

Estimados lectores, en nuestra sección «Artículos Originales» hemos estimado conveniente abrir el espacio a la publicación de relatos de experiencias, evaluaciones en salud e investigaciones científicas. El fundamento de esta decisión se expresa en los artículos que en este número aparecen bajo la sección «Medicina Basada en Evidencias y Epidemiología Clínica», en especial el de la Dra. Paula Bedregal. Damos inicio a esta nueva política de la revista con la publicación de la experiencia que a continuación exponemos. Invitamos a las personas interesadas en dar a conocer su trabajo, en el ámbito de la Atención Primaria y de la Salud Familiar, a enviar sus experiencias (bajo un formato adecuado a nuestras normas de publicación) y así contribuir a enriquecer el debate con proyectos e ideas que fomenten el desarrollo de nuestra disciplina.

Los Pacientes Estandarizados

Una experiencia inicial en la evaluación de la competencia clínica en Medicina Familiar en Chile

.....

Philippa Moore C, Ignacio Calvache Q, Joaquin Montero L.
Programa de Medicina Familiar y Comunitaria
P. Universidad Católica de Chile
Alejandra Rubio J.
Profesora de artes dramáticas, Directora de Teatro

INTRODUCCIÓN

En la medicina moderna se ha producido un cambio en la relación médico-paciente, interpretado por algunos como un deterioro progresivo (1). Los avances tecnológicos y la expansión explosiva del conocimiento han producido una deshumanización de la medicina y de la educación médica (2). Junto con la tecnificación de la medicina, las escuelas de medicina concentran la evaluación de sus alumnos en las habilidades técnicas. Sin embargo, hay consenso que la competencia clínica es mucho más que habilidades técnicas. Southgate divide la competencia clínica en dos componentes: Las habilidades intelectuales, psicomotoras e interpersonales, y los atributos éticos y personales, como honestidad, empatía, respeto y auto-conciencia, (3). Cómo evaluar estos dos componentes es un gran desafío para la educación médica (4), y particularmente en programas de formación de médicos familiares, donde el desarrollo de una buena relación médico-paciente es un pilar fundamental (5, 6, 7).

Se reconoce que el paciente puede aportar mucho en la enseñanza y evaluación de las habilidades humanísticas del médico (8, 9), por lo que algunos educadores han incorporado al paciente en la evaluación de residentes (10). Paradojalmente, el creciente ejercicio de los derechos del paciente hace cada vez más difícil que un paciente real pueda ser visto con fines docentes, especialmente en los aspectos más delicados

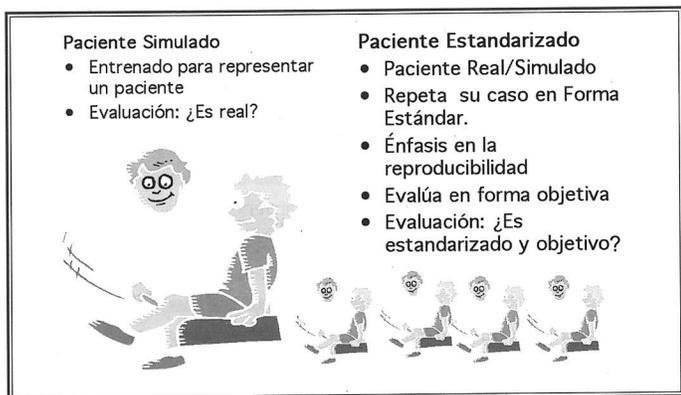
o complejos de la relación médico-paciente. En este contexto, han aparecido nuevas herramientas en la enseñanza de la medicina: los pacientes simulados y los pacientes estandarizados.

Las primeras experiencias con pacientes simulados y estandarizados se desarrollaron hace 2 décadas en las Universidades de Carolina del Sur y de McMaster, en la enseñanza de pre-grado en Neurología (11). Hoy día, el paciente simulado o estandarizado es ampliamente utilizado en las escuelas de medicina de EE.UU. y Canadá en los cursos de pre-grado y también en post-grado, particularmente en los programas de medicina interna y medicina familiar (12, 13).

¿Qué es un paciente simulado/estandarizado?

Las características de los pacientes simulados y estandarizados se resumen en el Cuadro 1. Un paciente simulado es un actor entrenado para actuar el rol de un paciente en la forma más real posible. En cambio, un paciente estandarizado puede ser un paciente real o simulado, quien está entrenado para actuar su rol en forma estándar, sin variación. Ambos pacientes reciben un entrenamiento formal, a diferencia de "role-playing" o actuación espontánea. En el Cuadro 2 se resumen las ventajas de estos pacientes en la enseñanza y evaluación.

Cuadro 1
Diferencias entre
paciente simulados y estandarizados



Cuadro 2
Las ventajas de los pacientes simulados/estandarizados

EN TÉRMINOS PRÁCTICOS:

- Presenta el problema que se necesita: cómo, cuándo y dónde se quiera.
- Está disponible cuando es necesario.

EN TÉRMINOS DEL CURRÍCULUM:

- Permite una transición para los alumnos entre cursos teóricos y prácticos con pacientes reales.
- Permite repetir o agregar o simplificar el caso.
- Permite hacer comparaciones al usarse en forma estandarizada.
- Puede entregar una retro-alimentación, tanto de los aspectos técnicos como humanos de la entrevista.

EN TÉRMINOS ÉTICOS:

- Evita el «abuso» de los pacientes reales.
- Es más fácil para hacer demostraciones ante grupos.
- Permite practicar situaciones difíciles.

Se presenta la primera experiencia del Programa de Medicina Familiar de la P. Universidad Católica de Chile con pacientes simulados/estandarizados en la evaluación de sus residentes.

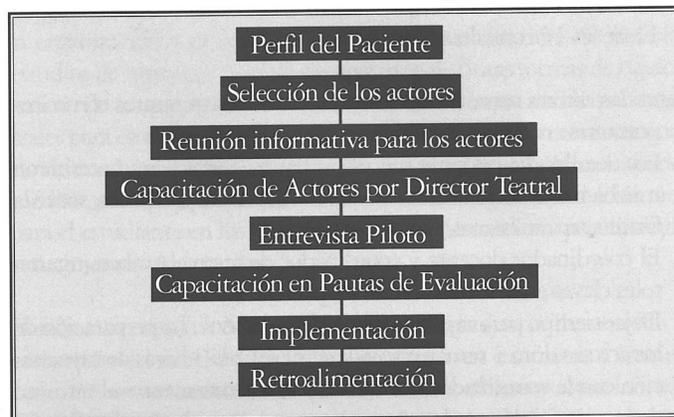
Los objetivos de esta experiencia fueron:

1. Determinar la factibilidad del uso de pacientes simulados/estandarizados como instrumento de evaluación durante la atención habitual de los residentes.
2. Describir los aportes que pueden dar los pacientes simulados/estandarizados a la evaluación de la competencia clínica de residentes de Medicina Familiar.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

La experiencia se realizó en 1996 en las etapas resumidas en el Cuadro 3. Se formó 2 actores profesionales como pacientes simulados y estandarizados, usando el mismo caso de una persona joven en su primera consulta médica con síntomas gastrointestinales en relación con

Cuadro 3
Etapas en el uso de pacientes estandarizados en evaluación



factores psico-sociales. Trabajando con profesores de teatro y médicos familiares, se desarrolló un perfil del paciente para ser entregado a cada actor con la historia clínica y detalles bibliográficos del paciente. La capacitación incluyó una reunión de orientación sobre los objetivos de la experiencia y donde se entregó el perfil del paciente, 3 días para que el actor pudiera asimilar la información entregada, 3 ensayos con el coordinador teatral y una entrevista preparatoria con la coordinadora médica.

En una reunión informativa con los residentes se les planteó que en un plazo dado de tiempo, uno de sus pacientes nuevos sería un "paciente estandarizado". Se explicó que esta experiencia era solamente formativa y que los resultados de la evaluación no serían usados en su evaluación formal. Con previo consentimiento de 13 residentes, los pacientes estandarizados realizaron todos los trámites que sigue un paciente real: pedir números, sufrir esperas, etc, y luego consultaron con los residentes en forma "encubierta" en su consulta habitual en el Centro Médico San Joaquín. Al salir de la consulta, el paciente estandarizado completó dos encuestas (de habilidades técnicas y de satisfacción (14)), y las entregó a la coordinadora médica junto con los exámenes, receta u otra indicación que diera el residente.

Al final del periodo de atención de los pacientes estandarizados se realizó una reunión de retro-alimentación en la que participaron residentes y docentes. A cada residente se le entregaron sus encuestas junto con sus notas y el costo de los exámenes o tratamientos indicados por él, comparado con el costo promedio del conjunto de todos los residentes.

Finalmente, se realizó un encuentro entre los residentes, docentes y actores ("pacientes estandarizados") donde se entregó una retro-alimentación directa de las entrevistas y se evaluó la experiencia.

¿QUÉ APRENDIMOS DE LA EXPERIENCIA?

1. Es factible formar un paciente simulado real.
El "encubrimiento" del paciente estandarizado funcionó bien en 11 de las 13 consultas.

Tanto los actores como los docentes evaluaron estos puntos como importantes en nuestra experiencia:

2. Los detalles del paciente son importantes. Los actores necesitaron mucha más información de la que inicialmente pensamos, sobre la familia, estrato social, vestimenta, etc
3. El coordinador docente y coordinador de teatro. Ambos jugaron roles claves en la formación de los pacientes.
4. Dejar tiempo para capacitación y "asimilación". La preparación de los actores duró 3 semanas y cada actor recibió 3 horas de capacitación con la coordinadora de teatro, y una semana entre el término de la capacitación y las entrevistas con los residentes. Los actores valoraron positivamente este tiempo para poder "asimilar" el caso. Desde la literatura se estima una capacitación entre 2 y 6 horas, dependiendo del tipo de habilidades requeridas para la representación (15).

Capacitación de los PE

- Mínimo 3 horas de entrenamiento en rol del paciente
- Realizar entrevista piloto con un mínimo de un médico docente con la pauta de evaluación



5. La entrevista piloto es fundamental. El feed-back del médico docente que realizó la entrevista piloto contribuyó con importantes detalles del personaje.
6. El costo de la capacitación de cada paciente estandarizado fue estimado en \$45.000.
7. En la introducción del "paciente estandarizado" como instrumento de evaluación en el sistema docente asistencial se necesita preparación de los docentes, residentes y equipo de salud. Como es propio, cuando se introduce innovaciones en la educación médica, o el cambiar la evaluación de un residente desde un examen formal teórico-práctico a la intimidad de su entrevista en el box, se presentan una serie de dificultades.

La resistencia de los docentes encargados de los residentes se venció

con la participación directa de ellos, específicamente en la creación de los casos y la encuesta de habilidades técnicas. Sin embargo, el apoyo del Jefe del Programa fue fundamental para poder realizar esta experiencia.

Una de las resistencias en contra de la evaluación de la entrevista médica es el temor a sentirse expuesto. Al reunir a los residentes para invitarlos a participar en la experiencia, se sintieron incluidos en ella y se entusiasmaron con la idea de una nueva forma de evaluación. Esta experiencia fue solamente formativa y los resultados de la evaluación no fueron usados en su evaluación formal. Así, todos participaron y evaluaron la experiencia como valiosa. La reunión de retro-alimentación fue un instante muy valioso en esta etapa introductoria, permitiendo la evaluación de aspectos complejos de la actuación médica en un ambiente muy grato. Sin embargo, varios de ellos expresaron duda sobre si esta forma de evaluación debería ser usada en una evaluación formal.

El equipo de salud fue informado de los objetivos de esta experiencia y aceptaron los pacientes sin mayores dificultades. El desarrollo de la experiencia en su conjunto no alteró el funcionamiento habitual de las consultas ambulatorias. Claramente, es importante dar atención a los más mínimos detalles administrativos para lograr un encubrimiento total. En dos consultas (Residentes E y L) los residentes sospecharon que el paciente era simulado, en ambos casos esto se debió a anomalías administrativas (falta de ficha, hora de citación diferente).

8. Los pacientes estandarizados pueden aportar en la evaluación de la competencia clínica

Si bien el diagnóstico clínico fue correcto en todos los casos y hubo plena concordancia entre lo que se expresaba en la ficha con la encuesta de habilidades técnicas, se pudo constatar grandes diferencias en el manejo del paciente.

Los pacientes estandarizados actuando el mismo caso permitieron una comparación objetiva entre los residentes. Además, pudieron evaluar aspectos que son difíciles de evaluar por un docente como la relación médico-paciente y la satisfacción del paciente.

Podemos pensar que la evaluación de estos pacientes es válida, porque hubo congruencia en general entre las notas de la encuesta de habilidades técnicas y las obtenidas por los residentes en otras formas de evaluación usadas en el Programa - pruebas escritas, informes de los tutores etc.

El diálogo que se produjo en la reunión entre residentes y pacientes fue altamente motivante para los residentes, y les entregó importante retro-alimentación que complementó la información de las encuestas. Destaca el hecho de que los residentes reconocieron que nunca antes se les había entregado una información de este tipo. Hubo retro-alimentación sobre los aspectos específicos de su entrevista (Ej. vestimenta del médico, ambiente en la sala de espera, ambiente en la consulta) y sobre el abordaje de cada residente ante temas difíciles (Ej. factores de riesgo para SIDA en el caso del hombre soltero de 25 años), y la diversidad de las reacciones de los médicos frente a las respuestas de ellos.

9. Pacientes Estandarizados "Encubiertos"

En otras experiencias se han utilizado pacientes estandarizados con o sin conocimiento previo del médico evaluado, considerándose ambas formas como válidas para evaluar la competencia clínica. (13, 15). En esta experiencia el elemento de sorpresa enriqueció la retro-alimentación de la mayoría de los residentes, y los dos residentes que sospecharon que el paciente era simulado comentaron que preferían que el paciente estandarizado fuera incógnito en el momento de la evaluación. Sin embargo, esta experiencia fue "piloto" y la evaluación solamente formativa.

PREGUNTAS QUE SURGEN DE ESTA EXPERIENCIA

Esta experiencia sugiere que nuestros actores fueron capaces de simular un paciente en forma real. Sin embargo, la calidad de su desempeño delante de los residentes no fue evaluada, y así tampoco se pudo apreciar si ésta se mantuvo estable a través de ellos. ¿Los actores son capaces de ser realmente estandarizados y objetivos en su evaluación? Se debe evaluar a futuro a través de una observación indirecta de las entrevistas con pacientes estandarizados, por ejemplo, por registro con video.

Si los pacientes estandarizados pueden aportar a la evaluación de la competencia clínica, estos deben ser incluidos en las evaluaciones formativas y formales de los programas de Medicina Familiar. ¿Los programas de formación de Medicina Familiar son capaces de asumir la organización y el costo de esta forma de evaluación? Se necesita estudios de costo-efectividad, comparando distintas formas de capacitación de los pacientes estandarizados, quizás capacitando pacientes reales para este tipo de evaluación. Ciertamente que con el uso rutinario de esta herramienta se podría ver su real valor en la formación del médico, su capacidad de discriminar y de entregar información útil para el estudiante en los aspectos de la relación médico - paciente que actualmente no los recibe.

El factor sorpresa fue evaluado bien en esta experiencia. Se necesita la evaluación del uso del paciente estandarizado en exámenes formales, como en una estación de evaluación clínica objetiva estandarizada (ECO/E/OSCE). Además, como el encubrimiento del paciente estandarizado nos permite evaluar a un residente en la consulta habitual, necesitamos saber si es aceptable por los residentes en una evaluación formal.

Referencias

- NOVACK D. Therapeutic Aspects of the Clinical Encounter. *Journal of General Internal Medicine* 1987; 2: 89-98.
- JENSEN PS. The doctor-patient relationship: headed for impasse or improvement? *Ann Intern Med* 1981;95:769-71
- SOUTHGATE L. Freedom and Discipline: Clinical practice and the Assessment of Clinical Competence. *British Journal of General Practice* 1994; 44:87-92
- Division of Mental Health, WHO. Doctor-Patient Interaction and Communication 1993
- COHEN-COLE S. The Medical Interview: The three functional approach. *New York. Springer-Verlag*. 1991
- BAKER R. Development of a questionnaire to assess patient's satisfaction with consultations in general practice *British Journal of General Practice* 1990;40: 487-490
- BAKER R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients satisfaction with consultations. *British Journal of General Practice* 1996; 46: 601-605
- LAINE C, DAVIDOFF F. Patient Centered Medicine: A Professional Evolution. *JAMA* 1996;275:2:152-156.
- SUBCOMITTEE ON EVALUATION OF HUMANISTIC QUALITIES OF THE INTERNIST. AM BOARD OF INT MED. Evaluation of humanistic Qualities of the Internist. *Ann Intern Med* 1983;99:720-724
- BRODY D. Feedback from patients as a means of teaching the non-technological aspects of medical care. *J Med Educ* 1980;55:34-41
- BARROWS H. An overview of the uses of standardized patients for Teaching and Evaluating Clinical Skills. *Academic Medicine* 1993; 68: 443-451.
- KINNERSLEY P, PILL R. Potential of Using simulated patients to study the performance of general practitioners. *British Journal of General Practice* 1993; 43: 297-300.
- RETHANS J-J, DROP R, STURMANS F, VAN DER VLEUTEN C. A Method for introducing standardized patients into general practice consultations. *British Journal of General Practice* 1991;41:94-96.
- BOZZO G, MARTINEZ B, SEPULVEDA P, CARVACHO C ET AL. Desarrollo y validación de una encuesta para evaluar la satisfacción de los pacientes con la consulta médica en consultorios de atención primaria *Rev. Méd Chile* 1995;123:1160-1164.
- BROWNELL ANDERSON M, STILLMAN S, WANG Y. Growing use of Standardized Patients in Teaching and Evaluation in Medical Education. *Teaching and Learning in Medicine* 1994;6:15-22