

17 artículo

María Pilar Astier Peña [[Buscar autor en Medline](#)]
 María Teresa Delgado Marroquín [[Buscar autor en Medline](#)]



Técnicas de mejora del proceso de aprendizaje desde el punto de vista psicológico

[Ver resúmen y puntos clave](#)
[Ver texto completo](#)
[Volver al sumario](#)

Texto completo

Aprendizaje, calidad asistencial y error clínico

En todas las decisiones médicas existe un inevitable rango de incertidumbre en dónde el error y el riesgo están presentes. Al decidir, uno puede basarse en inferencias clínicas o en predicciones estadísticas. Las inferencias clínicas nos refieren al pasado que tratamos de ajustar a una situación presente, y en cambio, la predicción estadística hace un ejercicio de pronóstico de acuerdo con la información disponible. El ejercicio clínico requiere tener presente, a lo largo de todo el proceso de decisiones en la atención al paciente, los riesgos implícitos a todas las intervenciones y la posibilidad de equivocarse. Estar alertas sobre los riesgos y errores puede disminuir la posibilidad de que ocurran o, al menos, incrementa la posibilidad de corregirlos una vez que suceden.

Por otra parte, debemos considerar en nuestro análisis que en la práctica clínica existe una variación entre los diversos observadores y también una variación interna del mismo observador. De esta forma, los resultados de una exploración pueden tener diferentes interpretaciones entre un grupo de médicos o la interpretación de una radiografía puede también ser variable. Existe además la tendencia a sobrestimar el conocimiento propio y todo esto puede llevar a tomar decisiones equivocadas.

Algunos errores de la práctica clínica pueden ocurrir por la falta de cuidados médicos, por no vigilar la evolución del paciente, e incluso por la incapacidad de abordar el razonamiento de una situación concreta no diagnosticada desde otra perspectiva. Estos errores contribuyen a facilitar unos cuidados de salud pobres o de baja calidad asistencial.

Hasta cierto punto, la competencia de cada médico en el abordaje de un paciente depende de la habilidad del facultativo para evitar la rutina y desarrollar las habilidades clínicas adecuadas para manejar el problema de salud de su paciente concreto.

Reconocer situaciones que incrementan el riesgo de errores¹, se consigue considerando las reglas de decisión que no hemos examinado previamente para la situación clínica concreta que estamos tratando. Estas consideraciones nos permiten re-encuadrar el caso clínico y promover hábitos de auto-cuestionamiento de nuestra tarea durante el trabajo cotidiano.

Tanto las pruebas diagnósticas que utilizamos (resonancia magnética, determinaciones en sangre y orina, gastroscopias...) como los medicamentos que prescribimos han pasado una serie de evaluaciones que garantizan su utilidad para acercarnos a un diagnóstico o para tratar a unos pacientes con unas características dadas y su seguridad clínica en unas condiciones determinadas. Además, estos procedimientos diagnósticos y terapéuticos continúan en un proceso de evaluación y mejora continua basado en los resultados de los pacientes en los que se utilizan. Nuestra propuesta se fundamenta en aplicar la metodología de mejora continua al proceso de razonamiento clínico, con la finalidad de ir mejorando cada día la aproximación al problema de salud que el paciente nos refiere en la consulta. Esta propuesta de mejora continua está ligada al concepto de calidad asistencial que queremos facilitar a la población que atendemos. Una de las aproximaciones más completas al paradigma de la calidad asistencial quedaría expresada como ♦hacer las cosas adecuadas (qué), a las personas adecuadas (a quién), en el momento preciso (cuándo), y hacerlas bien a la primera♦².

Dentro de la metodología de la calidad, uno de los planteamientos que más ha hecho

bibliografía

1. Epstein RN. Mindful Practice. JAMA. 1999; 282: 833-839.
2. Lifshitz A: Práctica médica reflexiva. En: Lifshitz A, Sánchez-Mendiola M: Medicina basada en evidencias. 2002. México. McGraw-Hill. Pág. 23-25
3. Schön DA: El profesional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan. Ed. Paidós. Barcelona. 1998.
4. Schön DA: La formación de profesionales reflexivos. Ed. Paidós. Barcelona 1992
5. Borrell-Carrio F, Epstein RM Preventing errors in clinical practice: a call for self-awareness. Annals of Family Medicine, 2004

Ver más

enlaces

No hay enlaces de interés

 número actual	 números anteriores
 contactar	 rceap en pda
 alertas	 sobre la revista

avanzar la mejora continua de un proceso o actividad ha sido la idea de Ishikawa que expresa que \blacklozenge un error es un tesoro \blacklozenge . La cual sumada a la metodología del círculo de calidad de Shewart o ciclo PDCA³ (**figura 1**): planificar, hacer, evaluar y ajustar para finalmente volver a planificar y hacer, etc.... en un círculo infinito de mejora continua, son herramientas básicas para avanzar y mejorar como equipo y como profesionales individuales.

Los profesionales de la salud utilizan muchas herramientas de la psicología cognitiva como pilares que construyen esa intuición. El conocimiento de la psicología cognitiva puede proporcionar 4 instrumentos de trabajo:

- facilita la identificación de errores de la esfera cognitiva que el médico podría anticipar y por tanto tratar de evitar.
- proporciona un lenguaje y una lógica para comprender los errores repetitivos.
- aporta un enfoque más prudente a la práctica cotidiana.
- proporciona ideas para la investigación en la metodología de la práctica clínica.

Identificando errores potenciales en las estimaciones diagnósticas

Una gran parte de la toma de decisiones en el razonamiento clínico se fundamenta en el modelo hipotético-deductivo que va realizando un proceso iterativo de generación y eliminación de hipótesis diagnósticas según la probabilidad estimada de cada una de ellas. La estimación de la probabilidad se puede hacer a partir de la experiencia propia o de la experiencia publicada. La incorrecta aplicación de los procesos heurísticos que el clínico utiliza para la determinación de las probabilidades puede llevar a errores en la estimación de un determinado diagnóstico

Definimos **procesos o principios heurísticos**⁴ a aquellos principios generales que facilitan la dirección del pensamiento y la acción subsiguiente sin especificar un método exacto o solución. Vendrían a ser como \blacklozenge atajos \blacklozenge del procedimiento de razonamiento clínico. Cada uno de estos heurísticos puede estar sujeto a errores. Conocerlo nos ayudará a prevenirlo.

Heurístico de representación :

Con frecuencia la estimación de probabilidades se hace comparando al paciente individual con un paciente ideal (estereotipo) perteneciente a dicha categoría o prototipo. Por ejemplo, ante un paciente que acude por dolor torácico, comparamos el tipo de dolor referido por el paciente con el dolor coronario típico y, según el grado de concordancia entre ambos modelos, se establece una estimación de la probabilidad de enfermedad coronaria (a mayor concordancia, mayor probabilidad y viceversa). Muy a menudo, la aplicación de este heurístico hace que se sobreestime la frecuencia de la enfermedad.

Este tipo de proceso mental puede estar sujeto a errores por los siguientes motivos:

- A veces se confunde la probabilidad previa con la prevalencia de la enfermedad en la población general. Este hecho deriva del desarrollo de la teoría de decisión en salud pública, donde se aplican pruebas de cribaje o screening a grupos de la población independientemente de la presencia de síntomas, y la primera probabilidad estimada es la prevalencia de la enfermedad en la población a la que va dirigido el cribaje. Si hablamos de cribaje de cáncer de mama para mujeres entre 50 y 65 años la probabilidad previa será la prevalencia de esta patología en este grupo de población. Pero esta probabilidad no es la misma en el caso de una mujer de 55 años que acude a la consulta por presentar desde hace 2 semanas una tumoración en la mama. En este caso, la probabilidad de padecer un cáncer de mama aumenta al existir un signo clínico añadido.
- A veces se confunde la frecuencia de un signo clínico en una determinada enfermedad (el patrón de comparación) con la frecuencia de la enfermedad en ese enfermo. Por ejemplo, la fiebre es muy frecuente en la meningitis, pero la frecuencia de meningitis basada solamente en la presencia de fiebre es muy baja.
- Si se ignora la frecuencia basal de la enfermedad, la aplicación del heurístico de representación lleva a asignar la misma probabilidad a dos enfermedades cuyo patrón encaja con los signos clínicos del paciente, independientemente de que una enfermedad sea frecuente y la otra muy rara. Por ejemplo, diagnosticar una leishmaniasis visceral ante un paciente con fiebre, adenopatías y hepatoesplenomegalia porque los síntomas concuerdan perfectamente con el cuadro típico, olvidando que en nuestro país es una enfermedad poco frecuente.
- Si el clínico tiene escasa experiencia, compara el caso que está atendiendo con una experiencia pobre y poco representativa de la enfermedad, porque en muchos casos la presentación de la enfermedad puede ser atípica. Por ejemplo, si sólo se han visto 2 casos de hipotiroidismo no se puede esperar una gran concordancia entre el paciente actual y esta experiencia previa, ya que además esta enfermedad se puede manifestar de muy diferentes maneras (presenta síntomas tan inespecíficos como fatiga, piel seca, sensación de frío, estreñimiento, caída del cabello, menorragia, etc...).

- Se utilizan, para valorar la representatividad, factores poco correlacionados con la enfermedad y ello supone utilizar vías de entrada equivocadas. Por ejemplo, pensar erróneamente que la ausencia de sibilancias descarta la crisis asmática cuando precisamente el asma grave no se correlaciona con la presencia de sibilancias. Por lo que la probabilidad de enfermedad será errónea.

Heurístico de disponibilidad:

Este heurístico está basado en el hecho de que la probabilidad de un suceso se estima por la facilidad con que se recuerdan sucesos similares (disponibilidad de datos). Tiene un cierto fundamento lógico, ya que los sucesos más frecuentes son más fáciles de recordar que los infrecuentes. Sin embargo, en este proceso cognitivo influyen en gran medida otros factores ajenos a la frecuencia (carga afectiva, espectacularidad, antigüedad, tiempo transcurrido desde la última lectura, etc) que pueden llevarnos, por diferentes motivos, a estimar erróneamente la probabilidad de la enfermedad:

- Como hemos mencionado, la cercanía en el tiempo favorece el recuerdo. Paciente mujer joven con cuadro de dolor en fosa iliaca derecha diagnosticada en la última guardia de cólico nefrítico con buena evolución, hace que nuestra primera aproximación a un cuadro similar sea el diagnóstico de cólico nefrítico y no el de apendicitis o torsión de ovario.
- La rareza de un caso favorece el que se recuerde con facilidad. El haber diagnosticado una trombosis masiva de la arteria mesentérica en un paciente con dolor abdominal puede sobrestimar la probabilidad de trombosis masiva de la arteria mesentérica en otros pacientes que acudan con esta misma sintomatología.
- La intensidad con la que se haya vivido el proceso diagnóstico de un caso, por infrecuente que fuera, también influye en su recuerdo. Si el diagnóstico de su primer paciente con sudoraciones y taquicardia fue un feocromocitoma, se puede sobreestimar la probabilidad de esta enfermedad.
- La capacidad de recordar un diagnóstico también depende de las consecuencias que tuvo para el paciente: se tiene mucho más presente el diagnóstico de aneurisma cerebral ante un dolor de cabeza cuando el paciente, además de ser una persona joven y muy cercana, ha muerto por ello.
- Las consecuencias que tuvo para el médico también pueden influir en su recuerdo. Ante una paciente joven que presenta fiebre, cansancio, irritabilidad y somnolencia se puede sobrestimar el diagnóstico de meningitis si la última paciente que atendió acabó ingresada en la unidad de cuidados intensivos y le supuso una reclamación judicial.

Distorsiones de probabilidad

La teoría normativa de la decisión asume que las probabilidades son lineales. Sin embargo, la evidencia empírica demuestra repetidamente que los individuos no nos comportamos de acuerdo con esta axiomática. Por lo general, las probabilidades pequeñas tienden a ser sobrevaloradas, y las probabilidades altas tienden a ser infravaloradas.

Por otro lado, utilizamos la regresión a la media⁵ erróneamente como evidencia diagnóstica. La regresión a la media es el hecho de que las determinaciones extremas (muy altas o muy bajas) en un principio, tienden a no ser tan extremas (más parecidas a la media) en una segunda determinación, por ello a veces suele ser conveniente, antes de emitir un diagnóstico, repetir las pruebas. Por esto, cuando se inicia un proceso diagnóstico de hipertensión se debe realizar la medición en diferentes días y en condiciones óptimas pues podría suceder que el diagnóstico de hipertensión se realizara porque la tensión arterial disminuye al administrar fármacos antihipertensivos, respuesta que podría deberse, si no se han realizado las suficientes mediciones, a la regresión a la media de las mediciones más que a una verdadera respuesta al tratamiento.

Teoría del apoyo

Los psicólogos cognitivos han comprobado que la estimación subjetiva de probabilidad de un evento es influenciada por el grado de detalle con que se describe. Cuanto más detallada es la descripción, mayor es la probabilidad asignada. Un fenómeno relacionado es la sobreestimación de la probabilidad de enfermedad ante la presencia de datos redundantes (síntomas correlacionados). Por ejemplo, el dolor coronario es típicamente difuso, opresivo, retroesternal. Si utilizamos cada una de estas características como un dato nuevo sobreestimaremos la probabilidad de cardiopatía coronaria sin existir ningún signo o síntomas añadido más que nos oriente hacia el carácter coronario del dolor torácico.

La clave para controlar esta sobreestimación de la probabilidad se basa en la aplicación sistemática de scripts diagnósticos que permitan identificar claramente los signos y síntomas clave que nos apoyen o permitan rechazar con una probabilidad aceptable esa hipótesis diagnóstica.

Anclaje y ajuste.

Según este heurístico, se parte de una probabilidad inicial de enfermedad (probabilidad de

anclaje) que el médico dispone en su estructura mental en relación con esa hipótesis diagnóstica y esta probabilidad se va ajustando según se van conociendo características especiales del paciente. Por ejemplo, acude a la consulta una paciente de 35 años con un bulto en mama poco sugestivo de carcinoma (móvil, no adherido, bien delimitado), por lo que se estima que la probabilidad de esta enfermedad es del 15%. Sin embargo, durante la anamnesis, preguntando por los antecedentes familiares, la paciente refiere que su madre y dos hermanas fallecieron de adenocarcinoma de mama, por lo que la probabilidad de que la paciente padezca esta enfermedad asciende más.

Pero existen igualmente errores en la revisión de las probabilidades de anclaje:

- **Conservatismo:** Fue uno de los primeros sesgos cognitivos que se identificaron. Consiste en una insuficiente actualización de las probabilidades ante la presencia de nuevos datos que van apareciendo de forma secuencial. Generalmente, no se ajustan bien las probabilidades conforme se adquiere más información, se tiende a ser muy conservador con el juicio inicial, lo que suele conllevar el realizar más pruebas diagnósticas de las necesarias.
- **Establecimiento de una probabilidad de anclaje incorrecta :** Los errores que proceden de un mal anclaje (sobreestimación o infra-estimación de la probabilidad) se deben a que las probabilidades estimadas en un principio suelen ser muy extremas, o muy bajas (cercasas a 0) o muy altas (cercasas a 1). Si se presentan varias características conjuntamente se sobrestima la probabilidad de la enfermedad, y en cambio, cuando los síntomas se presentan de forma aislada no se da mucha fuerza a estas hipótesis diagnósticas. De hecho, al acabar la carrera, cuando la experiencia es escasa (no así el nivel de conocimientos en cuanto a la cantidad de datos) se tiende a buscar síndromes donde encajar todos los síntomas y signos que presenta el paciente, cuando éstos pueden corresponder a patologías diferentes. Es decir, el error más frecuente es **anclarse** en el diagnóstico inicial e ignorar o no dar suficiente peso a la información nueva. La sobreutilización de las pruebas de laboratorio por parte de los clínicos sugiere que el sesgo funciona realmente en la práctica clínica.
- **Adquisición de evidencia redundante:** También llamada **sesgo de confirmación**, consiste en la tendencia a buscar más información para confirmar una hipótesis más que para facilitar un contraste eficiente de las hipótesis alternativas. Y por tanto, surge la presencia de predictores redundantes. Por ello, si un conjunto de síntomas casi siempre aparecen juntos, no se debe asignar más probabilidad a un diagnóstico por cada uno de estos signos o síntomas que aparezcan. Por ejemplo, se sobrestima la probabilidad de úlcera de duodeno en un paciente que refiere dolor abdominal que calma con antiácidos, leche y la ingesta en general. Se trata de signos redundantes, reflejando todos ellos el mismo hecho fisiológico de calmar el dolor por la neutralización del ácido.
- **Interpretación incorrecta:** Los hallazgos compatibles con la hipótesis diagnóstica tienden a ser destacados y los hallazgos negativos tienden a ser ignorados. Un ejemplo son la aplicación de reglas de decisión (heurísticos, schemas o scripts) de bajo nivel. Cuando tomamos decisión basadas en heurísticos de bajo nivel siempre tenemos una excusa como estar cansado o bien que el paciente exagera los síntomas. Ejemplos de utilización de heurísticos de bajo nivel frente a los de alto nivel podrían ser los siguientes (**tabla 1**).
- **Efecto de orden:** La opinión final se ve influida por el orden de presentación de los datos. A la información que se presenta más tarde se le suele dar más peso que a la presentada inicialmente. Esto lleva a sobrevalorar la última prueba realizada.

La medicina reflexiva como antídoto frente al error clínico

El modelo emotivo-racional de Borrell y colaboradores⁶ propone la figura del **Supervisor y Reguladores de la decisión**. Mientras el médico recolecta datos va tomando decisiones, y casi siempre después de acabar la exploración física, deberá resolver la entrevista. Para ello efectúa operaciones de selección de datos, reconocimiento de situaciones, previsión de conductas, etc., en las que al menos participan los siguientes **reguladores de la decisión** específicas **ya** explicadas en un artículo previo de este monográfico- :

- las arquitecturas mentales (prototipos, schemas, scripts, redes semánticas), válidas para situaciones.
- los procesos de elaboración de hipótesis que manipulan datos sensoriales derivados de la anamnesis y exploración física, y que le dicen cosas como: **este hallazgo es irrelevante**, **esta amigdalitis es el dato más importante que me explica casi todos los síntomas (signo guía o pivote)**, etc;
- **heurísticos de control**; son reglas que supervisan la misma entrevista en sus diferentes fases, y proporcionan también indicaciones para cuando **no sabemos qué hacer**, o se producen **situaciones excepcionales**. Es decir, reencuadrar o rehistoriar al paciente.
- emociones-alerta, cuya misión no es tanto tomar una decisión como provocar una activación cognitiva del médico. Por ejemplo: **¡Cuidado!**, éste paciente me cae mal y por consiguiente tengo más riesgo de error. Precisamente con la palabra

supervisor ♦ nombramos el diálogo interior que busca la *intencionalidad* y el significado de lo que hacemos. El *supervisor* planifica además cómo podemos repetir una determinada acción en el futuro: ♦debo ser menos brusco palpando el abdomen♦ (*ajuste a futuro de la psicomotricidad*), o bien ♦cuando vea otra barriga como ésta debo darle más valor y pedir una ecografía♦ (*ajuste a futuro del peso de una regla de condición-acción*), etc.

Herramientas para mejorar la práctica del razonamiento clínico

Hemos ido revisando las diferentes situaciones donde puede surgir el error clínico. La prevención de esas situaciones va a constituir la mejor herramienta para mejorar el proceso diagnóstico en la práctica clínica, desarrollando estrategias que puedan ayudarnos a prevenir los errores médicos mejorando el acceso a los pensamientos y sentimientos que guía la práctica clínica.

A nivel individual

- **Objetivos de formación continuada personalizados:** Establecer objetivos propios de mejora, como un plan de mejora personal en el que organicemos actividades por periodos de tiempo. Hoy por hoy hay una gran oferta de formación médica continuada, de estrategias de formación on-line, que nos invitan a continuar mejora. Pero las grandes ofertas en ocasiones nos abruman y por tanto debemos ser concretos, diseñando un plan para luego volver a empezar cada 2 ó 3 años. En realidad aplicar un PDCA profesional durante los años de profesión fundamentando nuestra evaluación en los resultados obtenidos con nuestros pacientes considerando resultados en un sentido amplio: estado de salud, satisfacción, frecuentación, problemas prevalentes...

Una propuesta organizada de esta reflexión es la que realizan varias sociedades científicas con el diseño personalizado del portfolio^{7,8}. La reflexión se está identificando cada vez más como un componente clave del profesionalismo médico y se promueve el desarrollo de herramientas de otros entornos profesionales como los portfolios^{9,10}. Es un proceso que capacita a los médicos para determinar sus acciones, revisar críticamente estas acciones y actuar a partir de los resultados para el mejor interés del cliente o paciente.

Sin olvidar que luego, cualquier estrategia de formación y razonamiento debe traducirse en un mejor viaje por la consulta, como explica Roger Neighbour en su libro ♦La consulta interior♦, que se fundamenta en escuchar, hablar y pensar. Tenemos un conocimiento más profundo cuando analizamos y volvemos a sintetizar. Estas funciones requieren de los profesionales insight personal, las habilidades de la autoevaluación, y con frecuencia las habilidades para actuar a partir del feedback de un igual¹¹.

La ampliación del conocimiento nos viene básicamente de fuera por medio de herramientas de consulta on-line en el puesto de trabajo (**Tabla 2**). A base de contrastar nuestros puntos de vista con los de los demás, podremos incorporar nuevos enfoques en nuestros razonamientos. Brookfield¹² expone que las personas descubren y examinan sus creencias y asunciones observando su práctica a partir de cuatro lentes o puntos de vista (ver **Tabla 3**).

En definitiva la reflexión aporta consciencia sobre la práctica profesional. El ciclo de reflexión a partir de la experiencia propuesto por Schön, se inicia con una sorpresa, y probablemente es esta capacidad de sorprenderse la que desencadena un proceso de aprendizaje. Epstein¹³ propone una práctica profesional reflexiva, atenta y presente (mindful practice) para favorecer la capacidad de sorprenderse como base para la mejora continua de la competencia. Propone unas actitudes a cultivar en aras a la mejora continua de la competencia profesional (ver **Tabla 4**). Lo que aporta la actitud reflexiva (durante la acción y después de ella) es ganar consciencia y autoconocimiento, tanto de la competencia (puntos fuertes) como de la incompetencia (puntos a mejorar).

Coincidiendo con esta idea de aumentar el autoconocimiento, en los programas de formación, se debería poner mucho énfasis en la evaluación llamada formativa, cuyas características se detallan en la **Tabla 5**, y en proporcionar abundante feedback o retroalimentación sobre la propia práctica profesional.

En nuestro ciclo de mejora PDCA, queda la evaluación de nuestro razonamiento clínico. Existen propuestas innovadoras sobre cómo evaluar el razonamiento clínico. La más interesante ha sido propuesta por Charlin B y su equipo del Centro de Investigación Pedagógica de la Universidad de Montréal en Québec (Canadá), los Test de Concordancia de Scripts. El test de concordancia de scripts¹⁴ está basado en una teoría que se organiza en la estructura del conocimiento médico utilizada por los

clínicos, scripts ♦ que hemos revisado en el segundo artículo de este monográfico-. El test es una simulación escrita que puede ser pasada en papel o en formato on-line^{15,16}. Se describe una viñeta clínica breve y el examinado es interrogado por el efecto que la información adicional facilitada por el paciente o por pruebas diagnósticas tiene sobre las hipótesis diagnósticas de partida o la adecuación de las opciones de tratamiento. Las puntuaciones miden el grado de concordancia entre los examinados y las puntuaciones de un panel de expertos de referencia en relación con esas tomas de decisiones en contexto de incertidumbre. El panel de expertos está compuesto por médicos expertos en el área de competencia evaluada. Se está utilizado en el entorno universitario¹⁷ y en el entorno de formación médica continuada¹⁸.

- **Crear un hábito o método de trabajo personal en la consulta:** Una de las hipótesis del modelo emotivo-racional comentado anteriormente es que la excelencia del clínico, a igualdad de conocimientos, es fundamentalmente un hábito. Dos médicos que posean conocimientos equiparables en hepatología, se distinguirán por la complejidad de hábitos clínicos que sean capaces de desarrollar. Estos hábitos ♦ maneras de hacer- funcionan de manera uniforme para un estado emocional y de activación cognitiva normal, pero cuando el médico está fatigado o presa de una emoción intensa, o sencillamente con una leve disfunción cognitiva, (por ejemplo debido a una mala calidad del sueño), puede experimentar reacciones de evitación ante situaciones reto. Estas reacciones de evitación o huida le llevan a utilizar reglas de condición-acción (schemas) y heurísticos de control de bajo nivel de excelencia, (los que están más a mano, los más familiares o usados), dándole la coartada cognitiva necesaria para cerrar pronto la entrevista. Por ello, una propuesta que hacemos es la de desarrollar una estrategia de control personal para evitar estas situaciones o mitigarlas.

Iniciar la exploración física del paciente con al menos 3 diagnósticos diferenciales pensados (podemos llegar hasta 7¹⁹ para poder orientar la exploración y que ese acto nos permita ya refinar nuestras hipótesis diagnósticas de partida.

- **Potenciar el desarrollo consciente de nuestra activación cognitiva con el desarrollo de nuestros propios esquemas y scripts de conocimientos organizados:** A igualdad de conocimientos y a igualdad de activación cognitiva, dos médicos van a distinguirse entre ellos por la utilidad con que organizan sus reglas de condición-acción y heurísticos de control. El médico experto tiene mapas mentales de las diferentes enfermedades y situaciones clínicas, que le permiten hacer una previsión de cómo evolucionarán los acontecimientos en función del tipo de medida que adopte. Mientras que para el médico inexperto ♦ este paciente solo tiene un resfriado ♦, el médico experto adivina que ♦ este paciente está evolucionando a bronquitis ♦. El experto sabe ser un creador débil de sus propias hipótesis tempranas, y utiliza de manera simultánea *procesos analíticos y no analíticos*. Desde nuestro punto de vista el ser humano aprehende la realidad reproduciéndola en la imaginación, (pensamiento analógico o proceso no analítico), y saca consecuencias en forma de reglas (pensamiento digital o proceso analítico). En el caso del experto tiene reglas muy precisas que indican cómo debe actuar (pensamiento digital o proceso analítico), pero es capaz de hacer excepciones cuando visualiza un devenir desfavorable del cuadro clínico (pensamiento analógico o proceso no analítico). Solo la presencia de un mapa mental donde las variables se relacionan de manera dinámica, explica la capacidad imaginativa del experto, y cuándo se salta sus propias reglas. Por ejemplo: ♦ este paciente tiene un dolor abdominal con descompresión positiva, pero me impresiona como benigno; voy a dar más peso a mi percepción subjetiva; de momento prescribo observación ♦. Una vez el caso clínico se ha resuelto, el médico regresa para juzgar de nuevo cómo ha aplicado las reglas de condición-acción, las impresiones subjetivas que ha manejado, y si en un futuro debe hacer más caso a unas u a otras. La teoría de la lente apunta como una de las claves de la pericia este ajuste entre la realidad y los pesos que otorgamos a las reglas específicas de condición- acción. Ejemplo de cómo interactúa los procesos analíticos y no analíticos: Antes de resolver la entrevista el médico se dice: ♦ este paciente me consulta tan solo por un resfriado, y recetando un mucolítico cumplo con la regla de condición-acción para resfriado, pero me impresiona la piel deslustrada; ojo, peligro de subvalorar el cuadro clínico ♦; y ya acabando la entrevista puede que piense: ♦ en la exploración y anamnesis no encuentro datos de depresión ni organicidad, pero voy a dejarme guiar por esta impresión general, así que le pediré una analítica ♦. Y en la siguiente entrevista, una vez verificada la normalidad biológica y psicológica: ♦ me había engañado el color oliváceo de la piel, y ponderaré la situación clínica como más grave de lo que en realidad era. En un futuro debo tener en cuenta este tipo de piel oliváceo ♦, (*ajuste a futuro de la percepción subjetiva*). La teoría de la lente de Brunswik recoge bien una parte del proceso, al que añadimos el matiz del *doble contraste subjetivo*, (contraste entre la realidad y el peso que damos a reglas de condición-acción, y de las dos con el juicio derivado del pensamiento analógico, es decir, la interrelación entre los procesos analíticos y no analíticos).

En el centro de salud trabajan numerosos profesionales para conseguir mantener o mejorar el nivel de salud de la población que tienen asignada. Así el médico-enfermero-trabajador social-fisioterapeuta-especialista etc... orienta su trabajo sobre la misma población.

Siendo nuestro objetivo común, la mejora del trabajo en equipo hace que se haga realidad que la actuación de una persona es buena pero la suma de todos es mucho mejor y más aún si hay coordinación. De ahí que, tanto en una consulta como en un servicio de urgencias las estrategias encaminadas a mejorar el trabajo en equipo ayudan a obtener mejores resultados. Y haciendo referencia a nuestro proceso de consulta y al proceso de razonamiento clínico, nos lleva a organizar un plan de cuidados conjunto y trataremos de:

- reconocer las dificultades para trabajar con procesos crónicos donde muchas veces cometemos errores en nuestro razonamiento clínico. Para ello, podemos adaptar guías de práctica clínica, protocolos internos de trabajo, diseños personales de scripts, practice aids (ayudas a la práctica o recordatorios) que nos ayuden a objetivar los problemas y aplicar un conjunto de medidas que faciliten los mejores cuidados disponibles para el paciente, coordinando el papel de cada uno de los profesionales que trabajamos en estos procesos como la gestión de procesos crónicos^{20,21,22}.
- ayudarse en equipo a controlar los olvidos, la falta de atención, realizando un mejor control del entorno. Se pueden utilizar herramientas de la metodología de la calidad como la evaluación de las causas-raíz de los errores cometidos en la práctica cotidiana en el centro.
- una estrategia amplia y sistemática de asignación de tiempos de trabajo en equipo, trabajar por procesos o gestión por procesos. Identificar en el centro de salud cuáles son los procesos clave (de gestión administrativa de pacientes, de la gestión de casos en consulta médica, de la gestión de casos en consulta de enfermería...) de tal forma que se definan las tareas que se espera de cada profesional en cada momento del proceso consiguiendo una buena coordinación para un mejor resultado.
- sugerir reabrir un caso que se acaba de cerrar tras detectar cabos sueltos por parte de alguno de los profesionales que ha intervenido en la resolución del problema de salud, superando la resistencia inicial a re-encuadrar el caso.
- videograbarnos en consulta para vernos desde otra perspectiva en la consulta médica y poder elaborar estrategias de mejora concreta a nivel de entrevista clínica, de elaboración y comunicación al paciente de los posibles diagnósticos diferenciales y las estrategias de continuación de cuidados planificadas.
- compartir los casos complejos con otros compañeros que nos aporten nuevos puntos de vista en el abordaje del paciente. Este proceso de compartir en el equipo puede hacerse con metodología de sesiones ARC (explicada en otro artículo de este monográfico).
- En conjunto, un ciclo de mejora constante con una autoevaluación permanente y optimista del propio desempeño clínico.

A nivel de la organización de los sistemas sanitarios:

Si aplicáramos las nuevas técnicas de gestión de recursos humanos en el entorno de los sistemas de salud, tanto públicos como privados, nuestro principal activo de futuro sería la gestión del conocimiento en los profesionales. Profesionales bien formados, con una eficiente toma de decisiones garantizarían unos resultados óptimos de salud de la población con una inversión adecuada. De ahí, que la formación continuada y la evaluación de la competencia profesional sean las líneas de trabajo futuras que garantizarán la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

Un elemento importante y que se viene implantando cada vez más en las organizaciones es la gestión del capital intelectual. La Gestión por el conocimiento es un conjunto de procesos y sistemas que permiten que el capital intelectual de una organización aumente de forma significativa, mediante la gestión de sus capacidades de resolución de problemas de forma eficiente, con el objetivo final de generar ventajas competitivas sostenibles en el tiempo.

Así las cosas, la capacidad de identificar, auditar, medir, renovar, incrementar y en definitiva gestionar estos activos intelectuales es un factor determinante en el éxito de las empresas y servicios públicos de salud de nuestro tiempo y mucho más en el entorno sanitario.

En este sentido, se han realizado numerosos esfuerzos en la búsqueda de metodologías y modelos que contribuyan a mejorar la capacidad de gestión del capital intelectual. En el entorno médico se inicia ya en la facultad de medicina donde se han ido incorporando nuevas metodologías docentes basadas en el estudio de casos. Por otro lado, los programas de formación médica continuada tienen el objetivo último de desarrollar un proceso de mejora continua en la capacidad de razonamiento clínico de los médicos.



© Revista Clínica Electronica en Atención Primaria, 2003