

La enseñanza en el día a día o la sofisticación de lo cotidiano.

Autor: Roger Ruiz Moral

El siguiente caso real, describe el desarrollo de una experiencia de docencia aprendizaje tras un incidente crítico vivido por un residente en una consulta. Se trata de una situación habitual en cualquier práctica clínica y docente diaria que pretende resaltar la potencialidad de estas situaciones al alcance de cualquier clínico interesado pero que a su vez precisa de una extraordinaria sutileza, preparación y buen sentido por parte del docente si su objetivo es ayudar a su aprendiz de manera significativa. Tras su lectura se ofrecen 10 puntos sobre los que el lector puede reflexionar y sacar sus propias conclusiones.

Descripción del caso:

I Antecedentes: Luis era el residente de tercer año de medicina de familia de R... Ambos mantuvieron en los primeros dos años esporádicos encuentros que les ayudaron a conocerse más mutuamente. R se había interesado siempre por sus aspiraciones y tenía la idea de que era una persona trabajadora que no tenía aún claro a que se dedicaría (es decir si cambiaría de especialidad o no), que se sentía muy atraído por la tecnología biomédica y que por sus circunstancias había conocido mundo y podían hablar de muchas cosas, algo que , por cierto hacían a menudo. Luis se encontraba a mitad de su tercer año y estaba muy contento de tener a R de tutor.

II Los Acontecimientos: Uno de los días que pasaba Luis la consulta, R se encontraba al lado ¿ordenando papeles? pero ausente de la misma, y entró un paciente nuevo el cual tras saludar, sin sentarse, le entregó una documentación a la vez que le decía, ¿vengo para que me mande al especialista para que me vean y me hagan pruebas?. Luis sintió una sacudida en todo el cuerpo y una sensación de opresión en el estómago de forma casi inmediata. Se removió en el sillón a la vez que carraspeaba y se tocaba la cabeza mientras rehuía la mirada del paciente y enviaba fugaces vistazos a su izquierda para comprobar el grado de atención de R. Este seguía ¿ordenando sus cosas? y aparentemente no se percataba del asunto. Luis focalizó su atención en los documentos que traía el paciente y por fin respondió: ¿veo que ha estado usted en urgencias del Hospital?, ¿sí, allí es donde me han dicho que me tiene usted que mandar al especialista?. ¿cuénteme primero que le pasa, por favor? acertó por fin a decir Luis. El paciente le relató lo que parecía un cólico nefrítico simple. Luis lo exploró y no encontró nada. Mientras R se sentó y observó los informes del paciente distraídamente. Finalmente Luis se centró en los análisis y la placa que traía, todo le pareció normal y lo corroboró en el informe de urgencias. Se disponía a informar al paciente cuando R le señaló unas cifras de hemoglobina bajas con una macrocitosis importante que aparentemente habían pasado desapercibidas. Luis se sorprendió pero en seguida reaccionó más seguro de si mismo. Informó, primero al paciente de la banalidad del episodio que había sufrido y de lo innecesario de que ¿se molestase yendo al especialista? a la vez que resaltaba el hallazgo que habían hecho, que parecía ¿había pasado desapercibido a los médicos de urgencias? y que era preciso estudiar más a fondo.

III Pergeñando aprendizaje: Al final de la consulta mientras Luis y R tomaban relajadamente una cerveza, Luis comentó que el caso en cuestión le había parecido interesante. R enseguida mostró atención y como sorprendido le preguntó las razones del interés. Luis resaltó que cada vez son más este tipo de pacientes que vienen exigiendo a la consulta por haber sido mal informados, por lo que sería interesante una reflexión sobre lo que debemos hacer y como podemos "manejar a estos pacientes para convencerlos" y también por la enfermedad que finalmente puede tener. A R le pareció muy oportuno e interesante y le animó a prepararla a la vez que le pidió que mientras lo hacía tratase de reflexionar más detenidamente sobre los problemas que este paciente le había planteado en la consulta. R también le ofreció algunas fuentes donde Luis podía encontrar información. Se celebró la sesión en el Centro con los residentes y R la monitorizó. Luis había reflexionado y perfilado con el aún más los problemas y finalmente pensó que la discusión podía centrarse en: 1º cómo abordar el problema de un paciente mal informado. 2º Como superar un problema de índole relacional como era la demanda del paciente. 3º El enfoque diagnóstico y de manejo de una anemia macrocítica en un varón y 4º Como evitar que se nos pasen en las consultas enfermedades importantes. R estuvo de acuerdo y le sugirió que se discutiese en función de las prioridades y los problemas que los asistentes encontrasen en el caso.

IV Llevando a la Práctica el Aprendizaje: La sesión se desarrolló en dos días. Efectivamente los residentes consideraron en primer lugar el problema de la mala información que reciben los pacientes y concluyeron la imposibilidad de evitarlo y la necesidad de centrar nuestros esfuerzos en una labor educativa y de conseguir que los pacientes tengan confianza en sus médicos para realizar este tipo de aclaraciones, lo cual les derivó en la importancia de los aspectos relacionales, comunicativos y sobre cómo ganarse la confianza de estos. Después dieron preeminencia al diagnóstico clínico de las anemias macrocíticas. En la segunda sesión, abordaron el problema relacional. El tutor sugirió realizar un role-play sobre la situación vivida en la consulta por Luis en el que todos participasen ofreciendo sugerencias. Así detectaron los aspectos y habilidades comunicativas que Luis empleó y ensayaron otras

potencialmente útiles. R se esforzó por ordenar las intervenciones y sintetizar las conclusiones. Los residentes destacaron la importancia de los aspectos del recibimiento en las consultas, la escucha activa, y ciertas habilidades de negociación como el no posicionarse y el dejar de entrada puertas abiertas. El tutor observó que algún residente comentó tras observar la efectividad de ciertas conductas como con ellas se podía manipular muy bien al paciente. Esto le dio pie a animar la discusión sobre algunos de los valores que nos deben mover cuando atendemos a los pacientes. Sin embargo, no se profundizó demasiado cuando después el insinuó que los médicos a veces hacemos comentarios a los pacientes sobre las actuaciones de otros compañeros que pueden tener repercusiones negativas. Dado que sólo un par de asistentes se percataron del hallazgo de laboratorio, cuando este se resaltó hubo una interesante discusión sobre nuestro papel como semiólogos y la importancia de valorar adecuadamente las pistas clínicas y psicosociales y la influencia en el proceso de toma de decisiones de los prejuicios y emociones negativas que pueden surgir en la relación con los pacientes o del hecho de aferrarse a hipótesis prematuramente.

Listado para la reflexión

Proponemos al lector que reflexione sobre los siguientes aspectos relacionados con la manera en la que el docente condujo esta experiencia

1° Comportamiento del Docente

2° Estrategias que usa el docente para hacer al residente protagonista de su aprendizaje

3° Modos de creación de la atmósfera educativa

4° Uso del modelaje

5° Utilización de los acontecimientos de la práctica diaria

6° Papel de la presencia y de la observación

7° Potencialidad docente de la situación: Variedad de temas interesantes implicados (interconexión de temas)

8° Modos para lograr la especificidad (aplicación pragmática, estrategias reduccionistas)

9° Formas de promover la autoreflexión

10° Papel del Conocimiento Experto

Etiquetas: Aprendizaje en consulta/planta, métodos educativos, residente, tutor