

LA TUTORÍA AL LADO DEL PACIENTE Y LAS PRÁCTICAS SIMULADAS EN TIEMPOS DE COVID: REFLEXIONES DESDE LA LITERATURA Y LA EXPERIENCIA.

A lo largo de la historia, la formación de profesionales de salud ha tenido un fuerte componente práctico basado en la experiencia del estudiante al lado del paciente. La enseñanza experiencial, que hoy persiguen muchas carreras universitarias, ha sido parte de la formación de carreras de salud desde hace siglos.

Tanto si el modelo de enseñanza se centra en el profesor o en el estudiante, como si la organización del curriculum se realiza basada en grandes bloques de contenidos en áreas específicas, o si se aborda de manera integrada o del mismo modo en que algunos se centran en la atención hospitalaria y otros en la ambulatoria, las horas de actividad práctica se consideran imprescindibles para la formación de los nuevos profesionales.

Los procesos de acreditación de carreras, sin ir más allá, consideran como elemento crítico la existencia de campos clínicos suficientes para recibir a todos los estudiantes; y, en algunos casos, identifican número de horas o tiempos de exposición al entorno clínico como variables relevantes. Algunas agrupaciones académicas han recomendado que exista una acreditación de los propios campos clínicos para ser utilizados con fines docentes.

¿Qué nos hace pensar así? ¿Qué evidencias conocemos?

10 años atrás, un estudio en un prestigioso campo clínico de la Universidad de Harvard dio cuenta de que sólo el 17% del tiempo que los estudiantes pasaban en un hospital era utilizado en docencia clínica al lado del paciente; y que, de ese porcentaje, sólo el 38% se dedicaba a habilidades de examen físico (lo que constituye únicamente un 6,5% del tiempo de una rotación clínica). La mayor parte del tiempo en las rotaciones clínicas se utilizaba en sesiones de enseñanza para proporcionar conocimiento o fortalecer las habilidades de diagnóstico (seminarios de casos clínicos, aprendizaje basado en problemas o clases dictadas por docentes o los propios estudiantes) o en sesiones de entrega de pacientes realizadas fuera de las salas o en reuniones clínicas de presentación de casos o en trabajo administrativo.

En cuanto a la tutoría clínica, se reconoce que la sola experiencia de ver pacientes no basta para generar aprendizaje y que es el contacto con pacientes acompañado de feedback el que produce mayor aprendizaje. La literatura da cuenta, sin embargo, de la baja percepción que tienen los estudiantes sobre la calidad del feedback recibido en las rotaciones clínicas, de la dificultad para medir la calidad de este feedback en contextos clínicos y de la relevancia del clima para conseguir que el feedback sea efectivo.

Por otro lado, para adaptarse a la realidad determinada por restricciones de índole administrativo y clínico que han hecho cambiar la disponibilidad de tiempo de los expertos clínicos para la enseñanza tutorial se han desarrollado diversas estrategias de enseñanza y feedback para ser aplicados en pocos minutos, sin que se sepa cuánto tiempo se dedica actualmente a la docencia clínica tutorial con el paciente.

Pese a todo ello, existen múltiples estudios que reportan el aumento de la cantidad de exámenes realizados a los pacientes y del consiguiente costo económico que esto conlleva, del uso creciente de tecnología en la toma de decisiones y de la escasa disminución de los errores clínicos debido a fallas humanas, hechos que se utilizan para argumentar que las habilidades clínicas de los profesionales de salud han declinado en las últimas décadas.

La simulación clínica abarca un espectro de recursos que permiten desarrollar habilidades de comunicación, destrezas o habilidades procedimentales, capacidad de trabajo en equipo, prácticas de seguridad clínica y razonamiento clínico (pensamiento crítico o diagnóstico clínico) de manera intencionada y planificada, complementando la oportunidad que ofrece el campo clínico para la formación de los profesionales de salud.

¿Qué sucede con las prácticas clínicas reales y simuladas en el contexto COVID?

Durante la pandemia COVID, en Chile, se ha dedicado aún menos tiempo a la docencia al lado del paciente, ya que la posibilidad de acceder a rotaciones clínicas se ha visto reducida o ha sido inexistente para los estudiantes de cursos clínicos previos a los internados y se ha reducido para los internos, debido a la altísima carga asistencial que los tutores clínicos han tenido en este período, a la limitación en elementos de protección personal para los profesionales y estudiantes que realizan labores asistenciales y a que las patologías que se observan han experimentado un cambio notable dada la reorganización del sistema de salud, y al cambio en los patrones de consulta de los pacientes en este período.

Las prácticas simuladas predominantes en Chile y en el mundo –antes de la emergencia COVID– se realizaban de manera presencial en laboratorios de habilidades clínicas, centros de simulación, hospitales simulados o en dependencias clínicas adaptadas de manera permanente o transitoria para la docencia simulada.

Existían escasos reportes de experiencias vinculadas al entrenamiento procedimental quirúrgico y al entrenamiento en reanimación cardiopulmonar, donde los participantes se encontraban en el centro de simulación para practicar (telesimulación); y la observación y el feedback o debriefing guiado por los instructores se realizaba mediante teleconferencia u otros medios remotos (teledebriefing), ya que los especialistas se encontraban a distancia del sitio de práctica.

La necesidad de distanciamiento social que nos ha impuesto la pandemia COVID ha determinado que las simulaciones presenciales se suspendieran, disminuyeran o se adaptaran al contexto sanitario de la crisis, lo que nos hizo llevar a la práctica las estrategias de telesimulación y teledebriefing descritas en la literatura, adaptándolas a una realidad aún más extrema: Nadie podía pisar el centro de simulación si todos estábamos en cuarentena.

¿Cómo adaptamos nuestra práctica simulada?

La ironía de la pandemia, para quienes nos dedicamos a la simulación, es que esta nueva realidad nos ha puesto a prueba en aquello para lo cual nos preparamos tanto tiempo, una crisis. Por años hemos insistido en nuestra docencia en abordar la seguridad del paciente desde el trabajo en equipo y utilizando lo que aprendimos de la aviación sobre gestión de los recursos para enfrentar situaciones complejas. Pensar «fuera de la caja», ser creativos, distribuir la carga de trabajo, son estrategias que recomendamos a los participantes de las simulaciones y que ahora nos tocó utilizar, pero en el terreno educativo.

Uno de esos recursos fue nuestra alianza con diseñadores de quienes hemos aprendido un proceso de trabajo creativo que implica la observación, la colaboración, el aprendizaje rápido, la visualización de ideas, la creación rápida de prototipos, la recopilación de información y el rediseño. Otro recurso fue el trabajo anticipado en la elaboración de programas y recursos instruccionales para el desarrollo de competencias profesionales que veníamos realizando desde 2016, y que nos había permitido identificar con mayor claridad qué tipos de simulaciones nos llevaban más allá de los procedimientos y nos permitían desarrollar mejor las competencias de toma de decisiones y comunicación.

Esa fue nuestra decisión al inicio de la cuarentena, continuar simulando lo que creíamos que se podía hacer a distancia: entrenar la comunicación, la habilidad de anamnesis, la recogida de información desde monitor de pacientes y laboratorio de apoyo diagnóstico, los procesos de toma de decisiones o razonamiento clínico, y aventurarnos a crear simuladores de bajo costo para enviar a cada residente a entrenar a sus casas y observar a distancia su práctica mediante una plataforma de teleconferencia.

Para la enseñanza de anamnesis utilizamos pacientes simulados, entrenados usando los mismos guiones de años anteriores y estableciendo sólo los acuerdos necesarios para que la confidencialidad de la interacción se pudiera preservar. Organizamos una actividad de evaluación formativa basada en el blueprint de años anteriores y logramos evidenciar que la habilidad de anamnesis en estudiantes de tercer año fue superior en la modalidad pandemia. En el caso de estudiantes de enfermería, se evidenció logros en la atención de pacientes simulados del programa cardiovascular, en nutrición ingreso y control de pacientes diabéticos y en odontología pacientes descompensados por patologías sistémicas en el sillón dental, sólo por nombrar algunos ejemplos.

En cuanto al razonamiento clínico, articulamos la docencia basada en simulación mediante tres softwares de pacientes virtuales –utilizados en algunas ocasiones de manera asincrónica (con feedback automático desde las plataformas) y en otras ocasiones en sesiones de simulación sincrónica– donde un estudiante resolvía el caso en presencia de su grupo y su instructor, y luego se realizaba un debriefing formal en cuatro fases de acuerdo a como fue descrito inicialmente por Steimwachs. Estas simulaciones se complementaron con casos de pacientes estandarizados a quienes se les acompañaba con un monitor simulado y ficha electrónica, además del debriefing. En esta modalidad se ejercitaron urgencias endocrinológicas, urológicas, neurológicas, quirúrgicas, médicas y pronto comenzarán las urgencias pediátricas y ginecológicas. La progresión en el razonamiento clínico de estudiantes de medicina utilizando estas metodologías combinadas se hizo evidente en la mejora de la precisión y reducción del tiempo de manejo de casos de accidente cerebrovascular, infarto al miocardio y en el manejo integrado del dolor y la sepsis.

Finalmente, para la habilidad procedimental de cirujanos y odontólogos, usamos un abordaje de descomposición de la tarea compleja (análisis de tarea cognitiva), los conocimientos del programa «fundamentals of laparoscopic surgery» y algunos ejemplos encontrados en la red para imaginar qué parte de las tareas complejas se podría desarrollar a distancia con bajos recursos, grabación de videos u observación directa mediante teleconferencia, y así evitar que los meses de distancia del pabellón o el sillón dental afectaran el desarrollo o la mantención de competencias mínimas o básicas, como preferimos reconocerlas.

Estas prácticas han sido complementadas con reuniones clínicas tipo Grand Round, en que un interno presenta un caso y una audiencia masiva y diversa de estudiantes desde tercer año a postgrado, observan a un clínico experto abordar la solución del caso, interactuando con él y sus pares mediante teleconferencia. También se han complementado con análisis de videos de entrevistas clínicas, monitores de paciente y otros recursos no interactivos que se discuten de manera grupal y guiados por tutores.

¿Qué nos ha dejado la experiencia del primer semestre?

Nos hemos adaptado y, en las áreas en que hemos podido medir logro hasta la fecha, observamos que los estudiantes han aprendido.

Si bien no pretendo establecer que la práctica clínica es reemplazable por simulación, me permito argumentar que una práctica simulada bien planeada, bien implementada y analizada críticamente es una mejor oportunidad de aprendizaje que la ausencia de experiencia y reflexión a la que la pandemia pudo habernos llevado.

En lo personal, creo que es conveniente analizar este momento como una nueva era para la enseñanza con simulación que presenta limitaciones, desafíos y oportunidades, y nos obliga a reaccionar adaptativamente haciendo uso de habilidades profesionales necesarias para un entorno cambiante.

Dra. Soledad Armijo Rivera
Magister en Educación Médica
Certified Healthcare Simulation Educator
Directora del Núcleo de Simulación Interdisciplinaria
Facultad de Medicina,
Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo