que cambiar el diagnóstico si el paciente no responde a tal medicamento». Estamos en el campo de los criterios, que pueden definirse como normas que conectan un dato de la realidad con un juicio o una actuación recomendada¹¹. El experto sabe aplicarlos y también verbalizarlos.

Vemos cómo el acto reflexivo tiene 2 componentes: definir la situación y elegir una conducta. El primero de estos pasos en el ámbito de la clínica consiste en admitir que el problema del paciente nos compete, (es decir, que el paciente tiene un problema de salud *del que nos responsabilizamos aunque no sepamos definirlo o describirlo con precisión*¹²) y, acto seguido, buscar en nuestra memoria situaciones (experiencias) parecidas *para etiquetarlo*. Este proceso apenas dura unos minutos, y cuando queda frustrado (esto es, cuando no somos capaces de reconocer la naturaleza del problema de manera inmediata) nos vemos obligados a «trocear» el problema y considerar aquellas claves semiológicas que sugieren o hacen imprescindible una conducta diagnóstica o terapéutica determinada. En tales ocasiones no sabemos lo que tiene el paciente, *pero si sabemos lo que hay que hacer (demorar la resolución del acto clínico para permitirnos razonar de manera lenta, consultar a colegas, aplicar algoritmos, hacer un seguimiento, etc.)*.

Aspectos emocionales en la toma de decisiones

Las aportaciones de Crandall y Klein no recogen, sin embargo, los elementos emocionales de los que debe dotarse el saber experto. Situémonos en un día cualquiera de guardia: el médico deberá resolver casos *rutinarios* mediante hábitos –adquiridos con mucho esfuerzo– de tipo *exploratorio*, de comunicación y de razonamiento. Hasta aquí el modelo de Crandall y Klein funciona perfectamente. Sin embargo, el mayor reto que afronta el clínico será percibir lo que se sale de la rutina, por ejemplo, el caso que *parece una enfermedad banal pero no lo es*. La decisión que tiene que tomar es: ¿debo detenerme en este paciente y solicitar más exploraciones, o puedo darle de alta con medidas conservadoras? Si lo traducimos al modelo de la [figura 1](#): ¿puedo seguir con una decisión rápida, o debo tomar el camino lento? Sería el caso de un paciente pluripatológico que acude por malestar abdominal, y en el que toda la exploración es normal salvo una descompresión del hemiabdomen derecho positiva.

Esta decisión no es meramente cognitiva, al contrario, tiene un componente emocional de gran interés. En un sistema sanitario –tanto privado como público– que ha sido, es y será de racionamiento, el médico está en

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3827188>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3827188>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)